



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE
PSIQUIATRÍA
UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 4, VOLUMEN 4, Nº 4 DICIEMBRE 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 Huneeus, Dr. Guillermo de la Parra, Dr. Hernán Silva, Dr. Jorge Cabrera, Dr. Juan Fco. Jordán, Dr. Juan Fco. Labra, Dr. Luis Tapia, Dr. Mario Vidal, Dr. 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)



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 Medicina de la Universidad de Chile, en los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental (campus Oriente) y de Bioética y Humanidades Médicas. Realiza actividades de investigación en ambos departamentos y de docencia de pre y post grado en las Escuelas de Medicina, Enfermería, Kinesiología.



ALBERTO BOTTO VALLE

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



FRANCISCO JAVIER BUSTAMANTE V.

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



JORGE CABRERA

Médico Psiquiatra, psicoanalista, Profesor Adjunto de Psiquiatría de la Universidad de Chile. Su especialización en psiquiatría la hizo entre los años 1977 y 1980 en el Departamento de Psiquiatría Oriente de la Universidad de Chile. Realizó estudios de postgrado en Alemania en la Universidad Libre de Berlín entre los años 1983 y 1987.

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



CÉSAR CARVAJAL ÁLVAREZ

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

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



MARÍA PATRICIA CORDELLA MASINI

Médica psiquiatra. Psicoterapeuta. Magister en Psicología mención psicoanálisis. Formada en psicoterapia grupal gestáltica, es además terapeuta familiar y de pareja del ICHTF, donde realiza docencia y supervisión a terapeutas en Santiago y regiones. Se desempeña como profesora auxiliar del

departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, desarrollando docencia de pre y postgrado en Pediatría, Psiquiatría y Medicina familiar. Es directora del diplomado de trastornos de alimentación de la Pontificia Universidad Católica de Chile y jefa del programa de trastornos de alimentación de la misma universidad. Fundadora y presidenta de la Sociedad para los estudios de los trastornos de alimentación en Chile. Ha participado en múltiples conferencias nacionales e internacionales acerca del mismo tema, y ha publicado diversos capítulos de libros, así como artículos en los temas de familia, desarrollo, psicosomática y psicopatología.



SUSANA CUBILLOS MONTECINO

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

Postítulo en Terapia Conductual Dialéctica. Seminarios en el Instituto Wilhelm Reich de Santiago y en la Academia de Medicina Integrativa (Francia). Postítulo y candidata a Magister en Estudios de Género y Cultura en Latinoamérica, de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile.



GUILLERMO DE LA PARRA CIECIWA

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

Doctor en Medicina Universidad de Ulm, Alemania. Profesor auxiliar Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Jefe de la Unidad de Psicoterapia Adultos Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile. Organizador, junto a diversos grupos de trabajo, de las unidades de psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, del Instituto Psiquiátrico "José Horwitz" y del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Católica. Se ha dedicado a la divulgación y al trabajo en investigación empírica en psicoterapia, siendo ex presidente del Capítulo Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research y actual coordinador del comité local de dicha sociedad. Autor de numerosas publicaciones y presentaciones en los temas de psicoterapia, investigación en psicoterapia y psicoanálisis.



ANNELIESE DÖRR ÁLAMOS

Licenciada en Psicología, 5 de noviembre de 1991. Formación en Psicodiagnóstico Centro de Investigaciones Neuropsiquiátricas, Hospital de Rouffach, Alsacia, Francia (1991-1992).

Psicóloga Clínica acreditada por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, 23 de noviembre de 1998. Especialidad de Terapeuta Familiar. Formación realizada en el Instituto Chileno de Terapia Familiar, 10 de noviembre de 1998. Especialidad de Terapia de Pareja. Formación realizada en el Instituto de Santiago en Terapia Familiar, 6 de enero del 2000. Magister © en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile marzo 2002-2004. Diplomada en Bioética ©. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Profesora Asistente, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina Oriente.



RAMÓN FLORENZANO URZÚA

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



CLAUDIO DANIEL FULLERTON UGALDE

Médico Psiquiatra, recibido de la Universidad de Chile en 1987. Profesor asistente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en donde desarrolla docencia de pregrado en las carreras de medicina y enfermería y de postgrado en el programa de formación de especialistas en Psiquiatría de la Universidad de Chile. También es profesor de Psiquiatría de la carrera de Psicología de la Universidad del Desarrollo. Actualmente integra el equipo de la Unidad de tratamiento de enfermedades del ánimo en el Hospital del Salvador de Santiago de Chile. Ha participado en investigaciones sobre la subjetividad de los médicos en tiempos de cambio, la relación entre trastorno de somatización, personalidad limítrofe 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

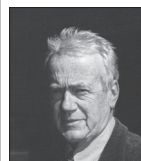
Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.
Postgrados:
 Community Studies, Boston College, Boston, Massachusetts. 1975.
 Seminario Licenciatura de Formación en Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. 1980.
 Fellow, International Leadership Program, W.K. Kellogg Foundation.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

Cargos y Funciones Académicas:

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

Líneas de Investigación:

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



FRANCISCO HUNEEUS COX

Médico Psiquiatra egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Comienza su trabajo dedicándose a la investigación básica en el Depto. de Neurobiología del M.I.T., para luego en Chile avocarse 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-ZUIVIC 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 and 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.



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.



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.

Formado como psiquiatra en el Servicio Nacional de Salud y Universidad de Chile, y en la University of Ottawa, de Canadá. Certificado como psiquiatra por el Royal College of Physician and Surgeon of Canada. Participación en diversos programas de psiquiatría social y comunitaria en Chile, Canadá e Italia. Formación clínica en psicoterapias breves y tratamiento de adicciones. Asesor de Salud Mental y Alcohol y Drogas del Ministerio de Salud desde 1990 y actualmente Jefe del Departamento de Salud Mental. Consultor en Políticas, Planes y Programas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Miembro de la Canadian Psychiatric Association, American Psychiatric Association, Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Sociedad Chilena de Salud Mental y Society for the Study of Addiction to Alcohol and other Drugs (United Kingdom). Profesor invitado a cursos de diversas universidades chilenas.



CÉSAR OJEDA

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

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



EUGENIO OLEA B.

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

Coordinador de Postgrado Unidad Docente Facultad de Medicina de la Universidad de Chile-Instituto Psiquiátrico.

Jefe de Sector 7, Instituto Psiquiátrico.

Consultor Unidades de Cuidados Paliativos y Psico-Oncología, Instituto Nacional del Cáncer.

Secretario de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica. Afiliado a la WFSBP.

Miembro fundador del Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología, afiliado al CINP.

Miembro de la Sociedad Chilena de Salud Mental.

Miembro de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED).



PATRICIO OLIVOS ARAGÓN

Estudios de Medicina en la Pontificia 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 dr-olivos.googlepages.com

Actualmente médico psiquiatra en consulta privada y participante en el GDT de Psicoterapia en SONEPSYN (Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía).



GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL

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

de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1990. Certificado de Especialista acreditado por CONACEM. Título profesional de especialista en Psiquiatría de Adultos, Universidad de Chile 1996. Profesora asistente, Departamento de Psiquiatría y salud mental, Campus sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Contralora psiquiátrica COMPIN Sur de la SEREMI de la Región Metropolitana. Estudios de Postgrado: alumna del Magíster en Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2000-2001. Alumna del Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2002-2003. Proyecto de Tesis del mismo Doctorado, 2004. Beca de Arancel del Magíster y del Doctorado de la Universidad de Chile. Participación activa en diversos cursos y reuniones científicas de Psiquiatría y Neurociencias. Diversas publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales y capítulos de libros. Diversas ponencias en congresos nacionales e internacionales, sometidas a referato y publicadas in extenso.

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

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

Miembro de la Cognitive Neuroscience Society.



POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI

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

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

Pertenece a diferentes sociedades nacionales e internacionales:

Sociedad Médica de Santiago

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Sociedad Chilena para el estudio del Dolor

Miembro internacional en:

IASP: International Association for the Study of Pain

APA: American Psychiatric Association

McLean Hospital International Psychiatric Society



PEDRO RETAMAL C.

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

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

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.



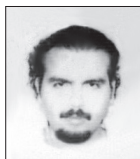
GRACIELA ROJAS

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

Profesora Asociada. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Universidad de Chile.

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



PABLO SALINAS

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.



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.



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

374 EDITORIAL

- 374 LA CONCIENCIA: ¿EXPLICADA?
Un alegato cartesiano
César Ojeda

377 RESONANCIAS NUCLEARES

380 ACADÉMICAS

385 COMENTARIO DE LIBROS

- 385 EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS

Título original: Le génie féminin. La vie, la folie, les mots

Tome II. Mélanie Klein

Autora: Julia Kristeva

Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages

ISBN : 2213605939

Título en castellano: El genio femenino. La vida, la locura, las palabras

Tome II. Melanie Klein

Autora: Julia Kristeva

Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas

ISBN : 950-12-3809-1

Comentarista: Catalina Scott

- 388 THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE

Autor: Daniel Siegel

Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 páginas

Comentarista: Juan Carlos Sánchez

- 392 ERWIN SCHRÖDINGER: FÍSICA Y BIOLOGÍA

WHAT IS LIFE?

Autor: Erwin Schrödinger

Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003

Comentarista: César Ojeda

- 397 MENTALIZING IN CLINICAL PRACTICE

Autores: Jon Allen, Peter Fonagy, Anthony Bateman

Editorial: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1 edition, 2008, 433

páginas

Comentarista: Alberto Botto

399 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

403 RETROSPECTIVA

- 403 ASPECTOS PATOGENICOS Y TERAPÉUTICOS DE LA MELANCOLÍA COMO PSICOSIS ENDOCOSMOGÉNICA

411 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

- 411 "LAS CÉLULAS NO SABEN QUIÉN ERES, NI LES IMPORTA":
ENTREVISTA CON DANIEL DENNETT
Eduardo Punset

416 TEORÍA

- 416 NUEVA LÓGICA, RAZÓN Y EXISTENCIA
Hernán Villarino

426 ENSAYO

- 426 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL ENFOQUE HOLÍSTICO-GESTÁLTICO DE LOS SÍNTOMAS Y LA ENFERMEDAD
Adriana Schnake

- 430 EL JAZZ: UN MODELO PARA EXAMINAR LA PRÁCTICA ANALÍTICA
Andrés Correa

- 440 ALGUNAS POSIBILIDADES DEL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO RELACIONAL CON EL CUERPO Y LA CORPORALIDAD
André Sassenfeld

- 454 NEUROBIOLOGÍA INTERPERSONAL: LA DEPRESIÓN POST-PARTO Y EL VÍNCULO DE APEGO TEMPRANO
Simón Guendelman

462 CRÓNICA

- 462 MENTE-CUERPO: UNA VIEJA FALACIA
Rafael Núñez

467 PRÁCTICA CLÍNICA

- 467 ¿VICIO O ENFERMEDAD? LA FALSA DICOTOMÍA DE LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS
Juan Pérez

474 CASO CLÍNICO

- 474 ANÁLISIS PSICOPATOLÓGICO DE UN CASO DE "FOLIE À DEUX" (DELIRIO A DOS)
Gustavo Adolfo Murillo y Nour Benito

LA CONCIENCIA: ¿EXPLICADA?

UN ALEGATO CARTESIANO

La conciencia es el “cada vez mí” de la experiencia, es el *ego cogito* del maltratado Descartes, es esa luz que nos da punto de vista, anclaje y perspectiva respecto del mundo en el que habitamos. Para Husserl, la conciencia es aquello que en el universo tiene el carácter de “yo”¹. Las conjugaciones restantes son derivadas: no hay tú, él, nosotros, vosotros o ellos independientes de este “yo” que articula, en todos los casos, un tipo de vínculo, un espacio y un ángulo relacional con el otro y con los otros.

Sin embargo, la conciencia es a la vez perspectiva y sesgo. Paul Ricoeur compara el problema de la realidad de la conciencia y de la realidad de lo inconsciente con la cuestión del ser en Platón: la cuestión del ser –decía Platón en “El Sofista”– es tan oscura como la del no-ser². Homólogamente dice Ricoeur: “la cuestión de la conciencia es tan oscura como la cuestión del inconsciente.” “Ha nacido un problema nuevo –confiesa–: el de la conciencia con mentira”³. Sin embargo, pareciera que se trata de una mentira que constituye el único punto de anclaje posible, puesto que todo lo que la conciencia toca queda bajo el sesgo que la constituye, sesgo que podría ser descrito como un “*tremulus horror*” a lo informe, a lo porque sí, a lo inexplicable. Por eso la conciencia pregunta, ordena, articula, explica y crea coherencias y misterios precisos. La ciencia, la religión, la filosofía y las cosmologías son ejemplos de tal “*tremulus horror*”. Pero, ¿desde dónde la conciencia descubre su arbitrariedad? ¿Cómo llega a plantearse la cuestión del sesgo que le es constitutivo? ¿Por qué duda de sí misma y se angustia y paraliza? He ahí el enorme mérito del pensamiento de Descartes en el siglo XVII: sí, efectivamente es posible dudar, sostener que el mundo del que

somos conciencia puede ser sólo un “armado” ilusorio. Lo único cierto es la existencia de esa conciencia que “soy”. Habría que agregar: una conciencia existencial y no epistemológica. Todo lo que conozco puede ser falso, pero, de mi existencia estoy cierto.

Daniel Dennett, el entrevistado de este número de GPU, en uno de sus libros más conocidos titulado *Consciousness Explained*, intenta “explicar” la conciencia y a la pasada –como es ya una arraigada costumbre– arrasar con Descartes. Pero en su intento confunde con gran soltura los planos epistemológico y ontológico señalados. Para Descartes lo único evidente es *mi* existencia, no lo que esa existencia sea, cómo se la explique, o lo que esa existencia barrunte, conozca o crea conocer. Dennett ostenta una pluma extremadamente suelta y un pensamiento muy agudo, brillante y abundante⁴. En el libro mencionado sostiene que la conciencia surge de “borradores múltiples” (*multiple drafts*) y de la interacción de distintas partes del cerebro actuando simultáneamente, en forma paralela. No hay ningún problema en conceder este primer punto a Dennett (y que proviene de la neurobiología de la segunda mitad del siglo pasado)⁵. Pero sostiene, además, que el cerebro es

¹ Husserl E. *Invitación a la fenomenología*. Paidós Ibérica, Barcelona, 1998.

² Platón. *Diálogos*. EDAF, Madrid, 1972.

³ Ricoeur. P.: *Hermenéutica y Psicoanálisis*: Ed. Mega-polis, B. Aires. 1975 (pág. 5 y siguientes)

⁴ Dennett ha escrito numerosos libros (ver nota al final de la entrevista), los que destacan por su extensión. Sus libros parecieran no poder escribirse en menos de quinientas páginas. Yo no sé si tenía razón aquel que decía que lo que no se puede decir en cien páginas, tampoco se puede decir en trescientas, quinientas o mil. Tiendo a creer lo mismo. Tal vez influyen en mi opinión algunos de los libros que más me han impresionado a lo largo de mi vida, como las 90 páginas de *What's Life* del físico Erwin Schrödinger (ver comentario en este mismo número de GPU), o las pocas más de cien de *Ontología: hermenéutica de la facticidad*, de Martin Heidegger, o las 90 del *Discurso de método* de Descartes. En todos esos casos, e innumerables otros, mediante un razonamiento limpio y preciso se desarrolla una idea que cambia el destino del pensamiento humano.

⁵ Ver por ejemplo Edelman, Varela y otros.

un procesador de información y que sigue un modelo computacional. Esto ya encuentra barreras por muchos lados. Los computadores operan sobre la base de programas pre-diseñados por alguien, cosa que en el cerebro no ocurre⁶. La idea evolucionaria de un diseño sin diseñador, estrictamente, no podría llamarse diseño, pues diseñar implica una pre-concepción guiada por un propósito del que la evolución biológica carece. Pero lo que sí es francamente objetable es la conclusión: que desde su pensamiento se elimina lo que él llama “la escena cartesiana” (*Cartesian Theatre*), el supuesto sitio singular en el que para Descartes se daría la experiencia consciente: el *ego*. A primera vista pisotear a Descartes parece un acto políticamente correcto. ¿Quién osaría declararse hoy “cartesiano”? Sin embargo, ¿desde qué lectura puede decir Dennett que Descartes está hablando de la conciencia como un “sitio” o como un “centro”. La *res cogitans* “no” es extensa, es decir, no ocupa un lugar, no es espacial. ¿Cómo podría entonces ser un “centro”, un “sitio”, un órgano o una cosa? Sólo hay “lugar” (*topos*) para la *res extensa*, incluido el cerebro y el cuerpo humano en su totalidad.

Tampoco acierta Dennett con el intento de “*demolish*” (término que usa con frecuencia) el dualismo cartesiano, presa aparentemente débil y hace siglos herida. Tal vez estemos hablando de nuevo de la misma ilusión: Dennett supone que *res* significa algo así como “cosa material”, “substancia”, la que, como hemos dicho, es imposible sin *topos*, y que, por lo mismo, no es aplicable a lo *cogitans*. Es cierto que en latín *res* puede significar substancia, pero también significa “ser”, “asunto” y “acontecimiento”. Hay un asunto que es mi existencia y otro asunto que es la “existencia” de los otros y de las cosas con que me encuentro en el mundo y que habitan un espacio. Y las distingo. No confundo mi ser con una roca, con la cafetera o con los otros seres humanos. Ni tan siquiera confundo mi existencia con mi cuerpo. Dennett piensa que estos dos asuntos (el *cogitans* y el *extenso*) deben ser explicados en su relación por los dualistas, cosa que ha sido imposible a través de centurias. ¿Por qué? ¿Por qué es tan difícil explicar cómo se vinculan e interactúan estos dos asuntos? A mi entender la clave está en la palabra “explicar”. La *res extensa* no explica: sólo lo hace la *res cogitans*. Desde esta constatación, toda explicación es unilateral –como hemos dicho, sesgada– pues se trata de una explicación que la conciencia “construye”. A menos, claro, que uno crea y considere epistemológicamente válido que el mar hable y el viento susurre, o que el oso de peluche de mi hija tenga “mente”. Si algo puede objetársele a Descartes es,

al final, intentar lo mismo que Dennett: inventar una hipótesis “científica” para el operar de la conciencia.

Recordemos aquí que las explicaciones sobre el funcionamiento neurobiológico han sido muy parecidas a lo largo de la historia⁷, aunque, como es natural, con materiales muy diferentes. En esencia, diríamos que esta explicación universal considera que el cerebro transforma la información recibida por los órganos de los sentidos en mente, la que comanda las acciones voluntarias mediante una nueva transformación que las pone en marcha. La explicación de Descartes hipotetiza, con los medios de su época, que la epíflisis o glándula pineal, un órgano cerebral medial, es la encargada de esta transformación: los animales son máquinas, el cuerpo se asemeja a un reloj o a una fuente artificial. Los alimentos digeridos en el estómago son cernidos en el hígado y depositan en la sangre “partículas” que desde el corazón llegan al cerebro. Las partes más sutiles y las más agitadas atraviesan poros muy finos y penetran en la glándula pineal, donde forman los “esíritus” animales. De ahí se reparten por los nervios y excitan las fibras. La glándula pineal, órgano impar y medio, es el lugar donde interactúan el alma y el cuerpo (*res cogitans* y *res extensa*): aquí recibe el cuerpo las órdenes del alma gracias a los movimientos de la glándula que abre el paso o lo cierra⁸. Es decir, la mente es concebida como un procesador de información. En este sentido, Dennett es cartesiano.

Sin embargo, lo que Dennett definitivamente no acepta es que la conciencia sea algo inefable e inalcanzable para la investigación científica. “Científico” significa, en este contexto, “válido” en lo que podemos llamar un “teatro o escena en tercera persona”. Esto es, explicar la conciencia en términos de eventos inconscientes neurobiológicos y por lo mismo no “subjetivos”. ¿Es posible? Sin duda. Lo es. La conciencia, la experiencia en primera persona (el *ego*), es tan explicable como la función del páncreas. Si a una persona se le administra una inyección endovenosa de tiopental su conciencia desaparece. He aquí la explicación: el tiopental es un tiobarbitúrico. Los barbitúricos deprimen el sistema de activación reticular que juega un papel en el despertar. Ellos disminuyen el índice de disociación del GABA de sus receptores. El GABA produce un incremento en la conductancia del cloro a través de los canales iónicos generando hiperpolarización y consecuentemente inhibición de las neuronas postsinápticas. Es decir, la conciencia responde obedientemente al lenguaje

⁶ *idem*

⁷ Ojeda C. *La tercera Etapa*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 2003

⁸ Pelicier I. *Historia de la Psiquiatría*. Paidós, Buenos Aires, 1973.

bioquímico cerebral. El tiopental hace desaparecer el "punto de vista", la mente, la subjetividad, la conciencia o como quiera llamársele al "yo experimento" de Descartes. ¿Qué queda entonces? Pues, para esa persona, nada. Ni *res cogitans* ni *res extensa*. Queda claro que explicar extraconscientemente a la conciencia es posible, pero eso no es lo mismo que explicar la subjetividad.

Sin embargo, en definitiva, el punto en discusión para nuestro entrevistado está, además, en otra parte. Más de la mitad de la población norteamericana cree en un Dios creador, y la disputa es, por lo tanto, entre creacionistas y darwinistas del más diverso cuño. Los creacionistas creen que la conciencia es un soplo divino, la expresión de un alma eterna e inmutable. Pero ellos no están preocupados por la científicidad de su fe religiosa. La fe religiosa está "más allá" del empirismo científico. Los que han considerado a la conciencia

como inalcanzable para la ciencia, no son los devotos a algún culto, sino los científicos mismos que han intentado exiliar la experiencia en primera persona desde hace muchos siglos: eliminar la "subjetividad" en el conocimiento ha sido su intento fundamental. En eso consiste el método científico, que busca aquello que inciertamente llamamos "objetividad". Dennett piensa que lo que resuelve el punto es simple: la heterofenomenología. Consiste ésta en tomar las descripciones de los fenómenos conscientes de otros y transformarlas en objeto de una indagación en tercera persona, es decir, del mismo modo en que se estudia el "eso" físico o fisiológico. Ya no yo, tú o él, sino el neutro "it" que hemos mencionado en otros lugares: la tercera persona neutra. Pero, ¿se puede estudiar la subjetividad desde fuera de la subjetividad? *That is the question*, creencias religiosas aparte.

RESONANCIAS NUCLEARES

CAMBIOS E INTERCAMBIOS

por Pu-Edser

Fluyama vagaba por las calles, mientras la primavera se decidía a ocupar su lugar en los corazones de los árboles, las flores y los enamorados.

Quiero ir más allá, se decía, tratando de transformar el deseo en un plan, pero se encontraba con el problema de no saber dónde quedaba el más allá o, aún más, ¿qué era el más allá que soñaba? Nada hay más personal que ese más allá. Se trata, cavilaba, de ir más allá de los límites, de esos que los sentidos han impuesto al cuerpo; Es este cuerpo y su continuo formateo del no-yo lo que me tiene mal. Si llegara más allá desafiaría este bienestar burgués que me tiene de rodillas e inmóvil; sí, se trata de llegar al verdadero imperio de los sentidos fuera de los acomodados domésticos y cotidianos de la percepción. Así piensa Fluyama: en pomposidad psiquiátrica. La idea lo seducía y a la vez lo incomodaba. '¿Sólo sería posible esta expansión de conciencia pasando por experiencias desagradables? ¿Volvemos a la idea de crecer sufriendo?' se decía con ironía para sí mismo.

Pensaba que si variaban las condiciones temporales en su existencia habría alguna posibilidad de encontrar ese más allá. Si le hago zancadillas a mis rutinas, es posible que el tiempo desordenado, sin saber qué hacer, caiga en otros espacios.

Con esta idea en mente, se deshizo de su auto, de sus horarios y prácticas. Quería crear otras vidas en su vida y no la autobiografía que parecía copiarse a diario una y otra vez como si él no fuera más que un texto clásico que entra y sale por el rodillo de la imprenta en tiradas de 24/7 (veinticuatro horas en siete días) infinitas.

Dicho en su grafo preferido, las cosas fueron así: Primer acto: Movilizarse por medios propios sin asistencia equina (nada de caballos de fuerza). Segundo acto: desordenar las horas de consulta. Fluyama en-

tonces con tiempos asignados al "estar" reducidos y tiempos asignados al "transitar" multiplicados comenzó a experimentar ser otro.

La primera en inquietarse fue su secretaria que por años le conocía el horario y, los segundos, algunos pacientes que se habían plantado como araucarias a ocupar el sistema mental por años a las mismas horas de terapia. Ni una ni otros estaban contentos con estas variaciones de Fluyama, pero entendían que habrían razones de mucha importancia que tal vez iban más allá del propio Fluyama, pues él mismo nunca les haría esto a ellos. ¡Cambios! ¿A quién pueden gustarle los cambios? Imaginaban que tal vez estaría en un nuevo proyecto académico o, mejor aún, organizando un Instituto de la Felicidad Garantizada al cual serían invitados a participar como miembros fundadores.

La cosa es que Fluyama fluía ahora por la capital a otras horas, en otras calles y como peatón. Como era de esperarse le cambió su ajuste al mundo y entonces ese nuevo ser comenzó a florecer. Fluyama estaba en el más allá de sí mismo, salvado del peor aburrimiento que existe: el aburrimiento de sí mismo.

Sucedió en este universo que una tarde a eso de las siete, ahora Fluyama hacía aperitivos a esa hora en bares de distintos barrios, se encontraba esperando su cerveza mientras mascaba algunas semillas saladas (le gustaban mucho las pepitas de zapallo tostadas) cuando una mujer rubia-de-veras, con el pelo lacio y una sonrisa demasiado fácil para ser chilena, se le acercó y un inglés turístico le preguntó si acaso él conocía la sede de una Universidad que estaba bastante lejana de allí. Fluyama, tratando de ser cordial, le contestó que para ir hacia allá ella necesitaría tomar un taxi, puesto que locomoción directa hasta allá era escasa. La mujer se lo agradece y al tiempo le solicita que le dibuje un mapa en el cual pueda orientarse. Le pasa abierta una libreta de cuero negro y un lápiz de punta fina. Cuando Fluyama la toma se da cuenta que se trata de las famosas libretitas que usaba Hemingway, Van Gogh, Picasso, para escribir, tomar notas, dibujar y que ahora son comercializadas por Moleskine en todo el mundo. (En Chile sólo en algunas escasas librerías). Recordó que había usado, durante un año, una similar para tomar notas acerca de la volatilidad de materiales diver-

sos, un hobby que lo había entretenido por un tiempo, pero el destino del contenido había tomado la misma forma que expresaba y la libretita misma se había volatilizado para siempre. Un día ya no estaba en su cajón, ni en su bolso, ni en el rincón de la consulta, ni la tenía la secretaria, ni la había tomado un hijo, tampoco la había dejado en la Universidad, ni en el dentista ni en el supermercado ni en el taller del auto. La buscó por todas partes y a cada persona que conocía le preguntaba por sus apuntes personales y... nada. La libreta había sido abducida y llevada por incógnitos extraterrestres al planeta donde nos tienen guardados todos esos objetos inolvidables que no volvieron a aparecer.

En fin, todo esto era para no darse cuenta de quién era esa mujer ya que lo había turbado su poco. Ella tendría un poco más de cuarenta, pero vestía como adolescente. Su mochila era oscura, la polera tenía impresa una cara del Che Guevara y los bluejins estaban arrugados y desteñidos. Fluyama se encontró dibujando el recorrido que tantas veces había hecho en auto, se trataba de la misma universidad donde él hacía clases a alumnos de marketing.

—¿Y usted de dónde viene? —preguntó Fluyama casi por regla de cortesía básica

—De Suecia —dijo ella sonriendo—, unos amigos me invitaron al sur a comer curanto, very good.

Fluyama seguía sentado, ella parada en frente y le pareció que tenía que invitarla a sentarse.

Y ocurrió así que entre dos que estaban fuera del código habitual se organizó una amena conversación de intercambios culturales básicos. Ella preguntó por el alcohol más usado, él por la organización social ideal. Ella por los lugares turísticos más importantes de la ciudad, él por la colonia chilena en Suecia y un amigo que hacía tiempo no le escribía. Ella por las librerías en inglés, él por la historia de los vikingos. De pronto Fluyama se encontraba invitándola a Viña del Mar el sábado y entendiéndolo que esta fractura en lo cotidiano era tal vez el famoso más allá.

Aunque la conversación era amena Fluyama tenía citado un alumno de tesis a su consulta y cortésmente se tuvo que despedir, luego de dejar su tarjeta de visita, como correspondía a la situación. Ella hizo otro tanto y Fluyama recibió una tarjeta roja

con unas letras en verde y azul que decían “joyk.” Quedaron de encontrarse el sábado en ese mismo lugar a las 10.00.

Para Fluyama una situación así era volver a darse oportunidad de explorar los territorios de las relaciones humanas más allá de sus estudios teóricos. El pragmatismo lo cautivaba por su totalidad, su inacabable capacidad de ser interpretado. Por supuesto no se auto-interpretó nada acerca de lo ocurrido porque para un terapeuta esto es tener mal gusto con sí mismo. Hacía un tiempo que estaba solo y apenas saliendo de una depresión que lo había ahogado en el infierno de las dudas.

No había sido fácil dejar el círculo de la indefinición, el magma del caos, el lugar de la indeterminación y la no-significación donde fue a parar en la rodada. Había sido Cleverio quien lo ayudara, su colega psicoquímico. Seis meses antes de este encuentro casual con la turista había sucedido algo que haría de punto de giro en su vida. Fluyama y Cleverio seguían trabajando para organizar la famosa CIA-PPC (“Comisión de intervenciones mentales de aspecto preventivo, perentorio y característico”) y que ellos jocosamente llamaban la CIA mental. En una de las reuniones mensuales Cleverio había notado que Fluyama ya no sonreía como antes: al tratar de reír los labios se abrían apenas y sólo por unos instantes. Los ojos ya no le brillaban y no se producía esa cascada de sonido que lo habían caracterizado cuando el humor lo agitaba y que lo hacían tan simpático en la trivía. Cleverio, buen observador, semiólogo y clínico, se preocupó esa primera vez, pero a la usanza de nuestra cultura chilena-andina-marina-casi-isla se quedó callado y no preguntó por las causas que según este código de relaciones nacional habría sido de malgusto. Sin embargo, al mes siguiente se había agregado a esto una sensación rabiosa al contacto, un malestar que se deslizaba entre las palabras, en el ritmo del discurso, una melodía pobre, monocorde acompañada de una cabeza más gacha, un tronco mustio que parecía caer desvitalizado en la mesa del café donde se juntaban a pensar juntos. Por un momento le pareció que la piel no se ofrecía al acercamiento como antes, estaba opaca y retraída. Cleverio se sintió autorizado para formular su preocupación cuando Fluyama se dio cuenta que había olvidado los papeles necesarios para

el trabajo de esa tarde sin tener ni el más pálido recuerdo de haber pensado en ellos. Entonces Cleverio se atrevió a formular la pregunta compleja entre colegas.

–Estimado Fluyama, habiéndolo conocido hace un tiempo me permito decirle con todo respeto ¿hay algo que lo tenga particularmente preocupado en lo cual pueda ayudarlo?

Fluyama vaciló un momento. Nunca le había parecido de buen tono mezclar los mares. Cada agua debe conservar su denominación para evitar conflictos de propiedad. Este mar se llamaba relación profesional entre colegas. Surcar más allá significaba entrar en detalles que él hubiera preferido mantener en reserva, pero en verdad ese día ya la angustia lo tenía sobrepasado y una mano que se avecinaba con firmeza le pareció una oportunidad muy tentadora.

–He estado pasando por momentos personales algo complicados –dijo sin entrar en detalles y dándole la posibilidad a Cleverio de elegir entre un cuanto-lo-lamento que habría dejado la conversación hasta ahí y los mares habrían seguido siendo los mismos o cambiar hacia el océano y preguntar:

¿Se pueden conocer los detalles? fue lo que hizo Cleverio dispuesto sinceramente a ayudar.

–Mire, doctor –le contestó Fluyama–, hace más de un año que mi mujer se fue de la casa y con ella mis dos hijos.

–Cuánto lo siento.

–Tal vez fue bueno dentro de todo –dijo Flu, decidido a conversarlo con su colega– ella era de esa serie de mujeres tipo poetiza-dolorida-busca-consuelo. No sé si ha tenido experiencias con ellas. Son estilo Virginia Woolf. Un tanto depresivas aunque creativas y muy dadas al mimoseo. En cierto sentido le hace sentido a uno estar de protector de la fragilidad ajena. Por razones, que obedecen posiblemente a los equilibrios de los sistemas vivos, el otro polo, que era yo, ocupaba la función de fuerte, pragmático y optimista. Bueno, y sucedió el inevitable retorno de la proyección. Es decir, todo lo que era ella para mí se me vino encima como una cadena montañosa que no terminaba de derramar su peso sobre mi ánimo. De pronto era yo quien se hacía preguntas por el sentido y era yo quien necesitaba consuelo. Mi prag-

matismo se esfumó y me agarré a la única solución que me vino de sopetón a auxiliar: una férrea rutina. He inventado varios ritos basados en ejercicios, repeticiones de frases del tipo aikú y mucha lectura basada en la razón. Todo esto ha surtido algo de efecto. Al menos puedo trabajar, pero muchas veces no duermo o duermo sin descansar y otras despierto, parece que no arrancara el motor de la energía. No he podido terminar mis artículos ni me dan ganas de leer los papers para mis seminarios. Supongo que esto será pasajero.

–¿Hace cuánto que anda así?

–Más de tres meses, pero empezó con leves olvidos, un choque de autos en el supermercado y muchas ganas de ver televisión, que como usted sabe no está en mis intereses habituales, pero necesitaba la voz de alguien para activarme, la voz de alguien que enunciara de lejos sus pensamientos, que no estuviera requiriendo de mi atención como los pacientes. Me cansé de vender atención, ya no puedo sostener la mirada de alguien que me necesita para asirse a sí mismo.

–Estimado Fluyama, me da la idea que no logra ver la orilla de la costa pues está sumergido en el mar.

–¿Qué me quiere decir con eso?

–No quisiera importunarlo, pero me es evidente que está usted en estado depresivo y que podría...

–No!!! No me vaya a decir que tome medicamentos, por favor, no haga algo de tan mal gusto conmigo.

–Disculpe, sólo quería decirle que me parece que necesita usted ayuda, además de sus procedimientos que me parecen extraordinariamente creativos y eficientes hasta cierto sentido, tal vez un empujoncito no andaría mal.

–Exactamente ¿a qué se refiere?

–Veámoslo así. Usted estuvo emparejado por muchos años, ¿cierto? ¿Cuánto? ¿Doce? ¿Veinte?

–Diez y ocho para ser exactos.

–Muy bien. Dos cuerpos conviviendo 18 años, ocupando incluso el mismo espacio para dormir, comer, vestirse y además con la tarea de ajustarse. ¿Qué le parece que ocurre?

–Que aprenden a estar juntos.

–Exactamente: ahora bien, ¿qué es el aprendizaje sino una serie de procedimientos que se instalan para que no todo sea

novedad y las soluciones a problemas cotidianos pueda fluir inconscientemente (por decirlo así) dejando espacio a la creación de otras cuestiones?

–Estoy de acuerdo con usted.

–Usted querido colega aprendió una parte y delegó otra. Así funcionan las parejas después de todo, si no ¿cuál sería el beneficio? Pero en la delegación su organismo se quedó bioquímicamente analfabeto. Esta es la cuestión: bioquímicamente analfabeto, ¿me entiende?

–No sé bien dónde quiere ir...

–Si le damos tiempo de aprender qué hacer con la vulnerabilidad, es decir, con la Virginia Woolf que usted lleva dentro, usted, estoy seguro aprenderá y es más probablemente, hasta puede que se ponga a escribir prosa poética, pero para eso habría que tener mucho tiempo al sistema expuesto a OTRO TIPO DE AJUSTE.

–Había pensado en buscarme una tipo Marilyn, en verdad. Allí mi ajuste sería diferente.

–Exacto, seguramente usted tendría que ajustar el cuerpo a una rubia-platinada-toda voluptuosidad de otro modo –dijo Cleverio, entrando en el calor de la argumentación

–Pero amigo... ¿dónde voy a encontrar una que me haga el favor del re-ajuste?

–Justo, ése es el primer problema. Así como anda, amigo, no le da ni para encontrar una gata callejera, porque ni ganas de buscar se le ven. Buscar es parte de la mejoría y usted, lamento decirle que está enfermo.

–Mire, Cleverio, si no fuera por el aprecio que le tengo, después de estos meses trabajando para la futura CIA no lo estaría escuchando y menos encontrándole la razón. Pero no es necesario que se moleste. Cuando sea el momento la buscaré y si la encuentro se lo contaré.

–No amigo, no me refiero a esto. Me refiero al resultado final de ese supuesto ajuste novedoso donde usted encontraría una completitud que lo haría feliz. Es raro si lo pensamos, pero la presencia del otro es como tomarse un cocktail. Sí, no se sonría, se lo explicaré. Como he escuchado de los bioquímicos somos, los seres vivos, como una gelatina caliente y húmeda, una especie de magma, materia que extrañamente se ha desarrollado en la comunidad donde habita soluciones semánticas transitorias. Es

decir, cada uno de nosotros se siente parte de la comunidad porque comparte con ella un ambiente de significados. Ahora, es en este ambiente de significados, creados a través del consenso de todos y por lo tanto cambiante como el valor de las acciones o el dólar (como ve amigo mío todo lo humano es inestable) donde se produce el ajuste somático básico.

–Me he fijado –agrega Fluyama– en esto cuando he viajado. Cada ciudad parece estar sincronizada en ciertos ritmos que determinan varias de sus costumbres e incluso en el modo de organizar la ciudad, construir sus edificios, festejar sus historias, venerar sus muertos, en fin.

–Así es. Podríamos llamar a eso el ajuste requerido mínimo para la convivencia social en esa comunidad dada. Pero así como ocurre con el todo, ocurre con las partes.

–Fractales –murmura Fluyama.

–Las partes en este caso serían usted y su ajustador principal: su pareja. Ahora usted está sin ajustador y anda decaído porque por sí mismo no se puede sostener completamente. Por otra parte, en estas condiciones tampoco podrá encontrar pareja y apegarse a amigos, trabajo o hobbies, que sabemos son soluciones de medio camino. Son estaciones Pronto-Copec donde parar a comer algo al paso, no el lugar donde uno quiere estar por largo rato.

–¿Qué me está queriendo decir?

–Que la ciencia ya sabemos los dos cuantos problemas tiene, pero también cuántas soluciones nos ha dado, inventó la manera de poder ayudarlo acortando el plazo de su ajuste.

–Ya lo decía Huxley, ¿no?... el soma os hará felices a todos. Morir antes de los treinta para conservarse feliz y joven, astuto y sobre todo... creyéndose omnipotente!! –dijo en esa ocasión el terapeuta dejando que su pesar tomara la forma de una discreta ironía.

–Fluyama, estoy tratando de decirle que tal vez una ayuda a su sistema bioquímico podría ofrecerle una especie de yeso a la fractura, un calor local a la inflamación, un by pass a la obstrucción coronaria...

–En fin, no siga, entiendo que las pastillitas son el machitún farmacológico y disculpe que se lo diga así, pero he estado estudiando los orígenes de nuestro pueblo, que aparentemente no sufrían de depresión sino hasta la llegada de los conquistadores.

–Qué interesante. En fin, le ofrezco ayuda, buscar lo más cómodo para usted de modo de poder tenerlo mejor amigo para nuestra próxima reunión. Usted tiene mi teléfono cuando lo necesite –dijo Cleverio cerrando el capítulo de intimidad personal y creando nuevamente la esfera profesional entre ellos-. Ahora sigamos con lo nuestro. Habíamos quedado en... los programas de prevención a nivel preescolar ¿o le gustaría agregar algo en los lactantes?

–Evaluar apego como se evalúa desarrollo ponderal ya me parece un avance. Tendremos que pensar cómo crear talleres educativos para las diadas madre-hijo en riesgo... a propósito de diadas, ¿no?

La reunión había terminado así, seis meses antes del encuentro con la turista europea que ocurría hoy. Habían concluido que sería necesario verse en dos días más para organizar el texto del primer informe que enviarían al Ministerio, puesto que los estaban apurando con pre-entregas. En esa ocasión Fluyama, aceptando la ayuda de su colega, había decidido medicarse. Seis meses después estaba haciendo patria: paseando una casual extranjera aparecida en ese espacio del más allá que le ofrecía cambios.

La elección del fármaco no había sido un problema para Cleverio puesto que conocía al colega y los mecanismos de los fármacos. Tuvo mucho cuidado en ir cambiando el ajuste químico para que no hubiera efectos colaterales y Fluyama entró a funcionar en este nuevo estado de conciencia-aprendizaje con la esperanza de estar mejor. Así, en una mezcla de química, cambios contextuales; esperanza; configuraciones espacio-temporal diversas; llegada de la primavera; aparición de nuevas relaciones, Fluyama retomó sus seminarios con ímpetu: los alumnos notaron rápidamente que algo estaba ocurriendo porque Fluyama cambió el programa, incluyó antropología y sociología modernas, además de traer un buen estadista. Esta ola de nueva energía abrió la mente de algunos becados y de un interno que en su entusiasmo enviaron un paper a un congreso mundial en Suecia quedando aceptado para el próximo invierno nuestro y verano de ellos. Pero esto Fluyama todavía no lo sabe, apenas se encuentra pensando a qué lugar llevará a su futura amiga a comer erizos en la quinta región.

ACADÉMICAS

Cursos de Actualización de Postítulo 2009
Universidad de Chile

Introducción a la Clínica Analítica Jungiana

Dirigido a: Psicólogos, psiquiatras y profesionales de áreas afines

Docentes: Ps. André Sassenfeld / Ps. Felipe Banderas

Duración: 1° Semestre 2009

Cupos limitados



Lugar: Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile
Contacto: (56)(2) 9787803 / email: postpsic@uchile.cl
Coordinadora académica: Dra. Laura Mancada (Académica U de Chile)



Universidad de Concepción

PROGRAMAS DE

DOCTORADO y MAGÍSTER

EN SALUD MENTAL

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

- Director Programa de Doctorado:
Prof. Benjamín Vicente
- Directora Programa de Magíster:
Prof. Sandra Saldivia
- Teléfono 41-2312799
- www.udec.cl/postpsiquiatria
- e-mail: postpsiquiatria@udec.cl
- www.udec.cl



DOCTORADO EN SALUD MENTAL

FACULTAD DE MEDICINA

● DESCRIPCIÓN

El programa formará un doctor capaz de diseñar y desarrollar, de manera autónoma, investigación de frontera en el ámbito de la salud mental, gestionar los recursos necesarios e iniciar o continuar una carrera académica en la disciplina. Además podrá desempeñarse en cargos directivos del más alto nivel en el área de la salud.

Para ello se contará con la participación de docentes de las universidades miembros de la red MARISTAN y con el apoyo del programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud. El programa está dirigido a magísteres y licenciados de Chile y América Latina.

● REQUISITOS DE ADMISIÓN

Los postulantes al programa de doctorado en Salud Mental deberán estar en posesión del grado de licenciado o magíster, aprobar un examen y una entrevista formal de admisión, presentar una propuesta de investigación en la línea de trabajo explicitada en el programa y aprobar el examen correspondiente a idioma inglés o acreditarlo, según corresponda.

● PLAN DE ESTUDIOS Y REQUISITOS DE GRADUACIÓN

El plan de estudios comprende un régimen semestral, con un mínimo de residencia de cuatro periodos académicos. El plazo máximo total para obtener el grado académico no sobrepasará los 5 años, contando desde el momento de la primera matrícula.

El programa comprende, además de las asignaturas básicas y de especialización, el diseño y defensa del proyecto de investigación que se propone desarrollar como tesis doctoral.

El número mínimo de créditos exigidos es de 32, de los cuales 12 corresponden a asignaturas básicas y 20, a especialización.

● ASIGNATURAS BÁSICAS

- Metodología y Estadística Avanzada para la investigación en Salud Mental.
- Epidemiología Psiquiátrica Avanzada.
- Evaluación de Sistemas de Atención en Salud Mental.
- Fundamentos del Campo de la Salud Mental.

● ASIGNATURAS DE ESPECIALIZACIÓN

- Dimensión e Intervención del Bienestar Psicosocial.
- Nuevos Paradigmas en el Abordaje de la Enfermedad Mental.
- Métodos Cualitativos de Investigación para problemas psicosociales.
- Epidemiología de Servicios de Salud Mental.
- Neurociencias Avanzadas.





◉ MAGÍSTER EN SALUD MENTAL

FACULTAD DE MEDICINA

◉ DESCRIPCIÓN

El programa tiene como objetivo la formación de un magíster que podrá desempeñarse en funciones directivas en organismos públicos y privados que desarrollen acciones en el ámbito de la salud mental, desarrollar actividades académicas de pregrado en centros de educación superior; y desarrollar investigación aplicada que aporte al diseño, implementación y evaluación de intervenciones y programas de salud mental.

Contará con la participación de docentes de las universidades miembros de la Red MARISTAN y el apoyo del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud y estará dirigido a licenciados de Chile y América Latina.

◉ REQUISITOS DE ADMISIÓN

Los candidatos al Magíster en Salud Mental deben estar en posesión del grado de licenciado y aprobar el examen correspondiente a idioma inglés o acreditarlo, según corresponda.

◉ PLAN DE ESTUDIOS Y REQUISITOS DE GRADUACIÓN

El plan de estudios comprende un régimen semestral con residencia de 2 años.

Para obtener el grado de Magíster en Salud Mental se debe aprobar un mínimo de 20 créditos, desarrollar un trabajo de tesis y rendir un examen de grado oral y público.

◉ ASIGNATURAS BÁSICAS

- Clínica de la Salud Mental en Atención Primaria.
- Evaluación de Sistemas de Atención en Salud Mental.
- Fundamentos del Campo de la Salud Mental.
- Metodología Avanzada para la Investigación en Salud Mental.
- Métodos Cualitativos de Investigación para Problemas Psicosociales.
- Planificación Estratégica de Sistemas Comunitarios de Salud Mental.
- Rehabilitación en Trastornos Mentales Graves.
- Teoría y Métodos Cuantitativos de Investigación para Salud Mental.

◉ ASIGNATURAS DE ESPECIALIZACIÓN

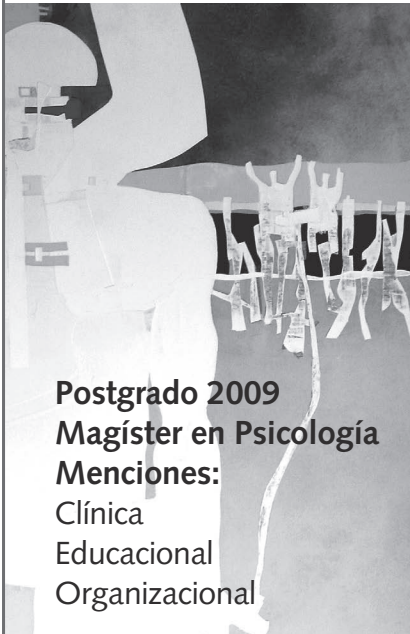
- Aspectos Éticos y Jurídicos en Salud Mental.
- Dimensión e Intervención del Bienestar Psicosocial.
- Epidemiología Psiquiátrica Avanzada.
- Planificación de Procesos Educativos en Salud Mental.
- Teorías y Prácticas en la Comunidad.





**Universidad
de los Andes**
Santiago-Chile

Escuela de
Psicología



**Postgrado 2009
Magíster en Psicología**
Menciones:
Clínica
Educativa
Organizacional

○ ● ○ Postítulos 2009

Psicoterapia Cognitivo Conductual y Conductual Dialéctica: enfoque integral, mención infante juvenil y adulto – con magíster de continuidad

ASPECTOS DIFERENCIADORES:

- Comprensión del concepto de Psicoterapia Integrativa
- Integra elementos de la Psicoterapia Conductual Dialéctica
- Tratamiento individual y grupal

PROFESORES SUPERVISORES

- **Ps. Cecilia Araya A.**, especialista en Terapia de Grupo Infante-Juvenil.
- **Ps. Cecilia Brahm M.**, especialista en Terapia Conductual Dialéctica.
- **Ps. Sofía Lecaros**, especialista en Terapia Grupal Infante-Juvenil.
- **Ps. Fernando Urra S.**, Magíster en Salud Pública, acreditado como especialista y supervisor.
- **Ps. Patricia Zañartu R.**, acreditada como especialista y supervisora.
- **Dr. Francisco Bustamante V.**, Psiquiatra, Universidad de Chile. Formación en Terapia Conductual - Dialéctica.

Inicio: marzo-abril de 2009

Duración: 2 años

Lugar:

- Centro de Salud Universidad de los Andes, Abraham Prado 396, San Bernardo
- Campus Universidad de los Andes, San Carlos de Apoquindo 2200, Las Condes

Postulaciones abiertas

Contacto: Daniela Vieira P.
E-mail: davieirap@uandes.cl

www.uandes.cl

COMENTARIO DE LIBROS

EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS

Título original: LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS

Tome II. Melanie Klein

Autora: Julia Kristeva

Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages

ISBN : 2213605939

Título en castellano: EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS

Tomo II. Melanie Klein

Autora: Julia Kristeva¹

Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas

ISBN : 950-12-3809-1

(Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387)



Catalina Scott²

A PROPÓSITO DEL GENIO FEMENINO

No es casualidad que Julia Kristeva escogiera a Hannah Arendt (1906-1975), Melanie Klein (1882-1960) y Colette (1873-1954) como protagonistas de *“El genio femenino: la vida, la locura, las palabras”*, un ensayo en tres tomos que transita entre la obra, la biografía y el momento histórico en que vivieron tres mujeres *“lúcidas, apasionadas y audaces”* que contribuyeron, cada una a su manera y desde su propio lugar, al pensamiento y a la literatura del siglo XX. Kristeva rastrea en sus derroteros –la política para Arendt, la psiquis para Klein, el lenguaje para Colette– en la particularidad de sus vidas y en las circunstancias históricas en que es-

cribieron su obra. Sin duda, Arendt, Klein y Colette no son las únicas intelectuales que interpelan la lógica del pensamiento dominante de su época. Hay otras mujeres, otras biografías, otras referencias culturales en el convulsionado acontecer del siglo XX que no están presentes en el ensayo de Kristeva. La autora admite que en su elección prima por sobre cualquier otro motivo su afinidad con las protagonistas. Sin vacilar, indaga en sus biografías, escudriña en sus escritos y sitúa sus obras en el contexto histórico en que fueron producidas. La genialidad encarnada en tres mujeres insumisas –Arendt, Klein, Colette– que cuestionan los valores hegemónicos y provocan mutaciones en los fundamentos del pensamiento político, en la teoría psicoanalítica y

¹ Psicoanalista, semióloga y docente de filosofía y literatura en la Universidad de París VII. Nace en Bulgaria (1941) reside en París desde 1965 donde estudia en la universidad, participa en el movimiento de mayo del 68, colabora en la creación de la mítica revista *Tel Quel* y se forma como psicoanalista con Lacan. Sus contribuciones en el campo de la lingüística, la teoría literaria y el psicoanálisis son ampliamente reconocidas a nivel mundial. Autora de numerosos libros, entre los que destacan: *El texto de la novela* (1970), *La revolución del lenguaje poético* (1974), *El poder de la perversión* (1980), *Historias de amor* (1983), *Sol negro* (1987), *Extranjeros de nosotros mismos* (1988), *Al comienzo era el amor* (1995) y *La revuelta íntima* (2001).

² Psicóloga.

en la literatura. Tres mujeres atípicas e inclasificables desarrollan sus ideas, al margen de las instituciones que manejan el saber en el epicentro de la cultura centroeuropea. Admiradas y criticadas, no fueron nunca completamente admitidas ni excluidas en los círculos de poder intelectual.

En el primer tomo Kristeva introduce las coordenadas que organizan su investigación y define sus acepciones sobre el sujeto, la genialidad y el feminismo. En nuestra época el término genio designa a una persona con *“cualidades y limitaciones como cualquiera, no está ungido de dones ni es un ser especial como el genio del Renacimiento”*. Al contrario, es una persona que *“sufre, ama, odia, comete excesos e imprudencias. Puede, incluso tener más defectos que virtudes”*. Se diferencia del resto por su audacia y, sobre todo, por su legado. Son personas que se arriesgan en *“aventuras paradójicas, experiencias singulares, excesos sorprendentes. En un mundo cada vez más estandarizado el genio de ciertas personas abre una multiplicidad de sentidos a las experiencias humanas”*. Hannah Arendt, Melanie Klein y Colette convierten *“una aventura intelectual de carácter personal en una obra que modifica el orden de las cosas”*. Su genialidad radica en transformar la singularidad de sus biografías y experiencias en un legado que las trasciende: *“Una obra arraigada en la biografía de la experiencia se inscribe como un giro en el devenir del pensamiento”*. Podemos no estar de acuerdo con sus propuestas, podemos criticar sus imprudencias, pero no podemos desconocerlas en su capacidad de transformar la desmesura de la experiencia en pensamientos. La repercusión de una obra depende del entramado invisible de una multiplicidad de factores entrecruzados: la biografía del autor, el momento histórico, la repercusión en el público de la época y su continuidad en el tiempo. ¿Por qué una obra repercute y se convierte en legado? Sin lugar a dudas, por el reconocimiento de los lectores.

La potencialidad de crear una vida con sentido está presente, afirma Kristeva, en casi todos los seres humanos. El acto creativo renueva y sorprende, indefinidamente, la existencia de cualquier persona que se atreva: *“Yo soy y tú eres una promesa en actos”*, sostiene la autora. Desde esta perspectiva, la eclosión del sujeto se construye como *“una hendidura entre la biografía, el contexto histórico y la obra”*. Vida y obra serían narraciones constituyentes del sujeto enraizado en la singularidad de una experiencia. Kristeva legitima el acto creativo como experiencia única e irrepetible que no puede reducirse a un denominador común como la sexualidad o el género. La autora discrepa con la tendencia del feminismo que considera al conjunto de las mujeres como una fuerza emancipadora y libertaria unificada.

Las feministas al usar este criterio imponen la lógica del dominio y repiten los excesos que tanto reprueban al patriarcado. Para Kristeva, el principal desvío del feminismo fue estigmatizar la maternidad como prueba de la explotación de las mujeres por la sociedad patriarcal. Tampoco comparte el conformismo reactivo de las mujeres a la sociedad de consumo. A pesar de sus cuestionamientos, reconoce como fundamental la lucha de los movimientos feministas en la construcción de la mujer como sujeto histórico. La defensa del derecho a voto de las sufragistas del siglo XIX, la lucha por la libertad de las mujeres del siglo XX y las condiciones de igualdad democrática alcanzadas por las mujeres en el siglo XXI crean una historia de más de tres siglos de lucha feminista. De alguna manera, Kristeva reivindica el valor de la singularidad al rastrear la vida y la obra de tres mujeres que construyen un proyecto de vida personal que no reniega de la adversidad biográfica ni socio-política del momento histórico en que vivieron.

El segundo tomo: *“Melanie Klein o el matricidio como dolor y creatividad”* revisa, desde una nueva perspectiva, la biografía y las contribuciones psicoanalíticas de *“la refundadora más audaz del psicoanálisis moderno”*. Sin lugar a dudas, la obra de Melanie Klein es un referente conceptual ineludible en la historia del psicoanálisis. En la introducción, Kristeva la presenta: Una mujer brillante, controvertida e imprudente que se convierte a los 40 años en la psicoanalista de mayor prestigio entre los analistas de su generación. Kristeva destaca la sensibilidad y el temple de Klein para sumergirse en la intimidad y padecimientos de sus pacientes y analizar la locura de los estratos más profundos de la psiquis. Más adelante cuenta sobre el escándalo provocado entre sus colegas cuando se descubre que sus primeros casos están basados en el análisis de sus hijos. Finaliza la introducción presentando los pilares conceptuales del psicoanálisis freudiano.

En el primer capítulo: *“Familias judías, historias europeas: una depresión y sus consecuencias”* recorre la historia de las familias judías centroeuropeas e indaga en los antecedentes familiares y biográficos de Klein. Melanie Klein, la fundadora del análisis infantil, llega al mundo en el seno de una familia judía asimilada en una Viena finisecular, conservadora y antisemita. Una época de agitación política y exuberancia intelectual. Su padre, Moriz Reizes, contrae matrimonio, por segunda vez, con Libussa Deutsch, una mujer de carácter fuerte y decidido, veinte años más joven que él. La pareja tiene cuatro hijos: Emilie, Emanuel, Sidonie y Melanie. Una familia empobrecida, las dificultades económicas del padre, una madre dominante y lejana a su marido, un padre inteligente y afectuoso desacreditado por su

esposa marcan la niñez y la adolescencia de Melanie Klein. Tiene 5 años cuando su hermana Sidonie muere después de una larga enfermedad. En 1902 su hermano mayor, Emanuel, fallece, en extrañas circunstancias, en Génova. Al poco tiempo Melanie se casa con Arthur Klein y abandona la carrera de medicina. Nunca retomó sus estudios ni se graduó. La pareja viaja por distintas ciudades de Europa debido al trabajo del esposo. En esa época nacen Mellita y Hans, los dos hijos mayores del matrimonio. En 1914 muere Libussa, la madre de Melanie Klein y nace su tercer hijo, Erich, en Budapest. Las desavenencias conyugales y la muerte de Libussa, su madre, le provocan una fuerte depresión. Inicia su análisis con Sandor Ferenczi, conoce la obra de Freud y asiste, por primera vez, a un congreso de psicoanálisis. La vida de Melanie Klein, cruzada por la presencia imponente de una madre dominante e invasora, comienza a cambiar. En 1921 se traslada con Erich, el menor de sus hijos, a Berlín. Separada de su marido, comienza su segundo análisis con Abraham, asiste a congresos, presenta sus casos clínicos y publica sus primeros trabajos. En 1922 es reconocida como miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Berlín. En 1925 la muerte repentina de Abraham interrumpe su análisis. En Berlín, Edgard Glover y Alix Strachey quedan sorprendidos por la habilidad clínica de Melanie Klein. La invitan a Londres a dar una serie de conferencias sobre psicoanálisis infantil. En sus memorias Melanie Klein recuerda esa época: *“La Sociedad Británica de Psicoanálisis era libre, casi insolente en su preocupación por informarse e innovar, estaba impregnada de una vieja inclinación a la democracia y de un gusto vanguardista por los individuos extravagantes”*. En 1927 se traslada a vivir definitivamente a Londres. Su reputación como analista y sus convicciones la transforman en una autoridad para los analistas de su generación. Al poco andar comienza a ejercer su influencia dominante entre sus colegas y en la formación de los candidatos. A partir de este momento la vida de Melanie Klein se confunde con el destino de su obra. Los conflictos con Anna Freud, la ruptura con su hija Mellita, la fidelidad de sus seguidoras, “las traiciones” de sus discípulos, las controversias con sus colegas se inscriben en el espíritu de su obra y en la historia del psicoanálisis del siglo XX. En 1960 Melanie Klein muere en Londres a los 78 años de edad.

Sin duda Melanie Klein fue una mujer brillante. Su espíritu investigador, su pasión por el conocimiento, su interés por el ser humano y su firmeza en la defensa de principios que considera ineludables la transforman en la psicoanalista más original e innovadora de su generación. Podemos cuestionar sus teorías, podemos no estar de acuerdo con el peso atribuido a la vida pulsio-

nal en su obra o sentir afinidad clínica con otras formas de pensar en psicoanálisis, podemos valorar otros marcos de referencias pero no podemos dejar de reconocer que sus contribuciones son el resultado de una intuición clínica extraordinaria que se acerca a cierto tipo de sabiduría, reconocida por la filosofía como una forma superior de conocimiento. Bion, Winnicott, Balint y tantos otros autores que han enriquecido las teorías y la clínica psicoanalítica serían impensables sin las innovaciones que Klein introduce al psicoanálisis. Una joven frustrada, una dueña de casa aburrida, una mujer infeliz en su matrimonio, una madre deprimida, una mujer imprudente, sin formación académica y con una biografía cruzada por pérdidas y sufrimientos, se transforma a los 40 años, después de la muerte de su madre, en la psicoanalista más destacada de su generación.

En los siguientes capítulos Kristeva revisa la obra de Melanie Klein, destacando la prioridad asignada en la teoría a la interioridad del cuerpo de la madre, al espacio intrapsíquico, al adentro y el afuera y a la teoría de la pulsión de muerte. Más adelante se detiene a analizar las consecuencias de la angustia en el desarrollo mental temprano y la tiranía del superyo primitivo. Rastrea las vicisitudes del Complejo de Edipo precoz en la mente de la niña y el varón.

En el Capítulo VI: *¿Culto a la madre o elogio al matricidio?* se pregunta por las funciones del pecho “siempre recomendado” en la teoría de Klein. Reflexiona sobre las funciones parentales, la escena primaria, la sexualidad femenina y masculina y el estadio femenino primario. Se ocupa de la función de la madre interna y su relación con la profundidad del pensamiento. Se detiene a analizar el concepto de fantasía inconsciente. Define las fantasías inconscientes como *“envolturas prenarrativas entre la angustia y el lenguaje”*. Las fantasías inconscientes como metáfora encarnada del *“representante antes de la representación”* configuran historias –construyen relatos– de relaciones objetales internalizadas encarnadas en sensaciones corporales situadas en un espacio diferente a la realidad externa: un espacio intrapsíquico de fantasías inconscientes entramadas a las vicisitudes de las pulsiones de vida y muerte. La insistencia de una vida psíquica ligada a experiencias corporales tempranas supone una dimensión emocional enraizada en el cuerpo, sede de nuestra existencia psíquica.

Las políticas institucionales, las controversias teóricas y clínicas, el origen del Grupo Independiente, la relación con Winnicott, Lacan, el feminismo, la izquierda y las redes invisibles de “fieles e infieles” a Melanie Klein son algunas de las temáticas revisadas en los últimos capítulos del ensayo.

THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE

Autor: Daniel Siegel

Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 páginas

(Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391)



Juan Carlos Sánchez¹

Daniel Siegel, médico titulado en Harvard, con estudios de post grado en psiquiatría infanto-juvenil y de adulto en la Universidad de California (UCLA) e investigador becado por Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, ha dedicado su trabajo a crear un marco teórico multidisciplinario que sustente lo que él denomina Neurobiología de la interpersonalidad (*Interpersonal Neurobiology*).

A partir del estudio de las interacciones familiares, con énfasis en la forma en que las experiencias de apego modifican la conducta, las emociones, la memoria y las narrativas autobiográficas, Siegel ha desarrollado una influyente línea de investigación plasmada en sus libros *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience* (1999), *Parenting from the Inside Out: How a Deeper Self-Understanding can help you Raise Children who thrive* (2003), *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being* (2007).

Actualmente es profesor asociado de psiquiatría en la Escuela de medicina de la Universidad de California y Director Ejecutivo del *Mindsight Institute*. Este Instituto es una organización educacional que estudia el comportamiento humano desde una perspectiva científica

y que promueve la educación y el desarrollo del bienestar personal para la construcción de una sociedad más sana y compasiva.

Desde la publicación del libro *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, el conocimiento científico se ha renovado al menos dos veces, siendo este escrito uno de los pioneros en el intento de unir los aspectos neurobiológicos, la experiencia subjetiva y las relaciones humanas, unión que podría dar cuenta de por qué somos como somos –“*how the relationship and the brain interact to shape who we are*”. *The Developing Mind* representa la piedra angular desde la cual Siegel construirá su posterior trabajo y particular visión del desarrollo humano.

Su lectura –aunque de lenguaje fácil– se dificulta en ocasiones por lo atiborrado de la información neurobiológica o por la construcción progresiva de modelos mentales que intentan dar cuenta de un determinado comportamiento o de un estado mental. El texto se desarrolla a partir de capítulos que funcionan como núcleos estructurales lineales necesarios para la comprensión del siguiente –memoria, apego, emoción, representaciones, etcétera– y que intentan abarcar los principales aspectos de la experiencia, pero que al

¹ Instituto Psiquiátrico “José Horwitz Barak”.

iniciar cada capítulo con un sumario de los precedentes, bien pueden ser leídos aisladamente.

A medida que trascurren las páginas, e incluso dentro de un mismo capítulo, se suceden “distintos” narradores en primera persona: a un Siegel neurocientífico, riguroso, claro, que plantea modelos coherentes con la idea central, de pronto le sucede uno que con más ganas que argumentos ilustra sobre ideas de bienestar esperanzadoras, sintiéndose el lector algo atónito y enfrentado más bien a un libro de autoayuda.

La idea central gira en torno a tres ejes: relaciones humanas, mente y cerebro, unidos por flujos de energía que son y llevan información: es este todo integrado el que constituye la experiencia subjetiva. El cerebro es el soporte estructural que aporta complejos mecanismos fisiológicos a estos flujos de energía. Por su parte, la mente consistiría en flujos de energía regulados y que determinarían un particular estado paralelo y sincrónico de activación de redes neurales. Finalmente, las relaciones humanas ocurrirían en la forma de intercambio de información con un otro que, a través del tiempo, moldearía el cerebro con repetidos patrones de activación (estados mentales).

Siegel inicia el recorrido en función de las características de la memoria que ayudan a entender cómo las más tempranas experiencias intersubjetivas moldean no sólo qué recordamos sino cómo recordamos, y la influencia que este proceso ejerce en la narrativa de nuestra vida. El cerebro, compuesto por redes neuronales capaces de descargar en múltiples patrones, constituye perfiles neuronales. Las vías neuronales activadas simultáneamente se asocian de modo tal que, ante una nueva descarga en alguno de sus puntos, tienden a activarse juntas por un principio hebbiano. Este aumento de probabilidad o tendencia a descargar juntas en el futuro es la forma en que el cerebro recuerda.

Desde el comienzo el cerebro responde a la experiencia realizando conexiones neuronales, cuyos patrones quedan almacenados en el cerebro al modo de una huella mnémica llamada engrama. Sin embargo, la memoria no es la simple reactivación de un engrama sino la construcción de un nuevo perfil neuronal que no sólo posee características del engrama original sino, también, de otras experiencias y del estado de mente presente, es decir, del estado *desde* el que se recuerda. Este proceso es posible, en primer término, gracias a cambios funcionales transitorios en la unión o sinapsis entre neuronas, fortaleciendo y facilitando el flujo de información de un circuito o patrón neuronal. Esta forma de memoria transitoria se denomina memoria de corto plazo. La memoria de largo plazo, en cambio, implica cambios estructurales que incluyen la forma-

ción de nuevas sinapsis, proceso mediado por cambios genéticos en el núcleo de las neuronas que permiten la síntesis de proteínas y la producción de un nuevo botón sináptico².

Durante los primeros 18 meses el cerebro es capaz de aprender exclusivamente de las experiencias almacenadas en la memoria implícita, que requiere estructuras que son funcionales desde el inicio: la amígdala y regiones límbicas para la memoria emocional; la corteza motora y los ganglios basales para la memoria conductual, y la corteza perceptual para la memoria perceptual. La característica fundamental de este tipo de memoria es la de prescindir de un proceso consciente, tanto para su codificación como para su recuperación. El recuerdo no produce la sensación de estar recordando sino que sólo se tiene la experiencia de la conducta, de la emoción o de la percepción.

La memoria explícita, en cambio, se desarrolla a partir del segundo año de vida en concordancia con la maduración del hipocampo. Requiere atención focal, consciente y dirigida para el proceso de codificación y, su recuperación, se acompaña de la sensación (conciencia) de estar recordando. El desarrollo de la memoria explícita parece estar directamente relacionado con las experiencias interpersonales. Los niños desarrollan habilidades para entender e interpretar el mundo a partir de la interacción y de la discusión de eventos pasados con los otros, siendo fundamental la expresión verbal, que permite situar el pasado en un adecuado contexto biográfico e integrarlo a las experiencias de un modo coherente. De esta forma se construye un mundo con sentido.

Los niños traumatizados –y que no tienen la oportunidad de intercambio lingüístico con otras personas– no son capaces de integrar estas experiencias negativas, las que pueden permanecer como fragmentos de memoria recurrentes, asociados a intensas emociones negativas que no pueden resolverse. La desintegración no procesada de un trauma en la niñez no solamente causa problemas y sufrimientos individuales sino que puede también constituir una seria amenaza para los otros. Conductas criminales, como asesinatos y violaciones, son ejecutadas por individuos que por lo general han sido víctimas de graves traumas en su infancia y que nunca recibieron ayuda.

Las generalización de las experiencias repetidas configuran modelos mentales de memoria implícita durante los primeros 18 a 24 meses, y el aprendizaje posterior se realiza a partir de tales modelos. Padres que han brindado al lactante repetidas experiencias de

² Ver el artículo clásico de Eric Kandel.

buen cuidado modelan esquemas mentales que anticipan que éstos continuarán. En cambio, aquellos cuyas experiencias primarias con sus padres constituyen patrones de relación poco predecibles, emocionalmente distantes o incluso aterradoras, crean un mundo interno displacentero, desorganizado y temeroso.

En este último contexto Siegel transita hacia el segundo capítulo de su libro, referido al *Apego*. Argumenta en él que repetidos patrones de interacción del infante con sus padres –formas o estilos de crianza–, se “recuerdan” en las diferentes modalidades de memoria, modelando el contenido y la manera de recordar. Esto significa que las narrativas autobiográficas difieren en función de los diferentes patrones de apego: Seguro, Inseguro Evitativo, Inseguro Ambivalente y Desorganizado. A partir de estos postulados, hipotetiza que el infante regula sus estados internos utilizando el aparato psíquico de sus cuidadores, al modo de “estados de sintonización afectiva”, hasta que estos estados internos maduran y tienen la capacidad de autorregularse. Con estilos de crianza y apegos disfuncionales se dificulta la capacidad de autorregulación, observándose conductas desorganizadas y desadaptativas.

Sin embargo –y a pesar de lo “razonable”, tentadora y ampliamente difundida de esta propuesta–, no existe una correlación clara entre el patrón de apego y la vulnerabilidad a presentar estados psicopatológicos y alteraciones de personalidad posteriores. Mediante el instrumento AAI (*Adult Attachment Interview*) que mide retrospectivamente las experiencias de apego en la infancia se han hecho infructuosos intentos por demostrar una correlación en este sentido.

El tercer capítulo “Emociones”, construido a partir del anterior, se devela como una forzada unión de un modelo mental evolutivo, neurociencias básicas y una semiología algo confusa. El eje central corresponde a las emociones “primarias”, de características proteiformes y difusas, que sirven como mecanismo de alerta, valoración y respuesta inicial ante un estímulo. De forma más compleja, las emociones “categoriales”, más específicas y conscientes –tristeza, miedo, rabia, sorpresa o alegría– que proveen significado subjetivo a la experiencia integran otros aspectos de procesamiento emocional y de memoria, de modo tal que el individuo es capaz de generar una gama de experiencias internas e interpersonales que le permiten presentar un sistema flexible de autorregulación.

En el capítulo “Representaciones” el autor propone una teoría acerca del modo en el que la mente crea y produce nuestra experiencia de realidad, la que denomina “representación mental”, y que se construye en forma singular e individual a partir del modo en que

la realidad –entendida por el autor como información recibiendo–, es procesada por nuestro cerebro. Así, nuestra experiencia está construida por patrones neuronales, agrupados en unidades funcionales, capaces de experimentar fenómenos sensoriales como el gusto y el tacto, y también fenómenos cognitivos como palabras, ideas abstractas, etcétera. Luego, estos fragmentos experienciales son acoplados, articulados y procesados en el cerebro construyendo y representando la experiencia de lo que llamamos “realidad”.

El autor fundamenta su tesis en función de la asimetría cerebral, proceso filogenético que predomina en los mamíferos, el cual otorga especialización de funciones a cada lado del cerebro. Esta asimetría otorgaría a la persona ventajas (o desventajas en el caso de apegos disfuncionales) respecto a su capacidad para empatizar con emociones de otros, para entender la mente de otros y, además, afectaría la expresión de sus propias emociones a través de la expresión facial y la prosodia. En el curso de la vida nuevos patrones de interacción y relaciones interpersonales pueden modificar nuestra forma de representar la realidad, a propósito de cambios en la forma de procesarla y construirla. He aquí el rol de la psicoterapia.

El Capítulo seis, “Estados Mentales”, se refiere a estados cohesionados del funcionamiento cerebral en un momento del tiempo, los cuales serían altamente adaptativos en la interacción con el medio. La mente es representada como un procesador de información que opera reclutando subsistemas en creciente complejidad, funcionando como un sistema dinámico no lineal y creando patrones de afrontamiento repetidos y eficientes frente a las contingencias de la experiencia del mundo y de los otros. Cuando la mente no se puede organizar en forma eficiente frente a algunas experiencias, se activa de manera caótica y carente de cohesión. Esta situación podría estar a la base de rasgos de la personalidad considerados desadaptativos y supuestamente relacionados con estilos de apego disfuncionales.

Muy cercano al anterior, en el Capítulo siete, dedicado a la “Autorregulación”, Siegel precisa que la autorregulación emocional es una habilidad de la mente que consiste en modificar en distintos niveles el proceso emocional, constituyéndose en un aparato organizador e integrador, que aporta significado a los estímulos y redirecciona los flujos de energía y procesos de memoria sincrónicos y diacrónicos. Así otorga “sintonía” a todo el organismo ante una situación determinada.

El Capítulo ocho, “Conexión Interpersonal”, aunque más parece un sumario de los precedentes, el autor argumenta acerca del fenómeno de interconexión entre

las personas, con énfasis en el paradigma del apego, de tal forma que “intuye” una suerte de conexión modificadora recíproca entre mentes –en una época anterior al descubrimiento del sistema de neuronas en espejo por Rizzolatti³– y las implicancias psicoterapéuticas y reparadoras que el establecimiento de esta interconexión posee.

Finalmente, en el capítulo “Integración”, Siegel se refiere al sentido de coherencia y continuidad que puede lograr *el self* a través del tiempo y del desarrollo, ambos procesos basados en experiencias adecuadas de apego. Engarza este capítulo con la capacidad de resiliencia y bienestar que pueden ser alcanzadas a través de la facilitación de los procesos de integración. El marco teórico para este proceso, y desarrollado en capítulos anteriores, se sustenta en tres ejes: mente, cerebro y experiencia interpersonal.

Finalmente, cabe señalar que el libro de Siegel que comentamos tiene el mérito de haber sido escrito como una propuesta audaz, pionera y anticipada de

la integración entre neurociencia y clínica. El supuesto fundamental consiste en la hipótesis de que las relaciones e interacciones con los otros modelan, en especial los estilos de crianza y apego, el desarrollo del cerebro y que éste opera a través de circuitos o redes neuronales que descargan en una multiplicidad de patrones constituyendo perfiles neuronales.

Sin embargo, este supuesto en ocasiones está marcadamente presionado y construido al final como si se tratara de evidencia dura. En las primeras partes del libro el autor es más cauto y utiliza condicionales (esto podría sugerir, orientaría, sería compatible, etcétera), condicionales que se van perdiendo en los capítulos posteriores. También es un tema crítico de esta obra la evitación (por carecer de “importancia”) de temas ineludibles en el estudio de la mente, como es el fenómeno de la conciencia. No obstante, este libro de Siegel representa una importante introducción al estudio crítico de las neurociencias y su relación con los fenómenos mentales, sabiendo hoy la dificultad que esta integración implica.

³ Rizzolatti.

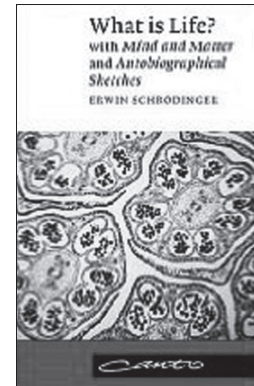
ERWIN SCHRÖDINGER: FÍSICA Y BIOLOGÍA

WHAT IS LIFE?

Autor: Erwin Schrödinger

Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003

(Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396)



César Ojeda

Erwin Schrödinger no fue biólogo sino físico. Nació en Viena en 1887 y su educación abarcó un espectro inusual de disciplinas y aficiones, desde la química y la botánica hasta la pintura italiana. En la Universidad de Viena recibió la fuerte influencia de Hasenöhl, sucesor de Boltzmann, respecto de los problemas de la física de los medios continuos, influencia que está en la base de sus notables aportes posteriores y que le valieron el premio Nobel –que compartió con el inglés Dirac– en 1933. La conferencia de diciembre de ese año, presentada con ocasión del premio, se tituló: “*The Fundamental Idea of Wave Mechanics*” (La idea fundamental de la mecánica ondulatoria)."

¿Qué puede un hombre que transita por los derroteros antes señalados aportar a la biología y, más específicamente, al concepto de vida? La clave está en un pequeño libro de aspecto insignificante, *What is Life?*, que Schrödinger publicó en 1944. Desde la primera página Schrödinger analiza su competencia en materias biológicas: “¿No se supone –pregunta– que un científico sólo debe escribir acerca de los tópicos en los que es ‘maestro’? Así se piensa, pero nosotros –continúa Schrödinger, como quien confiesa un mal hábito– hemos heredado de nuestros antepasados el vehemente anhelo por el conocimiento abarcador”. Se refiere el físico austriaco a la universalidad del saber, dispersada en los últimos extraños cien años y que nos confronta con un “estrafalario” problema: “Sentimos claramente que sólo ahora estamos empezando a adquirir un material confiable como para consolidar la

suma de lo que se sabe en una totalidad, pero, por el otro lado, es cercano a lo imposible para una sola mente manejar plenamente más que una pequeña porción de esa totalidad” (p. 1).

A menos de abandonar para siempre el intento, Schrödinger pensó que la solución a este problema requería un acto de coraje: embarcarse en la aventura de intentar una síntesis de hechos y teorías, aunque sea con un conocimiento incompleto y de segunda mano de algunas de ellas, “con el natural riesgo de ponerse en ridículo” (*ibid.*)

Que el resultado fue muy distinto a “*to make fools of ourselves*” lo apreciará el lector en las páginas siguientes. Tratándose de la vida, la primera razón para abandonar el armamento matemático del que los físicos suelen hacer gala, no fue que el objeto a tratar tuviese una simplicidad tal susceptible de ser explicada sin ese recurso. Por el contrario, demasiado hay envuelto en ella como para hacerla algo accesible a las simplificaciones matemáticas. Pero aun así, ¿cuál es la pregunta fundamental que una mente como la de Schrödinger deseaba formular para no desviarse en el camino? La pregunta era: “¿Cómo los eventos espacio-temporales que acontecen dentro de los límites de un organismo viviente pueden ser explicados por la física y por la química?” (p. 3).

Como se aprecia, esta pregunta inicial rechazaba de plano la idea de que la vida, especialmente la vida humana, fuese una especie de cuerpo extraño en el universo y que, por lo mismo, requiriera explicaciones

y una racionalidad distintas a las que nos sirven para intentar comprender el resto de lo existente.

La respuesta que Schrödinger da a la pregunta es precisa: “La obvia inhabilidad –dice– que la física y la química actual tienen para dar cuenta del evento de la vida no es en absoluto razón para dudar acerca de que ella *puede* ser explicada por estas ciencias” (p. 4). La física y la química no han podido dar cuenta de la vida porque los ordenamientos atómicos de las partes esenciales de un organismo vivo son fundamentalmente distintos de aquellos que los físicos y los químicos han hecho objeto de sus estudios teóricos y experimentales. Recordemos que para Schrödinger las leyes físico-químicas son *estadísticas*, y es en ese aspecto en el que la diferencia entre los seres vivos y la materia no viva que han manejado en sus mentes y laboratorios los físicos y los químicos es sustantiva. Diez años antes del descubrimiento de la estructura del ADN por Watson y Crick, Schrödinger pensó que el sustento y transporte material de la vida eran las moléculas contenidas en los cromosomas, las que debían tener un patrón químico diferente a las planas e idénticas estructuras moleculares repetidas incesantemente en los cristales “periódicos” con los que tratan regularmente los físicos. A esta estructura de las moléculas esenciales de la vida Schrödinger las llamó “cristales a-periódicos”, refiriéndose con eso a un patrón complejo y único de repeticiones moleculares.

UNA MEDIDA INHUMANA

Al parecer, lo fundamental para el desarrollo de cualquier teoría está en la sencillez de las preguntas ¿Por qué los átomos son tan pequeños? –se pregunta Schrödinger. Pequeños y muchos –habría que agregar. “Si marcamos las moléculas del agua de un vaso y las arrojamos al mar –nos cuenta el físico siguiendo a Lord Kelvin–, después de un tiempo éstas estarán distribuidas uniformemente en los siete mares. Si ahora sacamos un vaso de agua de cualquier parte de estos siete mares, encontraríamos en él cerca de cien moléculas marcadas”(p.7) Un átomo posee un diámetro de 1 o 2 Angström, y un Angström es la 10^{10} parte de un metro, o, puesto de otra forma, es la diezmillonésima parte de un milímetro. Efectivamente, los átomos –nos cuenta Schrödinger– son muy, pero muy pequeños. No obstante, le parece que el asunto está mal planteado: el átomo es pequeño sólo respecto de las dimensiones que nos son familiares, como nuestro cuerpo y los objetos que usamos. Nos recuerda Schrödinger la historia aquella de un rey inglés, que ante la inquietud de sus consejeros acerca de la unidad de medida que se usaría

en el reino, extendió uno de sus brazos y dijo: “la distancia que hay entre la mitad de mi pecho y la punta de mis dedos: eso estará bien”. Es conocido: los ingleses –con ese rasgo de inocencia mal perdida– miden el espacio con el cuerpo (recuérdense las “pulgadas” y los “pies”). Por lo tanto, no es propio –agrega Schrödinger– pedir en la tienda “sesenta y cinco mil millones de Angströms de tweed para hacerse un nuevo traje”. La medida de los átomos no es la medida del cuerpo humano, en el sentido del orden de magnitud en el que percibimos y configuramos los eventos que nos son inmediatamente significativos. ¿Por qué es esto así? Si nuestros organismos interactuaran con cada átomo en particular, piensa Schrödinger, jamás habríamos podido llegar a desarrollar el pensamiento ordenado, que en definitiva es el que ha concebido la idea misma de átomo. El fundamento de esta aseveración nos ocupará en lo que sigue.

EL CÓDIGO HEREDITARIO

El punto de partida para cualquier teoría acerca de la vida es comprender que las leyes de la física reposan en el comportamiento estadístico de enormes conglomerados de átomos, puesto que, tomados en pequeñas cantidades, su conducta es desordenada y por lo tanto no son susceptibles de describir mediante leyes. Un órgano como nuestro cerebro –y el sistema sensorial que “viene” con él– por necesidad debe consistir en una gran cantidad de átomos, de manera que su estado físico cambiante pueda estar en íntima correspondencia con funciones cognitivas altamente desarrolladas (ordenadas). Esto no sería posible si el cerebro y los órganos sensoriales fuesen estructuras capaces de responder y registrar el impacto de los átomos individuales provenientes de su ambiente. El cerebro, el pensamiento, la percepción y cualquier tipo de experiencia humana corresponden a una organización extraordinariamente ordenada, y que, por lo mismo, responden a interacciones con el ambiente que también presentan un alto nivel de orden.

Si bien en los seres vivos cada célula está formada por colosales cantidades de átomos, sólo un grupo increíblemente pequeño de ellos –mucho más pequeño que lo requerido por la física para alcanzar estados de legalidad exacta– juegan un rol dominante en los ordenadísimos y regulares eventos que ocurren al interior de la vida. Schrödinger utiliza el término *pattern* para referirse al desarrollo total de un ser vivo, desde su estado unicelular hasta su madurez, incluyendo en este patrón, en cada estadio, la *organización*, la *estructura* y la *función* del sistema vivo. Este patrón está ya en el

huevo, pero más precisamente en su núcleo, y en él, en los cromosomas, y en los cromosomas, en una fibra axial *portadora del código del patrón total –previo, actual y futuro–* de este organismo particular. El código determina si lo que se desarrollará será “un gallo negro, una gallina moteada, una mosca, una planta de maíz, un rododendro, una cucaracha, un ratón o una mujer” (p. 21).

No obstante, las fibras cromosómicas no son un código pasivo sino que además poseen un poder ejecutivo e instrumental: “son, a la vez, el plan de arquitectura y la maquinaria de construcción” –señala el físico (p.22). Siguiendo esta analogía, los seres vivos ingresan a su sistema los “materiales de construcción” (materia y energía), sobre los que opera la “maquinaria de construcción” guiada por lo que –en otro lugar– hemos llamado “patrón autopoietico”: ese “plan de arquitectura” que, desde una insignificancia cuantitativa atómica, revela una impresionante significancia molecular estructurante en todos los sistemas vivos.

Pero, ¿cómo se podrían conciliar desde el punto de vista de la física estadística dos hechos aparentemente contradictorios: la estabilidad, regularidad y “legalidad” de los genes, y por otra parte, su conformación sobre la base de una pequeñísima cantidad de átomos?

MUTACIONES Y TEORÍA CUÁNTICA

Ya en aquel tiempo Schrödinger planteaba que Darwin había cometido un error al considerar que variaciones pequeñas, accidentales y continuas, y que ocurren incluso en las poblaciones de seres vivos más homogéneas, era el material sobre el que operaba la selección natural. Las observaciones de De Vries a principios del siglo XX habían ya mostrado que los cambios heredables ocurrían con muy baja frecuencia en las sucesivas generaciones de seres vivos, y consistían en “saltos”, los que no necesariamente implicaban una “gran” modificación respecto de los rasgos de los ascendientes, pero sí una discontinuidad “sin intermediarios” con ellos. De Vries denominó a estos *jump-like changes*, “mutaciones”. Esta discontinuidad le parece a Schrödinger análoga a la sostenida por la teoría cuántica para la “realidad” atómica, que postula que los niveles de energía vecinos, en esa dimensión, son discontinuos y sin estratos intermedios. Pero esta asociación toma para él la forma de un postulado teórico en esta nueva área: las unidades significantes de las fibras cromosómicas son moléculas, y por lo tanto las mutaciones deben corresponder a saltos cuánticos de estas moléculas conocidas como “genes”. En los sistemas a “pequeña escala” la energía y los cambios son “cuantizados”, es decir, las

transformaciones en la configuración ocurren mediante tales brincos estructurales hacia estados de mayor o menor energía, la que debe serles suministrada o drenada, respectivamente. Estos cambios en el nivel molecular no implican necesariamente una desintegración de la estructura sino una diferente configuración de los mismos átomos, lo que habitualmente se conoce como “isómeros” moleculares. Estos saltos ocurren entre dos estados moleculares estables –aunque en la transición se deba pasar por otros de mayor energía–, los que son relevantes sólo en el momento en que sobrepasan el umbral requerido para alcanzar el estado final y no retornar al inicial.

A partir de la idea de mutación, y siguiendo un limpio razonamiento, Schrödinger ha llegado a plantear una posible estructura bioquímica para los genes. “Asumiremos –dice– que la estructura de un gen es la de una enorme molécula, capaz solamente de cambios discontinuos consistentes en re-arreglos estructurales y conducentes a estados moleculares isoméricos” (p. 56). Pero además, el físico austriaco considera que estos re-arreglos deben afectar sólo a una pequeña región de un gen, y que un gran número de estos re-arreglos deben ser posibles, pero con umbrales de cambio lo suficientemente altos como para hacer de ellos algo muy poco frecuente. El número de átomos de un gen no necesita ser muy alto, puesto que por combinatoria, esta bien ordenada configuración atómica puede producir una cantidad ilimitada de variaciones en un espacio muy pequeño. Como ilustración pide al lector hacer un pequeño cálculo: en el código Morse los dos signos usados son punto y raya, los que en secuencias ordenadas de no más de cuatro de estos signos, permiten treinta diferentes especificaciones de significado. Si se agrega un tercer signo, se pueden formar 88.572; y con cinco, 372.529.029.846.191.405. Dejamos al lector la lectura de este guarismo, para enfatizar que lo que Schrödinger desea poner en evidencia es que esta concepción de la estructura de un gen, permite imaginar “*un código en miniatura capaz de explicar el complejo y especificado plan de desarrollo [de un ser vivo], a la vez que contener la forma de ponerlo en operación*” (p. 62).

ORDEN Y DESORDEN

Schrödinger anticipó la estructura del ADN, del ARN mensajero y de la combinatoria de unas pocas estructuras moleculares, las famosas cuatro bases (Adenina, Citosina, Guanina y Timina) que marcan la variabilidad del genoma de los seres vivos. Sin embargo, fue aún mucho más allá. Efectivamente, Schrödinger había hecho una “creación teórica” para resolver el problema de

la “durabilidad” de la sustancia hereditaria tomando en cuenta su ínfima materialidad. “Tuvimos que evadir la ‘tendencia al desorden’ [de los pequeños conglomerados de átomos] ‘inventando una molécula’, en realidad una molécula inusualmente grande, la cual tiene que ser la pieza maestra de un orden altamente diferenciado, salvaguardado por el poder mágico de la teoría cuántica” (p. 68). Si bien las leyes de la probabilidad no son invalidadas por este “invento”, ellas necesitan ser modificadas en algún sentido. La vida es un desafío para los físicos, que cada cierto tiempo tienen que poner sus convicciones en remojo. La vida parece ser una conducta ordenada y legalizada de la materia, pero que no está basada en la tendencia de esta última de ir siempre desde el orden al desorden, sino en “un orden existente que tiende a mantenerse” (*ibid.*)

El principio aquí involucrado es la segunda ley de la termodinámica o principio de la entropía, y su fundamento estadístico. Pero, está claro, la vida se las arregla para evitar esta ley, y así evitar llegar, a partir de “su” orden, al estado de equilibrio representado por el máximo desorden, que en este caso es nada menos que la muerte. Al observar la vida, vemos que ella permanentemente está “haciendo algo”: moviéndose, intercambiando materia con el ambiente, en suma, “comportándose”. Basta con observar una hormiga para reconocer lo que Schrödinger está señalando. Pero todo esto marcado por un sorprendente e incesante “seguir adelante”. Un sistema inanimado, en cambio, se “comporta” por un corto tiempo, puesto que por diversas vías se va produciendo un emparejamiento energético con el ámbito en el que está, hasta que toda actividad cesa y el sistema queda transformado en un “montón” de materia inerte. Esto ocurre al apagar la llama de la tetera hirviendo: después de un rato, el vapor ululante, que sale a borbotones hacia la habitación, se aquieta, y tetera y ambiente entran en quietud y silencio. Ese estado es el que los físicos llaman “equilibrio termodinámico”, en el cual la entropía tiende al máximo.

Pero, ¿cómo se las arregla la vida para conseguir esta especie de movimiento “contra-natura”? La respuesta está a la vista: comiendo, bebiendo y respirando. ¿Pero qué es precisamente lo que se incorpora a través de estos procesos? Pues “entropía negativa” o, lo que es lo mismo, orden. Para Schrödinger, los organismos vivos permanente e inevitablemente aumentan su entropía (entropía positiva), es decir, sus operaciones catabólicas producen un aumento del desorden molecular que tiende al estado de equilibrio, entre el organismo y el ambiente. Los seres vivos compensan esta situación al liberarse de esa entropía negativa mediante la absorción de orden desde el ambiente sobre la base de

la función estructurante de los genes. Evidentemente las cosas no son tan simples, y la termodinámica es un asunto mucho más complejo, pero para efectos de pensar la vida como lo hizo nuestro autor estas simplificaciones pueden ser útiles. La entropía negativa proviene del estado extremadamente ordenado de las moléculas o de la energía que ingieren y que componen a los seres vivos, como aminoácidos, azúcares o lípidos, en el caso de los animales, y energía solar, en el caso de las plantas, las que son devueltas al ambiente degradadas, es decir, con una menor cantidad relativa de orden. Podríamos decir que la diferencia entre el orden ingerido y el eliminado debe ser capaz de compensar –si el ser vivo ha de continuar siéndolo– el desorden que el acto de vivir provoca inevitablemente.

ORDEN *DESDE* EL DESORDEN Y ORDEN *DESDE* EL ORDEN

Schrödinger –siguiendo a Max Planck– piensa que hay dos formas mediante las cuales se puede producir “orden”. La primera es el orden que emerge *desde* el desorden (*order from disorder*) y que posee un “mecanismo” estadístico. Este mecanismo permite comprender los fenómenos de la naturaleza, y especialmente, su carácter de irreversibilidad. A nuestro entender éste es uno de los elementos que llevó a Prigogine a titular la versión inglesa de su obra más destacada, *La nouvelle alliance*, como “*Order Out of Chaos*”¹, y en la cual –entre muchas otras cosas– presenta sus hallazgos respecto de las estructuras disipativas². Sin embargo, la mirada del físico austriaco tiene otra dirección, dirección que constituye la segunda forma de producir orden: el orden que emerge desde el orden (*order from order*), y que para él ocurre básicamente en los seres vivos, aunque no exclusivamente en ellos. Esto no implica sostener que se trata, en este último caso, de principios ajenos a la ciencia, sino de leyes que se especifican para otro dominio de aconteceres, como hemos ya señalado. No obstante, sí implica modificar la aserción de que todas las leyes de la física están basadas en fenómenos estadísticos. Exactamente eso era lo que Max Planck había sostenido en su artículo, el que podría traducirse

¹ Prigogine, I, and Stengers, I: *Order out of Chaos*. Bantam Books, New York, 1984.

² Prigogine, I. *¿Tan sólo una ilusión?: Una exploración del caos al orden*. Tusquets Editores, Barcelona, 1993. Ver especialmente el capítulo, “La termodinámica de la vida”, traducción del original publicado en “La Recherche”, vol 3, Nº 24, Junio 1972, pp. 547-562.

al castellano como “Los tipos de leyes dinámicos y estadísticos” (*Dynamische und Statische Gesetzmässigkeit*): las leyes estadísticas controlan eventos a “gran escala”, es decir, en el que intervienen infinidad de unidades; en cambio las leyes “dinámicas” se supone gobiernan los eventos a “pequeña escala”, como las interacciones entre partículas, átomos y moléculas individuales. Este último tipo de leyes puede ilustrarse por fenómenos “mecánicos”, como es el caso del sistema planetario, o el de un reloj. Sin embargo, Schrödinger desea ir más allá, puesto que “podríamos arribar a la ridícula conclusión de que la clave para entender la vida está basada en un mecanismo como el del reloj” (p. 82). Si bien esto no es enteramente falso, debe “ser tragado con un gran grano de sal” (*ibid*).

El punto es que las leyes estadísticas dejan de cumplirse en la temperatura “cero absoluto”, de acuerdo al teorema desarrollado por Walter Nernst, y que se ha denominado la “tercera ley de la termodinámica”, pues allí el desorden molecular cesa, y por lo tanto los sistemas se comportan “dinámicamente”. Desde aquí Schrödinger se hace una pregunta crucial: ¿qué temperatura en un caso particular prácticamente equivale a ese cero absoluto, y por lo mismo, en el que el desorden molecular deja de jugar un papel físico importante? Esta temperatura no necesita ser muy baja, como empíricamente demostró el mismo Nernst, pues para muchas reacciones químicas a temperatura ambiental, el rol del desorden molecular o entropía es insignificante. Es ampliamente conocido que en diversas temperaturas un compuesto puede ser gaseoso, líquido o sólido, y que su comportamiento termodinámico es diferente. Pues bien, el reloj funciona dinámicamente y no estadísticamente, porque lo hace a una temperatura que para los materiales de los que está fabricado, es equivalente al cero absoluto.

En tal estado el orden prevalece, y es lo que supone Schrödinger que ocurre con el material genético, una

especie de fino y estable “engranaje” distribuido en todas las formas de vida. No está de más agregar que la base teórica de lo dicho no está en la mecánica clásica sino en la teoría cuántica.

LA OTRA HERENCIA

Las metodologías en primera persona, la idea de auto-poiesis, de propiedades emergentes, de complejidad, de sistemas no lineales y muchas más, parecen ser novedades de las últimas décadas. Pues bien, no lo son. O, al menos, forman parte de un noble linaje. “Para hacer época en el mundo –decía Goethe– se requieren, como es sabido, dos cosas: primero, una buena cabeza, y segundo, disfrutar de una buena herencia.”³ No se refería el poeta alemán a una herencia en bienes o dinero sino a una herencia cultural. “Napoleón heredó la Revolución francesa –especificaba– y Lutero la ignorancia de los frailes” (*ibid*) Pues bien, como hemos señalado, la estructura del ADN y del ARN, la biología molecular, la genómica, la “neuro-fenomenología” y otros desarrollos recientes de la biología, tienen como ancestro inmediato a este notable físico austriaco. Citando tan sólo un ejemplo, “la mirada desde dentro”⁴ con la que se postula un camino metódico “revolucionario” para el estudio de la complejidad biológica y especialmente de la conciencia, era ya formulada por Schrödinger en aquellos años: “facilitará grandemente nuestra tarea [de comprender la vida] –señalaba–, elegir para la investigación los procesos que están estrechamente acompañados de eventos subjetivos(...) Después de todo –ha dicho un poco antes en el texto que hemos comentado– el único asunto que tiene un interés supremo para nosotros es que sentimos, pensamos y percibimos” (p. 9). Esta idea se vio concretada de manera elocuente en su obra posterior *Mente y Materia*⁵, publicada por primera vez en 1958.

³ Eckermann JP. *Conversaciones con Goethe*. Océano. Barcelona, pp. 92-93.

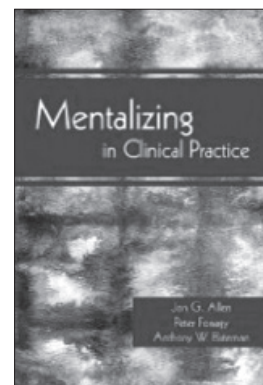
⁴ Varela F and Shear J. *The View from Within*. Imprint Academic, 2002.

⁵ Schrödinger E. *Mente y Materia*. Tusquets, Barcelona, 1990

MENTALIZING IN CLINICAL PRACTICE

Autores: Jon Allen, Peter Fonagy, Anthony Bateman
Editorial: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1 edición, 2008, 433 páginas

(Rev GPU 2008; 4; 4: 397-398)



Alberto Botto¹

¿Un psicoanalista publicando en la revista *Science*? Puede parecer extraño, pero lo cierto es que en el número correspondiente a agosto de 2008 Peter Fonagy aparece como coautor en un trabajo que aplica la teoría del juego en el estudio de la conducta de cooperación en pacientes con personalidad límite². Sumado a lo anterior, la publicación casi en forma simultánea de una completa revisión³ sobre el concepto de mentalización y su aplicación clínica, da cuenta de la relevancia y actualidad del tema que trata el libro que comentamos.

La mentalización, es decir, la capacidad de entender el comportamiento propio y de los demás en términos de estados mentales, es un logro del desarrollo que se adquiere en el contexto de una relación de apego seguro y determina la forma en que el individuo se relacionará consigo mismo y los otros a lo largo de su vida. Bateman y Fonagy (quienes han dedicado largos años a su estudio) la definen como aquel proceso a través del cual un individuo interpreta implícita y explícitamente sus actos y los de los demás otorgándoles un significado basado en el reconocimiento de estados mentales intencionales tales como deseos, creencias, sentimientos y necesidades. Dentro de esta definición, los autores reconocen tres dimensiones: la primera, relacionada con dos modos de funcionamiento (implí-

cito/explicito), la segunda relacionada con dos objetos (self/otro) y la tercera, relacionada con dos aspectos de la vivencia (cognitivo/afectivo).

En la actualidad la mentalización se ha transformado en un constructo que atraviesa distintas teorías (cognitivas, interpersonales, psicoanalíticas) y cuya aplicación en la práctica clínica pareciera ser bastante promisorio no sólo respecto a los resultados, por ejemplo, en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, donde ha sido más estudiada, sino también debido a la menor complejidad de su entrenamiento en comparación con otras técnicas como la psicoterapia focalizada en la transferencia propuesta por Kernberg y colaboradores.

El libro que comentamos está organizado en dos partes: la primera ("comprendiendo la mentalización"), aborda el origen del concepto, sus definiciones y su relación con el desarrollo y la neurobiología; la segunda ("practicando la mentalización"), describe la forma de realizar intervenciones que promuevan la mentalización haciendo énfasis en la personalidad límite y el apego traumático. Ya en la introducción los autores aclaran su propuesta al afirmar que el logro de la mentalización es el factor de cambio común más importante que atraviesa los distintos tipos de psicoterapias, por lo que, agregan, todos los profesionales de

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

² King-Casas B, Sharp C, Lomas-Bream L, Lohrenz T, Fonagy P, Montague P. The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science* 321, 806 (2008).

³ Choi-Kain L, Gunderson J. Mentalization: ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165:1127-1135.

la salud mental se beneficiarían de su conocimiento y aprendizaje.

Stanley Hall, a fines del siglo XIX, fue el primero en utilizar la palabra *mentalize* en el ámbito de la psicología; sin embargo no fue hasta 1906 que la palabra apareció en el *Oxford English Dictionary*. Aunque Freud nunca utilizó el término, sus ideas sobre el “pensar antes de actuar”, así como la *función continente* de Bion serían muy afines al significado de la mentalización la que, sin embargo, ha sido confundida con diversos términos como *insight*, teoría de la mente, metacognición, *mindfulness*, función reflexiva, etc. En este punto los autores han realizado un notable esfuerzo por aclarar los límites de su definición, distinguiéndola de la imitación, la identificación y la empatía. Así, para éstos, una intervención mentalizante será aquella que promueva la atención sobre los propios estados mentales o los de los demás, de la misma manera que ocurre cuando pensamos acerca de nuestros sentimientos o nuestras conductas.

En el primer capítulo, luego de definir el concepto y aclarar sus límites, se describe su origen desde el psicoanálisis y la teoría del apego representada por los aportes de Bowlby y Winnicott para finalizar con una descripción del modo en que la mentalización se encuentra arraigada en los distintos tipos de psicoterapia. Aquí los autores hacen explícito su programa al afirmar que su deseo no es *crear* una nueva psicoterapia sino *mostrar* cómo el promover la mentalización es un factor común a la mayoría de las intervenciones que se aplican en la actualidad a través de: 1. Identificar estados emocionales, sus causas y contextos, 2. Modular emociones (*hacia arriba o hacia abajo*) y 3. Fomentar la expresión de las emociones al mismo tiempo que se piensa en su significado tanto para los demás como para sí mismo.

En el capítulo dedicado a la neurobiología se revisa la “teoría de la mente” introducida por Premack y Woodruff en 1978, el sistema de “neuronas espejo” (Rizzolatti) y el “cerebro social” en el contexto de los hallazgos más recientes respecto a las bases biológicas de la interpersonalidad y su relación con cuadros clínicos como el autismo y la personalidad antisocial. Aunque existe evidencia de la importancia de ciertas áreas cerebrales en el desarrollo de la mentalización como el giro fusiforme en el lóbulo temporal, la amígdala, el giro cingulado anterior y la corteza prefrontal, aún queda mucho por esclarecer. Es así como se ha propuesto que la *espejularidad* no correspondería a una propiedad de un cierto grupo de neuronas altamente especializadas sino que más bien sería un fenómeno compartido por diversos sistemas en relación al funcionamiento cerebral global.

Pero, como mencionan los autores, una cosa es tener una buena teoría acerca del funcionamiento mental

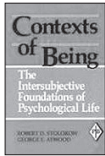
y otra es aplicarla de manera que sea efectiva en resolver los problemas que plantean nuestros pacientes. En ese sentido la premisa es simple: todo psicoterapeuta, de alguna manera u otra (y aunque no lo sepa) está practicando la mentalización. Sea a través de una interpretación psicodinámica o un análisis de las distorsiones cognitivas, en el fondo, lo que se promueve es un incremento de la función mentalizante. De esta manera, los objetivos del tratamiento basado en la mentalización serían: 1. Promover la mentalización sobre sí mismo, 2. Promover la mentalización sobre los otros, y 3. Promover la mentalización sobre las relaciones interpersonales, a través de: 1. Identificar y trabajar sobre la capacidad de mentalizar de cada paciente en forma individual, 2. Atender los estados internos en el terapeuta y en el paciente, 3. Representar al paciente dichos estados internos, y 4. Mantener este foco en cada desafío emocional que se le plantee al paciente.

Un capítulo que merece ser destacado es el que trata sobre la práctica de la psicoterapia basada en la mentalización. Allí se menciona y se describe una serie de intervenciones que suponen, de parte del terapeuta, una actitud fundamental para el logro de los objetivos y que los autores llaman *postura mentalizante*. Esta postura puede ser enseñada en un entrenamiento relativamente sencillo e involucra una serie de aspectos como curiosidad e interés genuino por los problemas del otro, tolerancia a la incertidumbre y la ambivalencia, autenticidad y adaptación de las intervenciones de acuerdo a la capacidad de cada paciente. De esta manera se les recomienda a los terapeutas utilizar con cuidado ciertas palabras que puedan cerrar el campo de comprensión como “obviamente”, “sólo”, “claramente”; ser activo más que pasivo; realizar movimientos que eviten la polarización (por ejemplo, cuando el paciente se torna muy introspectivo, invitarlo a pensar en otros y viceversa) y, por último, recordar que es posible ser experto en una determinada técnica, pero que siempre seremos principiantes en relación a la mente del otro.

En un momento donde la investigación en psicoterapia (piénsese en el modelo de la depresión anaclítica e introyectiva propuesto por Sydney Blatt) y el desarrollo de métodos diagnósticos cada vez más complejos y refinados (neuroimágenes, estudios genéticos y de endofenotipos) apuntan hacia la indicación diferencial de los tratamientos, es decir: qué estrategia será mejor para qué tipo de paciente, el contar con un marco conceptual genérico (la mentalización) que, en mayor o menor medida, atraviese las distintas corrientes tanto en su teoría como en su práctica pareciera ser, como diría Henry James, *otra vuelta de tuerca*; salvo que en este caso esperamos que la historia no trate sólo de fantasmas.

CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



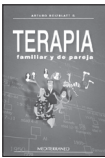
CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



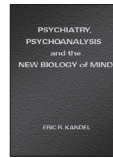
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



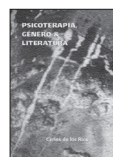
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



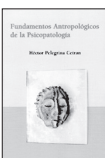
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

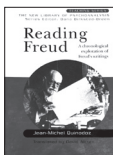


SCHIZOPHRENIC SPEECH

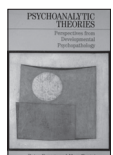
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh
Ed: Cambridge University Press, London, 2005
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232
Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



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



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



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



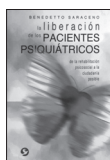
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: C y C Aconcagua, 2004, 130 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



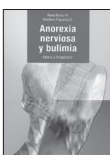
DRUGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



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



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



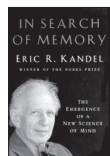
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1 : 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



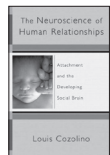
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



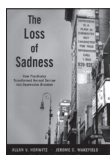
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company , Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



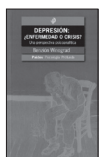
THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN
 Autor: Louis Cozolino
 W.W. Norton & Company, New York, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244
 Disponible en: www.amazon.com



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



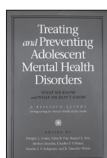
DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benzió Winograd
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254
 Compra: www.paidos.com



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



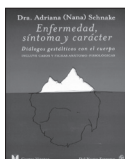
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



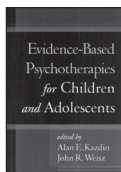
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



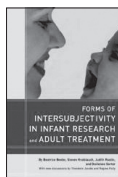
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



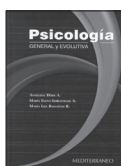
EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22
 Compra: www.amazon.com



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



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



PSICOLOGÍA GENERAL Y EVOLUTIVA
 Autores: Anneliese Dörr, M. Elena Gorostegui, M. Luz 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



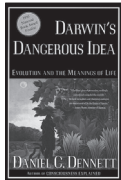
GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
 Editor: Dr. Hernán Silva
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile;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



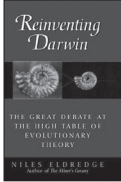
ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164
 Compra: www.libreriaselfondo.com



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



DARWIN'S DANGEROUS IDEA
 Autor: Daniel Dennett
 Editorial: Simon & Schuster, 586 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 3: 277-282
 Compra: www.amazon.com



REINVENTING DARWIN
 Autor: Niles Eldredge
 Editorial: Wiley, 244 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 3: 277-282
 Compra: www.amazon.com



THE CONSTRUCTION OF SOCIAL REALITY
 Autor: John Searle
 Editorial: Free Press, 256 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 3: 277-282
 Compra: www.amazon.com



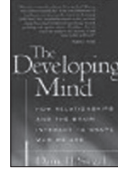
PROBLEMAS DE FAMILIA
 Autor: Hernán Montenegro Arriagada
 Editorial: Mediterráneo, 179 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 3: 283-284
 Compra: www.mediterraneo.cl



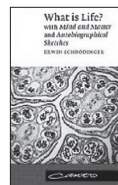
LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS
 Tome II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.
 ISBN : 2213605939
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



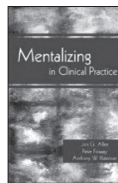
EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS
 Tomo II. Melanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.
 ISBN : 950-12-3809-1
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE
 Autor: Daniel Siegel
 Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391
 Compra: www.amazon.com



WHAT IS LIFE?
 Autor: Erwin Schrödinger
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396
 Compra: www.mediterraneo.cl

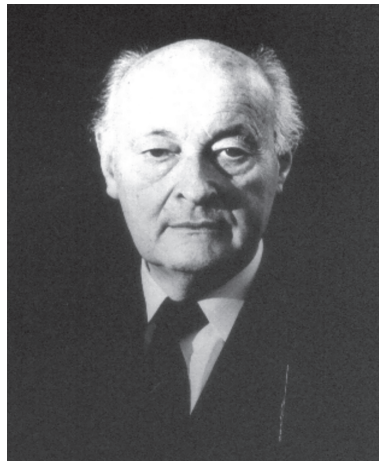


MENTALIZING IN CLINICAL PRACTICE
 Autores: Jon Allen, Peter Fonagy, Anthony Bateman
 Editorial: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1 edition, 2008, 433 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 397-398
 Compra: www.mediterraneo.cl

ASPECTOS PATOGENICOS Y TERAPÉUTICOS DE LA MELANCOLÍA COMO PSICOSIS ENDOCOSMOGÉNICA¹

(Artículo de 1975)

(Rev GPU 2008; 4; 4: 403-410)



Hubertus Tellenbach (1914-1994)

La psiquiatría habla desde hace un siglo de “psicosis endógenas”, sin saber *científicamente* qué pretende entender con estos dos conceptos. Primero, Ludwig Binswanger (1960) hizo el intento de determinar qué era lo psicótico de acuerdo a criterios científicos. Recurriendo a la frase de E. Husserl: “El mundo real *existe* sólo en la constante y obligatoria presunción de que la experiencia se desarrolla permanentemente en el mismo estilo constitutivo”, pudo Binswanger definir a las psicosis como formas de existencia en las cuales este contexto secuencial constitutivo de la experiencia aparece cuestionado y con ello, por cierto, la factibilidad del curso vital, así como había sido conducido hasta ahora (L. Binswanger, p. 15). Esta determinación de lo psicótico apunta a lo decisivo: *el quiebre en el estilo constitutivo de la experiencia*. Por eso es que cuando en lo sucesivo hablemos de melancolía, estaremos siempre aludiendo a lo *psicótico*, vale decir, a esa melancolía que corresponde a los criterios de Binswanger. Prescindiremos por completo del uso ubicuo y aleatorio de la palabra “depresión”.

¹ Este artículo fue publicado por H. Tellenbach en *Nervenarzt* 46, 525-531, 1975. Traducción desde el alemán al castellano realizada por Otto Dörr Zegers.

Aquí no podemos ocuparnos del desarrollo histórico del *segundo* concepto, igualmente discutido, y remitimos al respecto al trabajo de A. Mechler (1963). Sean señaladas aquí *tres* interpretaciones diferentes [de “lo endógeno”]: *La primera*: para la psiquiatría francesa y para la alemana la endogenidad era la agudización de disarmonías premórbidas de la personalidad y el despliegue de determinados temperamentos hacia “sus” psicosis [que le eran propias]. (Recordar aquí los nombres de Mangan, Falret, Baillarger, Fauser, Bumke, Gaupp, Tiling, Kretschmer). *La segunda*: para el psicoanálisis primitivo, en especial para Abraham (1916), la endogenidad es finalmente idéntica a una “erogenidad de las zonas orales y anales que cambia según el grado, que oscila de niño a niño” (1/86). En la fase “post-clásica” del psicoanálisis, en especial en Melanie Klein, la endogenidad es sobre todo éxito o fracaso de los procesos de introyección de la primera infancia. Volveremos a hablar de ello. *La tercera*: para la psiquiatría somatológica lo endógeno es algo “criptógeno”, vale decir, un proceso patológico orgánico-cerebral todavía desconocido, condicionado genéticamente. Para esta psiquiatría somatológica las psicosis endógenas son perturbaciones mentales en las cuales no se ha demostrado “todavía” una alteración corporal. A esta idea se aferran los psiquiatras de orientación biológica, a pesar de la experiencia clínica que se impone cada día más en el sentido de que la manifestación de las psicosis endógenas está inequívocamente co-condicionada por situaciones patógenas.

Ahora no podemos abordar los resultados de la investigación neuro-química sobre la melancolía y las interesantes hipótesis relacionadas con ella y debemos darnos por satisfechos con la constatación de que según los hallazgos logrados hasta ahora la hipótesis de una *somatogenia* bioquímica de la melancolía debe quedar pendiente. Tampoco es posible concederle una primacía por ejemplo a la hipótesis de las catecolaminas o de las indolaminas. Al respecto, pareciera como si fuera la *relación* indolamina-catecolamina la que tiene algo que ver con los distintos tipos de trastornos depresivos (D. Richter, 1969; N. Matussek, 1969) y que el objetivo [de la investigación] sería establecer una relación lo más clara posible entre los neurotransmisores y cada síntoma depresivo particular.

Por otro lado, ¿a qué soluciones ha llegado la teoría de una psicogénesis de las psicosis melancólicas desde la idea de un ocultamiento de su origen? Antes de referirnos a esto se hace necesario señalar dos circunstancias que dificultan la comprensión de la época posterior a K. Abraham y S. Freud. En primer lugar falta una clara distinción entre distimia depresiva como

un síntoma ubicuo y la melancolía como un síndrome específico (E. R. Zetzel). Y en segundo lugar existe el prejuicio de que la personalidad premórbida de los maniaco-depresivos (bipolares) sería estructuralmente idéntica a la de los melancólicos *monopolares*. Sin embargo, las diferencias estructurales entre el *typus melancholicus* monopolar (Tellenbach, 1961, 1974) y el *exclusivamente* maniaco (Tellenbach, 1965) son muy evidentes. Por otra parte, las diferencias en la estructura de los bipolares y de los monopolares pueden ser también muy marcadas caso a caso. Éstas son difíciles de establecer *tipológicamente* (un primer intento se encuentra en Reinhard Tellenbach, 1974), aunque sean perfectamente verificables desde el punto de vista genético (C. Perris, 1966; J. Angst, 1966).

Al comienzo de sus investigaciones Abraham tuvo sin duda como punto de partida la situación de los bipolares y lo que él trató de hacer fue captar la génesis psicodinámica de los *rasgos de carácter* bipolares. Él se fascinó mucho con el parentesco estructural entre melancólicos bipolares y neuróticos obsesivos. Piénsese en su concepto de la “tríada anal” aplicable a ambos. Para Abraham la impronta caracterológica de los bipolares estaba determinada por la etapa erótico-anal (con la consecuencia de la ambivalencia entre odio y amor en relación con el objeto amoroso y una correspondiente disminución de la capacidad de amar). Más tarde sostuvo que el carácter de los monopolares estaba decididamente marcado por la desilusión de los deseos orales de la primera edad. Las concepciones “post clásicas” han confirmado este último punto de vista. La formulación más clara se encuentra en Melanie Klein. “Yo veo los *fundamentos* de la disposición depresiva en el fracaso de los procesos de introyección, los que van aparejados con la relación demasiado importante entre el lactante y la madre real (exterior), o sea, en procesos intrapsíquicos muy precoces.” El más reciente psicoanálisis del Yo ha continuado elaborando estos principios. Según él, los objetos “ideales” del amor de este primer periodo están en correlación con los inicios de la formación del Yo y del sí-mismo (*self*). Si en este periodo no se logra desarrollar una unión estable entre el Yo y el “Yo ideal”, entonces ello da como resultado un grave defecto del Yo o bien del sí-mismo. Por cierto que una deficiencia semejante puede ser reemplazada posteriormente por las llamadas introyecciones de otros objetos amorosos. Pero a través de ello ya no puede recuperarse la representación de los primeros objetos ideales (p. ej. de los padres ideales), la que co-constituye al Yo. El resultado de ello es más bien una constante dependencia con respecto a tales introyecciones de “objetos” amorosos ideales y con mayor frecuencia aún una dependencia

del *presente fáctico*, de la *presencia real* de tales objetos que representan al "Yo ideal" y cuya internalización no se había logrado en su momento. Esta dependencia de la presencia de los "objetos ideales", la que garantiza el bienestar al melancólico sobre todo lo demás, es la que se impone fenomenológicamente como modo simbiótico de comunicación. El melancólico tiene una personalidad que sólo puede mantenerse entonces en un equilibrio psíquico capaz de funcionar cuando vive en asociaciones que corresponden a la relación con el objeto ideal (W. Loch, 1967). Por eso también el temor ante la *pérdida* de esta relación, que equivale a una pérdida del propio ideal. El síndrome de la melancolía puede solucionar una pérdida semejante, porque con la pérdida empieza, con una fatalidad psicodinámica, la *desvalorización* del Yo ideal perdido, desvalorización que acontece a través de mecanismos impulsivos regresivos, es decir, por medio de la evacuación anal y la re-incorporación oral del objeto del amor, el que en esta forma desvalorizada puede ser readmitido en el Yo. Si se suma a esto el efecto de una firme estructura del Super Yo formada en la fase edípica, podrá entonces el psicoanalista derivar de estos procesos la formación de la mayoría de los síntomas psicóticos de la melancolía.

Ahora bien, por cierto que los psicoanalistas nunca han sostenido que pueden interpretar psicodinámicamente *todos* los síntomas de la melancolía. Zetzel (1960 / 61) ha señalado con insistencia la "combinación" de partes psicológicas y biológicas en el síndrome de las psicosis maniaco-melancólicas. (También habría que recordar al respecto los nombres de Benedek, Jacobsen, Byschowski, Fenichel.) Por imponente que sea el arte de la interpretación psicoanalítica, no puede explicar fenómenos muy *decisivos* de la melancolía, como los cambios de la ritmicidad (p. ej. las oscilaciones diurnas), las llamadas perturbaciones vitales o la alternancia de días con muchas perturbaciones con otros totalmente asintomáticos, días en los que todo parece haber desaparecido (todo hace pensar que los mecanismos patofisiológicos subyacentes también se interrumpen bruscamente). Aquí se pone en evidencia que la explicación psicoanalítica *no* puede mostrar la "procedencia", el "origen" de los síntomas psicótico-melancólicos. *No se trata de que la melancolía tenga su fundamento en estas modificaciones psicodinámicas.* Es más bien que estos psico-dinamismos, como también los hallazgos somáticos, recién se hacen posibles porque ha ocurrido una transformación en una región originaria que es anterior a la diferenciación entre *psique* y *soma*. La *totalidad* de la transformación en la melancolía no puede ser explicada ni a través del esclarecimiento psicoanalítico de los motivos, ni a través de la investigación somatoló-

gica de las causas. Para acercarse al fenómeno de esta transformación se requiere de una *concepción positiva de esta región originaria presomática y prepsíquica que es la endogenidad.*

En el intento de acercarse a esta región partiendo de un nuevo principio, se hace necesario preguntar primero cuáles son los *fenómenos* que caracterizan a la melancolía como una de *aquellas* psicosis que la psiquiatría ha diferenciado de otros trastornos psiquiátricos bajo el título de lo endógeno. Esta pregunta presupone una distinción radical entre *síntoma* y *fenómeno* (G. Hofer, 1954; H. Tellenbach, 1956). Los síntomas están siempre referidos a un acontecer subyacente que los determina *causalmente*. En los síntomas que se muestran experimentamos que hay algo presente que *no* se muestra en sí mismo, más bien sólo se anuncia o delata, a saber, la enfermedad o trastorno. En esa medida los síntomas psíquicos invitan a conclusiones diagnósticas referidas al campo somático o al psíquico-inconsciente. En cambio, si tomamos como fenómeno lo que se muestra en el melancólico, nos estamos preguntando por una esfera anterior a la distinción entre lo psíquico y lo somático. Consultamos a los fenómenos por las formas de transformación que experimenta la existencia humana en la melancolía. ¿Cuál determinación existencial del ser ahí (en el sentido de M. Heidegger) está modificada en la melancolía? Y esta modificación ¿se muestra en *todos* los fenómenos? *Mientras que para la interpretación de las psicosis endógenas dependemos exclusivamente del fenotipo que pasa a formar parte de la percepción o bien de la intuición, una concepción positiva de la endogenidad debe basarse sólo en lo fenoménico.* Aquí sólo podemos referirnos brevemente a esta concepción; para una información más precisa debemos remitir al detallado desarrollo ya presentado en 1961 y recientemente ampliado ("Melancolía", 1974).

Entre los fenómenos en los cuales se anuncia lo endógeno en la melancolía tiene gran prioridad el cambio de lo *rítmico*: en las alteraciones del ritmo del sueño-vigilia (insomnio e hipersomnias, R. Michaelis, 1965); en las llamadas "oscilaciones diurnas"; en las influencias de los periodos del año descendentes y ascendentes, épocas predilectas de manifestación de las melancolías; en la suspensión del ciclo menstrual; en el quiebre del comportamiento regular de la apetencia digestiva y sexual; en lo *fásico* de la melancolía; en la periodicidad de lo circular; en los cambios repentinos en el estado del ánimo y de los impulsos que alternan varias veces durante el día, ya descritos por Kraepelin. Y finalmente en la suspensión de la estructuración de la existencia en lo rítmico, p. ej. en la *permanencia* del insomnio, *permanencia* del mal humor, *permanencia* de

la angustia, en la monotonía de una agitación, con sus movimientos estereotipados (quejumbre, frotación de las manos), sobre todo también en el fenómeno basal de la inhibición hasta el estupor (W. Janzarik, 1959).

Como característica fenoménica de lo endógeno también regía para nosotros el modo de lo *global* en la modificación del ser humano, que se hacía perceptible en los casos típicos a través de aquella curiosa conformidad trans-subjetiva de conducta y expresión, la que, más allá de diferencias de raza, lenguaje y cultura, nos permite el diagnóstico. Éste ya se puede experimentar con frecuencia gracias a una especie de percepción o intuición atmosférica de la totalidad y cuando todavía no hay en absoluto signos manifiestos. A diferencia de la conformidad de los síntomas, que siempre remiten a campos delimitados de alteración y, por consiguiente, son expresión de cambios *particulares*, en cada faceta o bien en cada fenómeno de la melancolía está contenido el todo. En otras palabras, *en todos los fenómenos constitutivos de una modificación endógena se muestra el mismo origen*.

Otras características del carácter endógeno de una modificación se pueden apreciar en el hecho que la enfermedad surge en puntos relevantes del *proceso madurativo*: pubertad, involución, senectud. *La propia maduración es el fenómeno cardinal de una modificación normal y "positiva" de la endogenidad*. Algo similar ocurre también con los procesos *generativos* con los que tan frecuentemente están asociadas modificaciones endógenas, empezando con esas distimias en el marco del ciclo menstrual, hasta llegar a esas psicosis que aparecen asociadas a la gravidez, al puerperio y a la menopausia. Otra característica de la endogenidad es el modo de la *reversibilidad* propia de las melancolías, el que, a diferencia de la reversibilidad de los psico-síndromes orgánicos, depende de condiciones muy diferenciadas en lo que dice relación con las circunstancias ambientales. Ahora bien, la reversibilidad también puede ser de una espontaneidad indiferente a las situaciones, de modo que las melancolías profundas pueden remitir en corto tiempo, pudiendo determinarse a veces con exactitud el comienzo de la remisión.

Todos estos fenómenos apuntan a una esfera que está privada de la auto-disponibilidad en todos los aspectos; a una región en la estructura de la personalidad que subyace al ámbito de lo forzoso, de lo inevitable; a un terreno que yo no puedo escoger, en el que estoy "arrojado" (M. Heidegger), pero que tengo que asumir en mi existencia (y eso es muy decisivo para la comprensión de las psicosis endógenas), del mismo modo que tengo que superar existencialmente los pasos de mi propia maduración. Yo estoy *arrojado*—también en

el sentido de la herencia — en mi raza, mi sexo, mi constitución corporal, mis dones, vale decir, en todo eso que soy "por gracia de la naturaleza"; o en lo que yo puedo llegar a ser *de acuerdo a mis posibilidades*, las que se encuentran almacenadas en mí desde la herencia.

Entre los que pueden llegar a enfermar de una melancolía hay que agregar la posibilidad del desarrollo de un *tipo específico* de personalidad, de una personalidad pre-melancólica específicamente estructurada. En mi libro "La Melancolía" (1974), se encuentra una detallada descripción de este *typus melancholicus*, a cuya existencia está unido forzosamente el desarrollo de una melancolía monopolar. Sus características más importantes consisten en un *estar fijado* a la ordenalidad, en una alta exigencia con respecto al propio rendimiento, en una excesiva tendencia a evitar de cualquier modo el estar en deuda, entendido éste tanto en el sentido de "culpa" como de "deber"; y finalmente en la inclinación a un modo de comunicación muy empático e incluso simbiótico. D. v. Zerssen (con D. M. Koeller y E. R. Rey), en impresionantes investigaciones empíricas, pudo comprobar la veracidad de estas características propias de la personalidad premórbida de las melancolías. Ellas son las que hacen aparecer al *typus melancholicus* en un alto rango de valoración social. Él está fijado a y hacia estas formas de realización de su existencia. En rigor, lo positivo de estas características podría definirse mejor a través de una *doble negación*. El *typus melancholicus* no quiere ser bajo ninguna circunstancia desordenado, ni inescrupuloso, ni tener un bajo rendimiento (siendo perezoso, por ejemplo), ni ser "no dependiente"; ni poco confiable, etc. En él siempre se percibe una cierta preocupación por no ir a caer fuera del carril de estas cualidades positivas. *Es esta preocupación "la que en la melancolía se transforma en una realidad catastrófica; porque ella es la imagen exactamente inversa de todas estas cualidades: es la inhibición (el ya-no-poder-rendir, el tener-que-dejar-todo-en-desorden, el descuidarse a sí mismo, etc.) que puede llegar hasta el encierro del cuerpo y del espíritu en el estupor; es el sometimiento ante la culpa en el delirio de culpabilidad; es la lejanía interior con respecto al prójimo que puede llegar a la despersonalización; es el estar en deuda de manera irrecuperable*. En esta perspectiva el *typus melancholicus* se nos aparece como un tipo humano 'demasiado normal' en lo que a sus cualidades sociales se refiere. Lo precario de este *typus* consiste en el estar fijado, obligado a esta forma de normalidad, a esta 'normalidad patológica'.

Pero ahora es necesario poner énfasis en el hecho de que los elementos que constituyen la endogenidad no pueden pensarse sino en el marco de un contexto

que incluya la referencia al *mundo*. El ritmo sueño-vigilia está en correspondencia con la rotación de la tierra, con respecto a la cual está siempre adaptándose, como lo experimentamos a propósito de desplazamientos horarios que acompañan a los vuelos transoceánicos. A lo sexual corresponde por lo general el otro sexo; a la esfera de lo digestivo corresponden la comida y la bebida, y las oscilaciones naturales del ánimo y de los impulsos están en correspondencia con las diferentes atmósferas propias de las horas del día o de las estaciones del año. La investigación de los biorritmos con animales de experimentación habla de “dadores de tiempo” (*Zeitgeber*), los que se correlacionan con las periodicidades. Según J. Aschoff (1954) éstos no son sólo meteorológicos —como la luz, la hora local, la temperatura— sino que los hay también ecológico-sociológicos, como la aparición de la presa (en el salto de los salmones tras los insectos, por ejemplo) o el efecto olfatorio de los ciclos estrogénicos sobre ratas machos, los horarios para la alimentación, la periodicidad de los ruidos, etc. Según J. Aschoff, en el ser humano rige la imbricación de la “totalidad de las manifestaciones vitales periódicas en su mundo en torno civilizador, en la medida en que él toma conciencia de ellas. La mera relación imaginaria con estos procesos ambientales ya es suficiente para mantener su función de dadores de tiempo” (1970). Un trabajador por turnos tiene, por cierto, la posibilidad de contravenir la periodicidad ambiental; pero él sigue unido a ella a través de la *conciencia* de tal comportamiento inverso con respecto a la periodicidad originaria.

Se ve cómo disposiciones endógenas se correlacionan con el mundo y se puede mostrar fácilmente que estas correlaciones están caracterizadas por *elementos vitales significativos* (H. Kunz, 1966). Para el ser humano la luz es colorido y claridad que le ilumina el mundo; la oscuridad es ante todo una atmósfera animada primariamente. El otro sexo es el prototipo de lo estimulante o, dicho con mayor exactitud, de lo que estimula a la procreación. La mañana y la tarde, el día y la noche no son en primer lugar determinaciones astronómico-calendarias, sino —piénsese sólo en las esculturas de Miguel Ángel— situaciones de significación vital y disposición anímica, así como también son la primavera y el otoño, respectivamente, situaciones de florecimiento y marchitamiento, las que se van haciendo más impresionantes a medida que se avanza en edad. En todas estas *situaciones* las posibilidades surgidas desde lo endógeno y las determinaciones ambientales están orientadas de tal modo las unas hacia las otras que se debe hablar de *relaciones endo-cosmo-génicas*.

Ahora, lo que se correlaciona entre el ambiente —con su significación vital— y las posibilidades humanas,

puede ser muy diferente. Así por ejemplo, para el *celoso* la devoción de otro hombre hacia su mujer adquiere de inmediato el contenido significativo específico de una pérdida amenazante, mientras para el no-celoso una devoción semejante puede ser indiferente desde el punto de vista del significado e incluso puede llegar a adquirir un sentido positivo (Tellenbach, 1967). A la consideración durante la entrevista de temas conflictivos, el epiléptico del “despertar” puede reaccionar con una ausencia que si se escapa a la observación clínica, se puede constatar en forma telemétrica en el EEG. Así son las cosas también en la personalidad melancólica de base. Lo que llamamos *typus melancholicus* se caracteriza por determinadas sensibilidades y afectividades respecto a situaciones que para este *typus* —más allá de la conciencia— están dotadas de trascendencias fisiogónicas vitales. Se puede mostrar cómo situaciones que para la personalidad no típicamente estructurada pueden tener caracteres muy positivos —como una mudanza, un embarazo, un puerperio, una promoción, el matrimonio de un hijo, la jubilación— para la personalidad de los melancólicos pueden tener una significación negativa. Las situaciones mencionadas producen en el melancólico una impresión que en general no corresponde a la que se genera en las personas normales frente a tales situaciones: es la impresión de un desorden, de una culpa, de un estancamiento, de un ser incapaz de cumplir con las exigencias que él mismo se plantea, sintiendo además que ese quedar en deuda con respecto a ellas (fenómeno que hemos llamado “remanencia”) ha de vivirlo como una *contradicción con respecto a sí mismo*.

Con respecto a esta imbricación de las disposiciones endógenas, los contenidos biográficos significativos y las impresiones globales venidas de lo situativo y recurriendo a la conocida distinción heraclitiana, cuando hablamos de cosmos no sólo nos referimos al *koinos kosmos* de la naturaleza, de las leyes, de la objetividad propia del espíritu de una época, sino también al *idios kosmos*, el del respectivo mundo propio hacia el que se desarrolla el ser humano y que está determinado por la interpretación de la existencia en la que una persona creció y hacia la que se desarrolló. En esta perspectiva la melancolía se presenta siempre como una *psicosis endo-cosmo-génica*, por diferente que pueda ser el peso de lo endógeno y de lo cosmogénico en cada caso. Si las situaciones específicas están ordenadas hacia posibilidades endógenas también específicas, de modo que se vuelven incompatibles para estas posibilidades, entonces la *sistemática de las melancolías* no correspondería sino a un catálogo de situaciones patógenas. En el material estudiado por nosotros, los diagnósticos de las

pacientes que se hospitalizaron varias veces, los calificativos que se agregaron al diagnóstico de “melancolía” fueron cambiando a lo largo de la vida desde melancolía del puerperio hasta arterioesclerótico-cerebral, pasando por la melancolía por mudanza, la climatérica o la involutiva. No se pretenderá afirmar que en la propia potencialidad de estos estados radica la capacidad de provocar una melancolía sobre la base de relaciones causales. Se trata más bien del poder que tienen las *situaciones* patógenas aludidas en los calificativos de llevar al *typus melancholicus* –resultado de un desarrollo unilateral y específico de la personalidad– al extremo de sus posibilidades. Un agotamiento, un puerperio, un embarazo, una jubilación, una mudanza, una arterioesclerosis cerebral, una involución, etc., son ante todo *situaciones*, y la pregunta que habría que hacerse frente a ellas es en qué medida pueden convertirse en patógenas para este tipo de persona. Aquí no podemos entrar en más detalles sobre lo que es común a estas situaciones y se torna patógeno para el *typus melancholicus* –lo que en el análisis fenomenológico hemos definido como “includencia” y “remanencia”– y debemos remitir nuevamente al respecto a los desarrollos que se encuentran en mi libro, “La melancolía” (1974).

Por cierto que uno *no* debe imaginarse esto *situativo en forma demasiado estática*. Lo que se nos transmite en el conocimiento de las relaciones entre la estructura típica y la situación patógena es sobre todo el intento de aclarar en su *dinámica* esta complementariedad entre el endón y el cosmos. Ahí queda claro que para el carácter patogénico de una situación son decisivas *aquellas* partes que afectan y exigen al *typus melancholicus* justamente en aquello que está fijo en él, allí donde él no es capaz de una modificación elástica. Entonces, siempre que el *typus melancholicus* se ve obligado a abandonar sus órdenes poco elásticos, esta situación puede transformarse en patógena para él. Es algo en la persona misma lo que puede hacer patógena a una *situación* primariamente muy inofensiva o, incluso, relativamente satisfactoria. Aquí se ve cómo tal “situación” es algo *provocado* por lo típico de una persona. En una forma determinada de crearse-a-sí-mismo y desarrollarse-a-sí-mismo en medio del complejo de referencias interpersonales y ambientales previamente dado, el *typus constituye* este contexto como “su” situación. En otras palabras, con el desarrollo del *typus melancholicus* crece la tendencia a “situar” específicamente al prójimo del ambiente más cercano (pero también todo lo que está a la mano, como la morada). Situar significa aquí tanto incluir el ambiente humano (y también lo cósmico a la mano) en el propio proyecto existencial, el que está caracterizado por una tendencia

a vincularse estrechamente con el prójimo y con las cosas (“includencia”), como también por la preocupación de no ir a quedarse atrás en relación con las exigencias al propio rendimiento (“remanencia”). Ahora, si el prójimo (o bien, como en la mudanza, la morada) se sustrae a este tipo de relación tan inclusiva, *la situación constituida por el propio yo se transforma en patógena*. Ocurre entonces que el *typus melancholicus* ha conestado ya desde antes tales situaciones en dirección hacia la patogenicidad. Así, por ejemplo, una paciente –ya sea por el acostumbramiento a su casa o por una relación simbiótica con su hija– ha creado ya hace tiempo las condiciones previas para que las situaciones de “mudanza” o bien de “matrimonio de la hija” se conviertan un día en patógenas. De ello puede resultar la modificación endógena que lleva a la melancolía, así como en el celoso los celos se desencadenan también en situaciones con escaso carácter de provocación. En este caso él va creando la situación que va a desembocar en el *delirio* de celos, al exponer al rival no solamente a su mujer sino que a él mismo, a través de esa característica necesidad de cercanía con él.

Si se parte de que la disposición para desarrollarse en el modo del *typus melancholicus* ya está determinada por la herencia, entonces no se requiere necesariamente de un ambiente que fomente y desarrolle en el niño lo que corresponde a esa tipicidad. Más bien es el *propio typus* el que *selecciona* de las influencias de su ambiente aquellas que lleven al desarrollo lo que ya estaba presente en él como posibilidad específica. En la mayoría de los casos es manifiestamente así: que las validaciones sociales del esfuerzo por el rendimiento y de la ordenalidad favorecen el desarrollo de la tipicidad melancólica. Los resultados de la psiquiatría transcultural muestran que países con sociedades preponderantemente eficientes tienen una presencia claramente más fuerte de melancolía (Wittkower y Hügel, 1969; Tellenbach, 1969). En culturas cuyas estructuras familiares eran previamente más acogedoras y contenedoras y que a raíz de cambios culturales han sido substituidas por formas de familia más occidentales y con marcado individualismo, las melancolías psicóticas se presentan cada día con mayor frecuencia. “Si el buen rendimiento y el éxito desempeñan un papel importante en el sistema de valores de una sociedad, si se fomenta la individualización con un sentido del deber y responsabilidad personal” (Wittkower y Hügel, 1969), entonces se produce una constelación que favorece el desarrollo de melancolías. Pero también al criarse fuera de tales estructuras del mundo del vivir (*Lebenswelt*), el *typus* que se estructura progresivamente a sí mismo en forma melancólica se desarrollará configurando su entorno de

tal modo que finalmente la situación constituida por él mismo pueda convertirse en patógena.

Por consiguiente, una concepción de la melancolía monopolar como psicosis endocosmo-génica puede resumirse así:

A partir de la herencia se da la posibilidad de una fijación en una forma determinante de ordenalidad y/o de evitación de culpa.

Esta constitución específica no es la *tabula rasa* de Locke, sobre la que se puede escribir cualquier cosa, sino más bien la de Leibniz, que sólo acepta los caracteres que admite la propia constitución de su ser.

Esta posibilidad del *typus melancholicus* establecida desde la herencia tiene su correspondencia con influencias del entorno interpersonal, las que se relacionan selectivamente con esta posibilidad específica y la convierten en realidad. La llamada tabla realiza por así decirlo una selección activa. Ella sólo acepta signos que son adecuados a su disposición receptiva.

Estas influencias provienen con frecuencia, pero no siempre, de las actitudes de la familia, más de la madre que del padre. Pero en principio no se necesita de la acción de tales influencias específicas provenientes de la familia. Basta que el entorno social, el "cosmos", esté estructurado en el sentido de una alta valoración del rendimiento y la ordenalidad, para que se favorezca el desarrollo de esta posibilidad específica.

En su desarrollo, la personalidad que de esa forma se estructura hacia el *typus melancholicus*, pasa cada vez más a situar el entorno interpersonal (y las cosas a la mano) desde sí mismo —es decir, a constituir su propia situación— de tal modo que ésta pueda transformarse en constelaciones caracterizadas por los fenómenos de la "includencia" y la "remanencia". Dicho con otras palabras, si se constela la situación del *typus* de forma que se llega a la contradicción al interior de la propia personalidad, entonces surgen situaciones patógenas a partir de las cuales se produce la transformación endocosmogénica en una melancolía.

Trataremos de aclarar las *consecuencias terapéuticas* que resultan de ello, al menos en sus principios. El intento de reconstruir el equilibrio alterado en la transformación endocosmogénica en melancolía puede y tiene que seguir distintos caminos. Tanto el tratamiento físico como el químico deben ofrecer la posibilidad de salir del estado melancólico a través de la intervención en el metabolismo subyacente al riel conductor de la reversibilidad endógenamente preformada. Eso es lo que ocurre en la *etapa timoléptica* del tratamiento anti-melancólico. En la mayoría de los casos permite el encendido inicial para un efecto que rompe la *depresividad melancólica*. El tratamiento casi *nunca* termina con

este efecto, el que puede llevar incluso a una completa "desaparición de los síntomas". Ahora se debe continuar con la segunda *etapa*, la *no-timoléptica* del tratamiento anti-melancólico. Eso significa una neutralización, ruptura y evitación de las distintas formas de situaciones patógenas bajo cuya presión se produjo la transformación melancólica. Esta terapia debe estar *eminente mente orientada hacia lo social*, aunque se debe renunciar de partida a la connotación de lo colectivo, que está asociada a este concepto de manera casi inseparable; pero también debe ser *eminente mente psicoterapéutica*, con la salvedad de no reservar este título sólo para la versión psicoanalítica. La cuestión tan actual de la tendencia a las recidivas, sobre todo de las melancolías monopulares, está estrechamente relacionada con el éxito de tal estabilización. En una melancolía *neurótica* eso significa tratar en forma psicoterapéutica la neurosis que creó aquella situación patógena, bajo cuya presión se produjo una transformación melancólica. En una melancolía *climaterica* hay que elaborar con la paciente aquella situación crítica del climaterio, que exige un paso hacia la madurez, cuyo fracaso o negación es capaz de producir una situación patógena. En una melancolía del puerperio la paciente debe ser llevada a aceptar aquellos profundos cambios que trae consigo el puerperio: los miedos en torno al correcto cuidado del recién nacido, la nueva y diversa constelación de la familia que se configura con la nueva vida y en la que hay que reubicarse como en una mudanza, etc.

Si se trata a una *melancolía arterioesclerótica o atrófico-cerebral*, entonces hay que anteponer el tratamiento corporal no-timoléptico al timoléptico, p. ej. a través de una serie de infusiones con Beta-Pyridyl-Carbinol, donde el principio terapéutico *no* consiste en un aumento del flujo cerebral sino en un aumento del transporte de glucosa al SNS y en una corrección de la alterada permeabilidad y utilización de la glucosa en el cerebro (Oesterreich y Tellenbach, 1967). Por cierto que aquí no debemos olvidar que la "arterioesclerosis cerebral" es más que una mera descompensación orgánica. La arterioesclerosis cerebral es también una "situación" en la cual disminuye la auto-disponibilidad, en la que se produce una desproporción entre la voluntad de rendimiento y la capacidad de rendimiento, la que impulsa, sobre todo al *typus melancholicus* masculino, tan fácilmente a la situación patógena de la "remanencia". Aquí es válido entonces introducir al paciente en un estilo de vida adecuado a su edad, legitimándole en cierto modo la necesaria reducción de sus exigencias de rendimiento.

Con el análisis y la estabilización de las situaciones patógenas a realizar de preferencia en forma psicoterapéutica.

péutica, nos encontramos ya en las cercanías de una *tercera* posibilidad de tratamiento anti-melancólico y que consiste en el intento de cambiar *psico-analíticamente* la estructura del *typus melancholicus*, es decir, anular sobre todo las dependencias de los llamados objetos primarios y/o ideales (comparar lo dicho en la página 2 s.) y llevar la personalidad del paciente a un mayor grado de emancipación con respecto a ellos. Esto se intentó en gran escala a través de las investigaciones de la Escuela de Washington (Frieda-Fromm-Reichmann, 1949; M. B. Cohen *et al.*, 1954). La considerable dificultad en la que fracasan con tanta frecuencia tales esfuerzos es la inclinación –que se encuentra en la base de la misma tipología– a crear también vínculos de dependencia en la relación terapéutica (“The therapeutic relationship in itself is a dependent relationship”). El terapeuta es concebido persistentemente como “autoridad”; y hablando en términos psico-analíticos, se desarrolla aquella típica ambivalencia entre la tendencia a la incorporación oral del “buen terapeuta” y la defensa incondicional en contra de estos impulsos orales devoradores, lo que va a implicar necesariamente la represión de todas las pulsiones y fantasías agresivas (W. Bräutigam, 1969; W. Loch, 1969). Ahora bien, tales tratamientos tendrán probabilidades de éxito sólo en sujetos jóvenes cuyas potencialidades les permitan una relación dialéctica con los rasgos típicos de su personalidad.

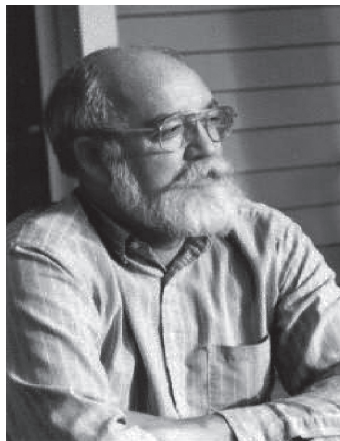
REFERENCIAS

1. Abraham K. Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido (1916). In: *Psychanalytische Studien zur Charakterbildung*. Bd. 1. *Conditio humana*. Frankfurt: S. Fischer, 1969
2. Angst J. *Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer, 1966
3. Aschoff J. *Naturwissenschaften* 41, 49 (1954)
4. Aschoff J. Circadiane Periodik als Grundlage des Schlafwach-Rhythmus. In: Baust, W. *Ermüdung, Schlaf und Traum*. S. 59-98. Stuttgart: Wiss. Buchgemeinschaft, 1970
5. Binswanger W. *Melancholie und Manie*. Pfullingen: Neske, 1960
6. Birkmayer W, Hornykiewicz O. *Arch. Psychiat., Z. Neurol* 203, 560 (1962)
7. Bräutigam W. Beobachtungen bei der analytischen Psychotherapie Manisch-Depressiver (Intervalltherapie). In: *Melancholie in Forschung, Klinik u. Behandlung*. Stuttgart: Thieme, 1969
8. Cohen MB, Baker G, Cohen RA, Fromm-Reichmann Fr. and Weigert EV. *Psych. J. for the study of interpersonal processes* 17 (1954)
9. Heidegger M. *Sein und Zeit*. 7. Aufl. Tübingen: Niemeyer, 1953
10. Hofer G. *Nervenarzt* 25, 345 (1954)
11. Husserl E. Formale und transzendente Logik. In: *Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung*. Bd. X. Seite 222, 1929
12. Janzarik W. *Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer, 1959
13. Klein M. *Psyche* 14, 156 (1960/61)
14. Kunz H. Über vitale und intentionale Bedeutungsgehalte. In: *Conditio humana*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1966
15. Loch W. Über zwei mögliche Ansätze psychoanalytischer Therapie bei depressiven Zustandsbildern. In: *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*. Stuttgart: Thieme, 1969
16. Matussek N. Neurobiologische Untersuchungen im Hinblick auf antriebssteigernde u. antriebshemmende Mechanismen im ZNS. In: *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*. Stuttgart: Thieme, 1969
17. Mechler A. *Nervenarzt* 34, 219 (1963)
18. Michaelis R. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 33, 587 (1965)
19. Oesterreich K, Tellenbach H. *Nervenarzt* 38, 34 (1967)
20. Perris C. *Acta psychiat, scand. Suppl.* 194 (1966)
21. Richter D. Biochemische Aspekte der endogenen Depression. In: *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*. Stuttgart: Thieme, 1969
22. Tellenbach H. *Nervenarzt* 27, 12 und 289 (1956)
23. Tellenbach H. *Nervenarzt* 28, 133 (1967)
24. Tellenbach H. *Jahrb. Psychol. Psychotherapie u. med. Anthropol.* 12,174 (1965)
25. Tellenbach H. *Melancholie*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer, 1974
26. Tellenbach R. Untersuchungen zur prä-morbiden Persönlichkeit von Psychotikern. Inaug. Dissertation. München, 1974
27. Wittkower U. H ügel: Transkulturelle Aspekte des depressiven Syndroms. In: *Das depressive Syndrom*. München, Berlin, Wien: Urban u. Schwarzenberg, 1969
28. Zerssen DV, Koeller DM, Rey ER. *C'ouf Psychiat* 13, 156 (1970)
29. Zerssen DV. (unter Mitarbeit von Koeller DM, Rey ER): Objektivierende Untersuchungen zur prä-morbiden Persönlichkeit endogenen Depressiver. In: *Das depressive Syndrom*. München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg, 1969
30. Zetzel ER. *Psyche* 14, 641 (1960/61)

“LAS CÉLULAS NO SABEN QUIÉN ERES, NI LES IMPORTA”: ENTREVISTA CON DANIEL DENNETT¹

(Rev GPU 2008; 4; 4: 411-415)

Eduardo Punset²



Daniel Dennett

Los chimpancés y los humanos son los únicos animales capaces de reconocerse a sí mismos ante un espejo. Del mismo modo, podrían ser los únicos que poseen conciencia propia. Los delfines, que no son peces sino mamíferos, también podrían tenerla. ¿Pero dónde y cuándo en la historia de la evolución apareció la conciencia propia? Cuando intentamos describirla, ¿estamos ilustrando el alma? Al parecer estamos más cerca que nunca de comprender al menos el auto-conocimiento, gracias a un notable equipo de científicos –entre ellos, Richard Dawkins, Francis Crick, James Watson, Edward O. Wilson y Steven Pinker– dirigido por Daniel Bennett, del Centro de Estudios Cognitivos de la Universidad de Tufts, cerca de Boston, Estados Unidos.

¹ Ver nota del editor al final de la entrevista

² Eduardo Punset es un destacado abogado, Master en ciencias económicas en la London School of Economics y profesor en innovación y tecnología en destacados centros europeos. Conocido por el exitoso programa de difusión científica “Redes” transmitido por televisión a todo el mundo de habla hispana, ha realizado notables entrevistas a los más destacados científicos de nuestro tiempo. La presente entrevista al filósofo Daniel Dennett fue publicada en el libro “Mind, Life, and Universe” el que editó en conjunto con la conocida bióloga Lynn Margulis en julio de 2007. La traducción y publicación para GPU fue autorizada por Eduardo Punset y por la casa editorial Chelsea Green Publishing Company, White River Junction, Vermont, USA.

Debemos comprender el encarnizado debate que existe entre quienes cuestionan la naturaleza dual de los humanos. Ambas facciones parecieran tener puntos de vista irrefutables, formulados con una elegancia y claridad poco frecuentes en la prosa científica. Se trata de un debate profundamente ambiguo. Los científicos más reduccionistas, como Dennett, dejan espacio para la conciencia, mientras que los más acérrimos defensores del poder de la mente, como Deepak Chopra, ven en la ciencia y no en la religión la forma predilecta para comprender la naturaleza.

No es de extrañar la conmoción suscitada por la negación de la existencia del alma por parte de la comunidad científica. La protesta de los anti-reduccionistas fue generada por su profundo temor a una existencia sin libre voluntad. El físico y matemático francés Pierre-Simon Laplace sintetizó con claridad la esencia del determinismo. De la misma forma que las moscas son deslumbradas por la luz, los humanos discuten, a ratos inconscientes del determinismo. Por ello, a menudo dicha inquietud conduce a un enérgico rechazo hacia el concepto de un universo indefinido.

Eduardo Punset (EP): *Entonces esta máquina, que es nuestro cuerpo, ¿no tiene espíritu?*

Daniel Dennett (DD): Exactamente, no tiene espíritu.

EP: *Ni alma.*

DD: Puede existir un alma. En lo que respecta al espíritu, ¿qué encontramos si analizamos el cuerpo humano? Miles de millones de células distintas, células vivas, neuronas; en otras palabras, células de todo tipo. Ninguna de estas células saben quién eres, ni les importa. Sin embargo, forman parte de un equipo de billones de células bastante fascistas que, cual esclavos, expulsan a los intrusos de la misma forma que lo harían las abejas en una colmena, y no les interesa la democracia, Barcelona o Boston. Nuestras células no están familiarizadas con todo esto y, sin embargo, tenemos dos grandes equipos de células –las mías y las tuyas– que saben muchas cosas de las que no están conscientes. Por ello, es natural creer que la única explicación, aparte de todo este tejido, es que existe un espíritu en el cuerpo, y que existe el alma.

EP: *Es lo que cree la gente.*

DD: Es una idea muy poderosa, pero errónea. Un espíritu no puede existir en una máquina.

EP: *Dan, si no existe alma en el cuerpo-máquina, ¿qué lo gobierna?*

DD: Permíteme ilustrarlo con una fábula. En un país gobernaba un rey y sin él la nación no existía. Pero luego se inventó la democracia. Algo similar ocurre en la Biología, sólo que ella inventó antes la democracia. Ninguna parte de uno es el rey sino que sólo existen facciones, partidos políticos y grupos que compiten por el control del cerebro. Pero ¿de qué clase de grupos se

trata? Son grupos de actividades, no son células sino más bien modelos de información que compiten por el control del cuerpo y, puesto que la competencia es dinámica y fluida, siempre hay alguien al mando, alguien en el poder.

EP: *A pesar de que no han sido electos oficialmente, ¿no es cierto?*

DD: Exactamente, no hay elecciones oficiales sino que el cerebro sostiene un proceso de oposiciones que permite surgir a un tema tras otro, les permite avanzar y apoderarse de la situación. Cuando hablamos somos un conjunto de ideas, proyectos, esperanzas y planes que en última instancia podemos descartar, y un nuevo yo asumirá el mando. Todos estos proyectos están vinculados por la memoria. No existe un espíritu único sino más bien una sucesión de controladores temporales.

EP: *¿Qué significa la conciencia? Es decir, ¿cómo comenzó todo? ¿Cómo lo podemos explicar? ¿Cómo podemos saber qué existe en esta máquina?*

DD: A mi entender, la clave para comprender la conciencia es haciéndose la pregunta del evolucionista: “¿por qué?”. La conciencia existe para que podamos anticipar el futuro y pronosticar para poder planificar y proyectar un mejor rumbo en la vida. En un ser humano que tiene un bagaje de lenguaje, ciencia y cultura, se intercambia una gran cantidad de información. Podemos predecir eclipses que no ocurrirán sino dentro de algunos siglos, imaginar galaxias distantes y pensar en un pasado que nunca vivimos. La conciencia es el poder de la mente de representar cosas que no ocurren en el presente, en rigor estricto, sino en el pasado y futuro. Nuestra conciencia es ese poder, es la capacidad del mundo físico de representarse a sí mismo.

EP: *¿Y qué genes transportan la información de un cerebro a otro?*

DD: Los llamamos memes.

EP: *¿Memes?*

DD: Sí. Utilizo el término de Richard Dawkin, quien dice que los memes son como los genes: son las unidades que transmiten y repiten la cultura.

EP: *Tal como los genes tradicionales, ¿cierto? ¿Está sugiriendo que para que existan los memes, o genes culturales, debe haber una capacidad de comunicación entre los cerebros que antes no existía?*

DD: Es cierto, el lenguaje es muy importante, pero no es la única manera. También existe un tipo de transmisión cultural en otras especies. Consideremos, por ejemplo, los métodos para construir los nidos o cavar las madrigueras. También se ha descubierto que los chimpancés tienen un método para atrapar termitas con una vara, que implica utilizar una esponja para sacar el agua de un tronco para beber. Es una forma menor de transmisión cultural si se compara con la de los humanos pero, sin embargo, existe.

EP: *¿Quiere decir que no es sólo una diferencia en el grado sino que es algo completamente distinto?*

DD: En la Biología siempre se comienza con un grado diferente de complejidad, que disminuye desde ahí. Por ello, para nosotros la cultura no es un asunto de miles sino de millones, y no sólo de grados. Es un millón de veces mayor que la de los chimpancés. Por ejemplo, si creyésemos en una isla desierta, sin la influencia de la cultura humana, no seríamos muy distintos de un chimpancé. ¿Quién inventaría la aritmética, el lenguaje, la cocina o la agricultura? Estas habilidades, distintivamente humanas, han sido adquiridas a través de la transmisión cultural y es lo que compone nuestra mente. Si observamos a los seres humanos, nos damos cuenta que sus mentes no están sólo en su cerebro sino en las bibliotecas, computadores, amigos y en todas las herramientas utilizadas para pensar, adquiridas durante sus vidas. Si le quitamos estas herramientas a una persona, la volvemos bastante vulnerable.

EP: *Retornando a mis propias obsesiones: ¿Quién se encarga del cerebro, suponiendo que alguien lo hace?*

DD: Es una idea un tanto atemorizante. El cerebro tiene diez mil millones o tal vez cien mil millones de neuronas, y eso no es todo. Ninguna neurona tiene conciencia de quién eres, ni le importa. Son demasiado tontas para eso. Por ello, las neuronas necesitan una democracia: trabajan en equipos y compiten entre ellas sin ser

supervisadas por nadie, pues nadie lo puede hacer. La teoría de que la conciencia tiene un dueño supremo es simplemente errónea.

EP: *Sería como entrar a una fábrica sin personas.*

DD: Exactamente, como una fábrica automatizada: repleta de maquinaria, pero sin personal. Algunas partes del cerebro actúan como agentes responsables de vigilar a otras partes, y por ello serían como un funcionario público, pero sin conciencia.

EP: *No pueden pensar.*

DD: No, es uno quien genera el pensamiento, no las partes de las que uno está hecho.

EP: *Por ello, si alguien quisiese investigar los poderes desconocidos, invisibles e intangibles de la mente, debemos decirles que están perdiendo su tiempo.*

DD: En efecto, no comprendemos siquiera las facultades más elementales del cerebro, tales como su capacidad de multiplicar, caminar o distinguir entre un gato y una taza. Aunque estas preguntas pueden resultar difíciles de responder, no creo que ayude la idea de que la mente posee poderes misteriosos. Sin embargo, creo que con el tiempo podremos explicar las funciones cerebrales en términos biológicos normales.

EP: *Si observamos el universo e intentamos aprender, ¿de dónde provienen nuestros sentidos? ¿Existe algo más allá de nuestras propias percepciones físicas? ¿Cómo le asignamos significado a las cosas? Sin importar cuánto hemos progresado, aún no hemos alcanzado lo que dijo Newton: "Me gustaría conocer los mecanismos por los cuales la percepción visual del universo se transforma en la gloria de los colores". ¿Lo recuerda? Dan, aún no comprendemos cosas tan simples como aquella; me recuerda la fútil búsqueda de la molécula precursora de la primera célula.*

DD: En primer lugar, recordemos que somos la única especie que plantea ese tipo de preguntas. Los perros y gatos no se sientan a meditar acerca del significado de la vida, ni reflexionan sobre su posición en el mundo. Sus estados tienen significado pues se les ha dado un sentido de la historia de la evolución de la cual emergieron, y de su propia experiencia. Un perro sabe que determinada situación visual significa peligro; por ejemplo, si una vez fue golpeado por un hombre con una vara, luego reconoce a dicho hombre. Es de aquí de donde proviene el sentido. El cerebro del perro está diseñado para poder extraer este sentido de la memoria y aplicarlo a ciertas situaciones. Nuestros cerebros funcionan del mismo modo pero, dado que tenemos la

habilidad del lenguaje, podemos reflexionar en torno a los acontecimientos y construir capas de significado sobre el sentido derivado de nuestra composición biológica.

EP: *¿Entonces está diciendo que no existe tal cosa como la percepción extraordinaria o extrasensorial, nada más allá de las neuronas o átomos?*

DD: Sí, existe, pero hace un excelente trabajo en ocultarse, pues no existe evidencia real.

EP: *Por ello el cerebro no tiene facultades prodigiosas.*

DD: Las facultades cerebrales son prodigiosas. Un niño que aprende una lengua extranjera o asiste a la escuela, está manifestando las facultades prodigiosas del cerebro, que aún no han sido comprendidas del todo.

EP: *Entonces, ¿qué piensa Ud. acerca de las personas que creen que han identificado poderes supuestamente ocultos, como la transmisión del pensamiento o los viajes en el tiempo? Estoy seguro que le deben parecer absurdas.*

DD: Las personas que postulan tales cosas probablemente las creen, pero no son verdad. Pablo Picasso dijo una vez: “Yo no busco, yo encuentro”. Este “yo encuentro” es una gran explicación de lo que es un genio atento, aunque no creo que sea verdad. Sin duda, Picasso era un genio. No obstante, sus descubrimientos no fueron milagros sino el fruto de mucha investigación desarrollada por él y, retomando nuestro ámbito, de selección natural.

EP: *¿Qué papel juega entonces la intuición? Einstein dijo que los descubrimientos, como último recurso, nacían de una gran intuición.*

DD: Eso es cierto pero ¿qué es la intuición? Cuando tenemos una idea brillante y decimos que la obtuvimos mediante la intuición, en realidad estamos reconociendo que no sabemos cómo la obtuvimos. En otras palabras, decimos que ocurrió en el cerebro, mediante las acciones de nuestras neuronas que competían unas con otras, sugiriendo ideas. Los cerebros de algunas personas son mejores que los de otras para generar ideas nuevas, probablemente como resultado de sus hábitos adquiridos de pensamiento. De hecho, se enseñan a sí mismos a pensar de manera diferente, pero no hay nada extraordinario en ello.

EP: *¿Está diciendo entonces que es un ejercicio de la voluntad?*

DD: Es como un truco de magia. Si vemos a un mago desarrollarlo en el escenario, al comienzo lo consideramos extraordinariamente imposible y mágico. Luego, cuan-

do comprendemos cómo se hizo, decimos que no era sino una artimaña. La ciencia está demostrando que ocurre algo similar en el cerebro, que puede efectuar trucos espectaculares.

EP: *Incluso la intuición.*

DD: Definitivamente: incluso la intuición.

EP: *¿Qué se puede decir de la conciencia? Ud. es un experto de gran renombre y ha reflexionado ampliamente acerca de la idea de la conciencia, aun cuando se le acusa de ser reduccionista. ¿Han surgido nuevos descubrimientos en este campo desde la última vez que nos vimos, hace algunos años?*

DD: Creo que hemos avanzado mucho en lo que concierne a la conciencia. La estamos dividiendo en sus partes constitutivas. Con ello, gradualmente estamos desentrañando la idea de que la conciencia es algo colosal y misterioso, a medida que nos damos cuenta que está compuesta por todas esas partes que son grados de conciencia. Si examinamos a las bacterias, podemos decir que no tienen conciencia alguna y que una bacteria es únicamente un pequeño robot. Obviamente, las células cerebrales son idénticas, puesto que también son pequeños robots. Si observamos un árbol, podemos creer que no tiene conciencia, pero está vivo. Puede no tener conciencia, pero es perceptivo: discierne el mundo que lo rodea y mide si hace demasiado frío o calor, y si tiene suficiente agua o viento.

EP: *O luz solar.*

DD: Sí. Percibe la falta de luz solar y gira hacia el sol. Es un tipo de conciencia, una cierta sensibilidad. Muchas personas creen que no se puede utilizar esta sensibilidad como fundamento para explicar la sensibilidad de un árbol hacia la luz solar, o la respuesta de las células de los conos y bastones de nuestra retina hacia la luz, o para construir una teoría sobre la conciencia. ¿Por qué no? Porque en última instancia, la lente o película de una cámara también son sensibles.

EP: *No obstante, ni las lentes ni las películas tienen conciencia...*

DD: Pero nuestra retina, por sí sola, tampoco tiene conciencia y sin embargo, basado en su sensibilidad, reacciona con las diferencias de luz u oscuridad. Esta conciencia está construida.

EP: *Algunos biólogos se preguntan si las bacterias poseen conciencia. Es impresionante verlas moverse como si siguiesen corrientes magnéticas, como si fuesen conscientes.*

DD: En efecto, la velocidad del movimiento es muy importante. Cuando David Attenborough realizó su maravillosa serie de televisión acerca de la vida secreta de las plantas, llamada *La Vida Privada de las Plantas*, filmó maravillosas secuencias que mostraban el crecimiento de éstas, acelerado con la filmación. Mostraba cómo las vides crecían, se retorcían y estrangulaban a los árboles.

EP: *¿De forma consciente?*

DD: Daba la impresión que las plantas estuviesen conscientes. Sin embargo, el efecto era producido simplemente como resultado del tiempo de la reacción. Si desaceleráramos a un humano al ritmo de crecimiento de un árbol, se vería muy alargado. Pensaríamos que esta persona no está consciente en lo más mínimo, como un robot. Decimos que los robots no están conscientes, al decir cosas como "SOY-UN-RO-BOT". Sin embargo, los robots como C3PO y R2D2 de *La Guerra de las Galaxias* parecían conscientes, pues se movían correctamente, al mismo ritmo que nosotros.

EP: *Hablando de la velocidad, la luz viaja más rápido que el sonido, pero aparentemente el cerebro procesa las imágenes visuales de forma mucho más lenta que la percepción auditiva, por lo que, a una distancia de diez metros, por ejemplo, el sonido y la imagen visual llegan al cerebro al mismo tiempo. Quisiera hacer dos preguntas: Primero, ¿es absolutamente necesaria esa simultaneidad para que el cerebro interprete lo que ocurre? Y segundo, considerando que no hay un jefe en la fábrica que es el cuerpo, ¿existe un punto en que esta luz, esta entrada de imagen visual, se encuentra con el sonido?*

DD: Existe más de un punto donde se encuentran las señales. Son muchos, y ocurre en distintos momentos. Necesitamos comprender que no hay un lugar en el cerebro donde importe la llegada de la señal; no hay un lugar donde los estímulos actúen para coincidir "ahora que estamos todos reunidos, hemos cruzado la línea de la meta y estamos acá en el lugar de la conciencia". Puede haber dos puntos, diez o dos mil y, en otra parte del cerebro, la información de la luz podría llegar antes de los estímulos de información auditiva ante el mismo acontecimiento. En otro lugar, los estímulos pueden llegar en diferente orden. El cerebro puede ser capaz de organizar, reordenar y procesar todos los estímulos, pero puede ser engañado. No hay un espacio oficial que represente "Acá está la conciencia; es mi responsabilidad". Por ello, la pregunta acerca de qué proceso ocurre antes en la percepción consciente, la luz o el sonido, está mal hecha y no tiene respuesta.

EP: *¿Qué ocurre cuando el cerebro le dice al dedo de mi pie que se mueva mientras ordena a mis ojos que observen una pintura en la habitación? La distancia entre el cerebro y el dedo del pie es mayor que aquella entre el cerebro y los ojos, por lo que se desajustaría la sincronización. ¿Cómo logra el cerebro que coincidan?*

DD: El cerebro ha tenido mucho tiempo, todo lo que ha durado la evolución, para hallar una solución a este problema de "estímulos"; y la ha encontrado. Cuando el cerebro inicia un comportamiento enviando señales motrices, también fija expectativas de tiempo. Se esperan ciertos resultados dentro de cierto tiempo. Si, por ejemplo, enviamos una carta desde Boston a California no esperamos respuesta al día siguiente, pero sí dentro de la semana. El cerebro puede ser engañado con señales que llegan demasiado rápido, creándole una experiencia anormal debido a sus propias expectativas temporales internas. Al final, la única forma de confundir al cerebro con respecto a la simultaneidad o falta de ella es contradiciendo y cancelando sus propias expectativas. En la medida que los acontecimientos ocurran cuando el cerebro espera que ocurran, todo está bien.

NOTA DEL EDITOR

Daniel C. Dennett, autor de *Breaking the Spell* (Viking, 2006), *Freedom Evolves* (Viking Penguin, 2003) and *Darwin's Dangerous Idea* (Simon & Schuster, 1995), es profesor de Filosofía y Co-Director del Centro de Estudios Cognitivos de la Universidad de Tufts. Nació en Boston en 1942, hijo de un historiador del mismo nombre, y recibió su B.A. en filosofía en 1963 en la Universidad de Harvard. Entonces fue a trabajar con Gilbert Ryle en Oxford, bajo cuya supervisión completó su doctorado en filosofía en 1965. Enseñó en U.C. Irvine entre 1965 y 1971 y luego se trasladó a Tufts, donde ejerce la docencia hasta la actualidad. Su primer libro, *Content and Consciousness*, apareció en 1969, seguido por *Brainstorms* (1978), *Elbow Room* (1984), *The Intentional Stance* (1987), *Consciousness Explained* (1991), *Darwin's Dangerous Idea* (1995), *Kinds of Minds* (1996), and *Brainchildren: A Collection of Essays 1984-1996* (MIT Press and Penguin, 1998). *Sweet Dreams: Philosophical Obstacles to a Science of Consciousness*, fue publicado en 2005 por MIT Press. Coeditó *The Mind's I with Douglas Hofstadter* en 1981. Es autor de más de trescientos artículos referentes a distintos aspectos de la mente, publicados en revistas que van desde *Artificial Intelligence* y *Behavioral and Brain Sciences* hasta *Poetics Today* y *Journal of Aesthetics and Art Criticism*.

TEORÍA

NUEVA LÓGICA, RAZÓN Y EXISTENCIA

(Rev GPU 2008; 4; 4: 416-425)

Hernán Villarino¹

Durante estos últimos ciento cincuenta años, aproximadamente, la lógica se ha modificado sustancialmente. A nuestro entender, buena parte de lo que se conoce como filosofía de la mente, donde destacan autores como Searle, Putnam, etc., es tributaria y se expresa con la nueva lógica, y sin ella no es completamente concebible. Por eso, su estudio, aparte del interés general o personal que se pueda manifestar por ella, es una creciente necesidad para la intelección de algunos enfoques sobre la mente y la conciencia, y con ello para la misma psiquiatría. Éste es un campo muy amplio, y a veces muy complejo, de modo que este trabajo sólo pretende resaltar algunos aspectos que dan una visión general sobre el tema pero no lo alcanzan en toda su hermética profundidad. La selección de los temas, además, apunta a un objeto: dilucidar qué aspectos de la nueva lógica podrían guardar relación con la razón y la existencia. La lógica es el arte, o la ciencia, de fundamentar la verdad por medio del estudio de la inferencia válida. Ahora bien, conviene discernir con precisión entre fundamentar y buscar la verdad: lo primero es lo propio de la lógica; buscarla, en cambio, es lo que hacen las ciencias y la existencia. Por ello, es también preceptivo distinguir entre la inferencia inductiva, característica de las ciencias empíricas; la deductiva, propia de la lógica y la matemática; y la razón propiamente dicha, propia de la existencia. Antigua o moderna, la lógica siempre ha investigado determinadas reglas, leyes y conexiones. Respecto de cuál es la naturaleza de lo investigado se ha respondido, en la tradición filosófica, de modo muy diverso, pudiendo establecerse tres periodos característicos. En el primero, aristotélico-escolástico, se pensaba que eran leyes del ser. En el segundo, representado por Port-Royal, se consideró que eran leyes inmanentes del pensar, en el sentido de leyes psicológicas. En la actualidad, sin embargo, y ésta es una novedad esencial, se estima que son leyes lingüísticas. De la nueva lógica, semántico-lingüística, dice Carnap que sustituye la vieja poesía metafísica por una concepción científica. La lógica tradicional, aristotélico-escolástica, a su juicio, se caracterizaba por una gran pobreza de contenidos, carencia de rigor formal, imprecisión en la elaboración de los conceptos y falta de minuciosidad en los análisis. Para Bochenski, en cambio, la lógica salió toda entera de la cabeza de Aristóteles. Así mismo, Correia estima que la lógica actual tiene ya en Aristóteles sus antecedentes y fundamentos. No sin razón se podrían considerar injustos y exagerados los juicios de Carnap, pero sobre todo innecesarios, porque lo nuevo no necesita acreditarse desprestigiando

¹ Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Barros Luco.

aquello que lo ha precedido y hecho posible. Como quiera que sea, la nueva lógica surgió a mediados del siglo XIX a impulsos de matemáticos empeñados en resolver los problemas de esa disciplina, cuyo crecimiento había creado conflictos de fundamentación. Frege, Peano y Schroder intentaron una reconstrucción amplia de la lógica, y Russell y Whitehead concibieron y redactaron la que para algunos es la obra fundamental: *Principia Mathematica*. Todo lo posterior se apoya en ella. Entre los aspectos que distinguen a la nueva lógica respecto de la que le precedió destacan su estructura formal, la consideración de relaciones en vez de limitarse a predicados y la superación de ciertas contradicciones por medio de la teoría ruselesiana de los tipos.

LAS PROPOSICIONES LÓGICAS

La lógica actual, como dijimos, ha dejado de reposar en una concepción ontológica y/o psicológica para hacerlo sobre una lingüística. Por esto es que ya no se habla de la estructura de los juicios sino de la estructura de las oraciones (oraciones que al igual que en la lógica antigua siguen necesitadas de ser asertóricas).

A través del lenguaje los seres humanos se comunican los unos con los otros haciendo referencia al mundo exterior, que a todos los abarca, y a los estados, cambios y transiciones de sí mismos. Para el efecto se ocupan oraciones, por medio de las cuales se pueden decir muy distintas cosas. Así, por ejemplo, se formulan peticiones, ruegos, órdenes, interrogaciones, promesas, etc., o se expresan las propias afecciones. Pero dentro de esta amplia variedad de oraciones destacan las así llamadas asertóricas, apofánticas las denominó Aristóteles, que son aquellas de las que se puede decir, con sentido, que son verdaderas o falsas (F o V). Sólo de ellas se ocupa la lógica.

Ciertamente, ni una promesa ni una orden son ni verdaderas ni falsas, lo mismo cabe decir de una interrogación. Registrar, en cambio, que “hoy llueve sobre Santiago” es la fórmula de un aserto que efectivamente puede ser verdadero o falso. La proposición o enunciado es el significado de la oración asertórica, la cual puede estar formulada con distintas palabras. Decir lo mismo sobre la lluvia en Santiago, pero en chino, cambia totalmente la oración pero no la proposición o enunciado que en ella se formula, aquello sobre lo que cabe decir con sentido que es verdadero o falso.

Pero la lógica trabaja con el mismo material que la gramática, a saber, las palabras y las oraciones. En las lenguas naturales cabe distinguir diversos usos de las palabras. Así, por ejemplo, los sustantivos, adjetivos, verbos, preposiciones, conjunciones, artículos, pronombres, interjecciones, etc. No todas ellas, sin embargo, tienen interés lógico. Carecen de él los pronombres,

las preposiciones y las interjecciones. En cambio, los sustantivos, adjetivos, verbos y conjunciones tienen un enorme interés y uso lógico. Es obvio, por lo tanto, que las lenguas naturales son más ricas, porque hacen un uso más extenso de los recursos lingüísticos.

En las lenguas naturales, para que las oraciones tengan sentido, las palabras se han de disponer de acuerdo con un orden sintáctico o conjunto de reglas convencionales. La lógica tiene también sus exigencias sintácticas, las cuales, sin embargo, no son iguales a las de la gramática. Por eso, Chomsky habla de una gramática superficial versus una profunda. En esta última estarían contenidas las propiedades elementales necesarias para comprender cualquier lengua. La primera, la superficial, es propia de cada lengua; la profunda, en cambio, es común a todas. La lógica, dice Tugendhat, al fin de cuentas es como una lente que amplifica el lenguaje natural y facilita la contemplación de sus inexactitudes, anfibologías y ambigüedades, logrando una formulación más precisa del pensamiento, no entendido como proceso psicológico del pensar sino como su producto objetivo: lo pensado.

De suyo, entonces, la lógica no invalida aquellas otras oraciones que se emplean en los lenguajes naturales, como a veces se pretende. Por eso, que una oración diga algo que no se puede evaluar según el criterio lógico de verdad o falsedad no implica que no diga nada. Pero aunque de los afectos y emociones, de los ruegos y preguntas, de los deseos y propósitos no se pueda decir que sean ni verdaderos ni falsos, sí que admiten una distinción: pueden ser sinceros o insinceros en su manifestación. Entre lo que pensamos, decimos y hacemos, entre nuestro ser y nuestro deber ser puede existir un hiato, que no es verdadero ni falso en sentido lógico pero que se llena según vivamos o no, efectivamente, en aquello que decimos y cómo decimos vivir. Hay una diferencia entre la verdad lógica y esta última que es existencial. O si se quiere: la autenticidad existencial no es puramente lógica.

La admisión de lo anterior, sin embargo, pareciera conducir al irracionalismo. ¿Somos en realidad irracionales y sólo cabe llamar racional a un delgado haz de nuestra experiencia, siempre amenazado por el océano de incoherencia de donde emerge? Este problema, a nuestro juicio, es terminológico, depende de lo que entendamos por razón y del lugar que le adjudiquemos en el conjunto de la vida. Ya en la filosofía clásica, en Aristóteles, en concreto, se admite que el individuo es irracional. Pero con ello el estagirita no aludía a que consistiera en un impulso ciego, inundado de deseos y afectos que le nublan el entendimiento y la razón. De ninguna manera. En Aristóteles el individuo es irracional porque su concepto y definición se realizan por un proceso de abstracción, donde el individuo como individuo se pierde. La abstracción abstrae, subtrae, deja fuera todo lo que es contingente, pero el individuo es contingente y está situado, nadie es necesario ni ocupa el lugar del absoluto. Por eso, el individuo, a la postre, traspa cualquier concepto sobre él mismo, ningún concepto puede contenerlo. Es irracional porque es inefable, indecible, extra-ordinario, único e irreplicable. Es por eso que Aristóteles lo llama irracional, y no porque tenga emociones o no se entienda a sí mismo o sea arbitrario, ilegal o antilógico.

La razón se ha entendido como una facultad psicológica, del mismo modo se han entendido las leyes lógicas como psicológicas, todo lo cual ha sido convenientemente refutado por Husserl en sus famosas y abstrusas *Investigaciones Lógicas*. Jaspers, siguiendo a Kant, distingue entre razón y entendimiento. A su juicio es el entendimiento, con el que opera la lógica, a lo que cabe llamar propiamente facultad, pero la razón, en cambio, radica en la voluntad. Soy racional, entonces, como fruto de una decisión libremente asumida por mí mismo, no soy racional de entrada, aunque tampoco irracional. No tengo una facultad racional sino la posibilidad de serlo, y para que esa posibilidad se cumpla como realidad tengo que quererlo.

La historia de la verdad que alcanza la razón, dice Jaspers, enseña que es necesario arrancarla paso a paso, renunciar a casi todo lo que uno se propone y a todo lo que depende de nuestro corazón y de nuestra confianza en la vida. La verdad existencial, de la que habla Jaspers, es inquietante. La verdad lógica, en cambio, con su magnífica claridad y consistencia tiene un profundo efecto sedante. La lógica plantea y descubre una verdad universal, inmutable, intemporal, cognoscible por cualquiera, y se entiende por razones lógicas, no psicológicas. La existencia, en cambio, está sometida al cambio, nunca es del mismo modo, tampoco es ni universal ni impersonal, es la verdad del individuo,

en cada caso es mi verdad, lo que no significa que sea incomunicada o incomunicable, pero que en calidad de mía yo he de crear en la incertidumbre disolviendo la segura inmediatez en la que estoy dado. Pero esto ocurre si lo quiero, no espontáneamente ni de acuerdo con procesos naturales. También puedo aferrarme a mi inmediatez y vivir en ella sin libertad obedeciendo a la autoridad, la publicidad, la opinión pública. Siendo el uno, como dice Heidegger, pero el uno como cualquier otro, el se.

La verdad lógica, sin embargo, permite establecer un límite. Debajo de ella está el capricho. Pero el capricho no es lo más original ni el fundamento, también es el fruto de una decisión, a saber, la de desconocer la verdad del entendimiento, la de ponerse por fuera y encima de lo universal y común, aunque lo objetivo es como es, no soy yo quien dice como es, y no reconocerlo es una simple alcaldada. Por encima de la verdad lógica, en cambio, está la verdad existencial, que no es obra del entendimiento sino de la razón, y que no niega la lógica pero la trasciende. No es irracional en el sentido de caprichosa sino en el de superracional, como dice Jaspers. En efecto, nadie puede pretender saber, científica ni lógicamente, cómo se ha de vivir, y sin embargo vivimos. Uno se arriesga a ello como sí mismo, pero sin conocer todos los ingredientes, ni de sí mismo ni de la realidad ni mucho menos los resultados que cabe esperar de nuestras acciones, es decir, todos vivimos sin garantías ni exactitudes.

Por eso, los lenguajes naturales, que expresan el conjunto de la existencia, son más amplios que los lógicos y no se pueden convertir en ellos. La verdad existencial, a la postre, no es mera contemplación objetiva, no es la correspondencia de la realidad y el pensamiento sino un obrar íntimo, razón, historicidad y posibilidad. Y aunque todos creamos con desesperación en el ente inmutable, como dice Nietzsche, ojala en el ente matemático, al que se llama ser, es evidente que el viviente, que también es un ente completamente real, no es inmutable, y nosotros, antes que nada, somos vivientes.

LA INFERENCIA VÁLIDA

La lógica trata de los principios de la inferencia válida, pero en tanto que esta inferencia se basa en la pura forma y no en la materia que se afirma en un juicio. Así, por ejemplo:

1ª Aserción: *Todos los hombres son mortales,*

2ª Aserción: *Sócrates es hombre*

Conclusión: *Luego, Sócrates es mortal*

A la primera y la segunda aserciones tradicionalmente se las ha llamado premisas; a la tercera, en cambio, conclusión o consecuencia de la inferencia. Sin embargo, la inferencia es el todo, es decir, las premisas y la conclusión. Ahora bien, se ve claro en este caso que la conclusión se ha derivado de las premisas, porque puestas éstas aquélla se desprende con necesidad. La conclusión está lógicamente implicada en las premisas, y es imposible que si las premisas son verdaderas la conclusión no lo sea, toda vez que se trata de una relación del tipo “si... entonces”.

No tratamos aquí, evidentemente, con una necesidad de tipo empírico, físico, por ejemplo. Tampoco de una necesidad práctica, jurídica o moral sino de una necesidad lógica, “de un tener que” lógico que no puede ser de otra manera. Por eso, cuando hablamos de necesidad lógica entendemos que cualquier otra conclusión que no sea la necesaria, partiendo de las premisas, es impensable. Pero en esta impensabilidad están lógicamente implicados lo analítico, el conocimiento *a-priori* y el principio de contradicción, como veremos a continuación.

LO ANALÍTICO Y EL A-PRIORI

Las oraciones asertóricas son aquellas susceptibles de ser verdaderas o falsas. Ahora bien, la verdad o falsedad pueden concebirse *a-priori*, y cuando es el caso se habla de una verdad analítica. Las oraciones contienen verdades analíticas cuando lo verdadero depende sólo de su significado. “Todos los cuerpos son extensos”, por ejemplo, es una verdad lógica *a-priori*, y por ende analítica, porque es verdadera sólo por su significado y, por lo mismo, necesariamente verdadera. En efecto, en esta oración lo que se afirma en el predicado ya estaba dicho en el sujeto, porque en la definición de cuerpo entra la extensión. El predicado no hace más que hacer explícito aquello que está contenido implícitamente en el sujeto. Por ser analítica, la negación de esta proposición, es decir, “ningún cuerpo es extenso”, no puede ser verdadera y tiene que ser falsa. Pero las verdades analíticas, como bien se deja de ver, además de necesariamente verdaderas son tautológicas, redundantes y triviales, aunque esto último no siempre es así, porque una explicitación del sujeto en el predicado puede mostrar una propiedad del mismo que no se ha visto bien sin ella.

La hermenéutica y la aclaración de lo existencial, que también son instrumentos de la psiquiatría, no desdeñan la tautología, y es por su intermedio que se aclaran algunas de sus proposiciones. Es cierto que hay una tautología pobre. El perro es perro, por ejemplo, no

dice ni precisa nada en realidad. Pero hay tautologías que han dado mucho que pensar, por ejemplo: el ser es. Ahora bien, Carnap y los positivistas lógicos tenían planteado un severo e implacable combate contra la metafísica. Algunos de los más conspicuos representantes de la nueva lógica eran profundamente antimetafísicos, justamente porque la acusaban de ser tautológica, y por ende vacía. Pero la tautología, como la verdad lógica, es también un límite. Por debajo de ella, como en el ejemplo del perro, no hay nada aparte de un silencio huero. Pero por encima, en cambio, hay un silencio sonoro, si se pudiera hablar así.

El ser determinado con las categorías lógicas del entendimiento es en cada caso un ente, dice Jaspers, y no existe una categoría que trascendiéndolas todas provea la unidad de todo. Las cosas son éstas y estas otras. Sin embargo, ¿cuál es, en qué consiste su unidad? En la metafísica clásica se ha dicho: el ser es el principio de unidad y diversidad de todos los entes. Pero así, como bien se percataron los positivistas lógicos, diciendo ser volvemos a decir todas las cosas, de modo que afirmamos en el predicado lo que ya estaba dicho en el sujeto y con ello formulamos una mera tautología. Pero el ser no es un ente más ni la suma de todos los entes sino principio de unidad y pluralidad de todos ellos. Todas las cosas son, pero eso que sea el ser ya no es un ente, de modo que no se puede decir de ningún modo, porque nuestro lenguaje está acomodado para expresar lo particular y finito. De lo que no se puede hablar es mejor guardar silencio, decía Wittgenstein, pero no porque allí no haya nada sino porque no podemos decir nada en tanto sobrepasa el entendimiento, que es el lugar del lenguaje y de la lógica.

Sin embargo, en el silencio de la tautología obra la razón, la voluntad de saber lo que no podemos saber a pesar de todo. Por lo pronto, es dudoso que se pueda decir algo de la pintura o de la música, o si se quiere: lo que digamos nunca es ni música ni pintura. Sin embargo, no por eso son nada. La música y la pintura no son verbales, hablando sobre ellas no se puede hacer oír una sinfonía ni ver un cuadro. Hay que verlos y oírlos para saber que son, es decir, con ellos hay que hacer tautología, repetirlos. Y repetirlos una y otra vez, y con ello, sin embargo, nuestro conocimiento cambia y se profundiza, no es mera repetición de lo mismo del mismo modo, aunque no podamos decir que es eso que cambia. Sin embargo, respecto del arte se intenta decir algo, incluso hay críticos de arte. Foucault, en un texto famoso, ha comentado Las Meninas de Velázquez, pero lo que en ellas ve no es una tautología de Velázquez sino la filosofía de Foucault. Por eso puede hablar tanto; la filosofía, al fin de cuentas, es

verbal. Los pintores comentan, ironizan, etc., las obras ajenas con sus propias obras, que están pintadas, lo mismo que hacen los músicos, y no, propiamente, con discursos.

Por eso, quizá, de lo que no se puede hablar no se deba guardar silencio, aunque lo que se diga se dice en el modo de la tautología. Si todos y cada uno de los esfuerzos para representar la infinitud de la trascendencia en los símbolos racionales y objetividades metafísicas han resultado fallidos, dice Jaspers, no por ello son inútiles, ya que su superación esclarece lo que de otra manera permanecería sin brotar de la conciencia. A su juicio, algo último o primero no puede ser pensado, ni el fundamento del mundo ni su finalidad, si los tiene, pueden ser representados de ninguna manera, pero el trascender metafísico, tautológico, no es un nuevo pensar con otras categorías sino un no poder pensar, de modo que, finalmente, en el trascender metafísico se puede pensar lo que ni se puede pensar ni determinar por ningún predicado ni representar como un objeto.

La objetividad metafísica es en realidad simbólica, dice Jaspers, pero la trascendencia no es lo que el objeto metafísico mienta sino que el objeto metafísico es un símbolo en el que lo mentado habla a la existencia y desde ella. De allí que en el ejercicio lógico el objeto metafísico, visto como cualquier otra objetividad, se desploma. También se puede decir que el objeto musical se desvanece en el discurso sobre la música, discurso que a pesar de todo lo mienta aunque no lo contiene. El símbolo metafísico objetiva algo que es inobjetivo, de modo que en él no es pensado lo que es ni se afirma que es empíricamente real aquello a lo que alude. En el conocimiento finito lo que se conoce se puede demostrar, porque está ahí para todos en general, pero si la existencia es histórica, viviente, no de validez general, no está ahí como el conocimiento empírico conoce. El pensamiento metafísico, como la música y la pintura, en tanto circular y tautológico sólo se acredita por su amplitud y fuerza de expresión. Sin embargo, como reconoce Jaspers, la existencia empírica también es circular: no tiene nada fuera de sí, está asentada sobre sí misma y es por sí misma. La trascendencia no puede existir como objeto sin perderse ella misma, dice Jaspers, pero que se exprese de forma circular indica, finalmente, una dialéctica de ser y no ser que se explicita según el círculo en que estoy: según cuál sea el círculo así es la realidad.

Lo *a-priori*, en el sentido de Kant, es aquello que conocemos previamente a la experiencia. Evidentemente, para saber que los cuerpos son extensos no necesitamos de ninguna experiencia, la extensión ya está

dicha con el término cuerpo, en la definición de cuerpo entra la extensión. Ahora bien, en el *a-priori* lógico no entra en consideración si la verdad requiere o no de la experiencia sino de que haya la mencionada identidad de significado entre el sujeto y el predicado.

Pero la verdad o falsedad de una oración puede también determinarse *a-posteriori*, cuando son la observación y la experiencia las que deciden. Las proposiciones empíricas son sintéticas, no analíticas, porque su verdad es *a posteriori* y por ende contingente, de modo que ni son necesariamente verdaderas ni su negación implica contradicción. Sin embargo, Kant consideró que había verdades sintéticas *a-priori*, como por ejemplo: todo acontecimiento tiene una causa.

FORMALISMO

En la lógica moderna la inferencia se basa en la pura forma de la aserción. Del término forma se deriva formal, y la lógica es formal en el sentido que opera con la forma de las aserciones y juicios. Formal se opone a material, que en este caso alude el contenido de las aserciones.

El formalismo suscita el reconocimiento de lo analítico formal y lo analítico material. "Todos los cuerpos son extensos" es una proposición analítico-material. Si formalizo esta aserción, "todos los a son b", bien se ve que no es necesariamente verdadera, porque su verdad dependerá de cómo lleno, qué contenido doy, qué materia introduzco en "a" y "b". En cambio, la proposición "todos los solteros son no casados", o "todos los X no son no X", es siempre verdadera y formalmente analítica.

Ahora bien, la lógica moderna tiene que ver sobre todo con lo analítico formal. Que las verdades lógicas sean formales significa que se basan en esquemas, son esquemáticas, son verdades cuando se sigue un determinado esquema que no tiene nada que ver con los temas o materias que ocupan las variables. A continuación damos dos ejemplos de esquemas lógicos.

1. Todos los A son B.....p
 X es A.....q
 X es B.....r

(Si p y q entonces r)

2. Si A es > B > C => A > C

Como quiera que sea, el término verdad se emplea para las proposiciones; para la inferencia se habla de validez o no validez.

EL PRINCIPIO DE CONTRADICCIÓN

Todas las verdades lógicas, en el pasado y en el presente, se basan en el principio de contradicción. De acuerdo con él resulta imposible que una proposición que se contradiga a sí misma sea verdadera, o que dos oraciones contradictorias sean verdaderas al mismo tiempo y vistas desde la misma relación. El principio de contradicción se ha explicado, según el paradigma dominante en cada época, por razones ontológicas, por leyes del pensar o por las del habla, que es el criterio que hoy prevalece. Según esta última concepción, en tanto no es una cualidad ontológica ni psicológica, el principio de contradicción no se puede demostrar directamente, sólo se puede refutar a quien se contradice. Porque quien lo hace no dice nada, habla sin sentido. En efecto, decir es perro y no perro es no decir nada.

PROPOSICIONES ASERTÓRICAS SIN LA ESTRUCTURA S Y P

En la lógica moderna las proposiciones asertóricas no necesariamente poseen la estructura S-P. *Sócrates es mortal*, por ejemplo, es una típica oración asertórica que se estructura en Sujeto y Predicado (S y P), las cuales oraciones fueron el objeto exclusivo de estudio de la lógica aristotélica. La lógica moderna, en cambio, no es predicativa sino proposicional, su ámbito son todas las proposiciones asertóricas y no sólo los que tienen la estructura S-P, ejemplo de lo cual son las siguientes.

$$2 > 3 \text{ y } 2 + 2 = 4$$

Aquí hay varios términos singulares (2, 3 y 4) y diferentes signos, pero en cambio no hay predicados. La fórmula $X + 2 = 4$ es una pregunta, de modo que no es una proposición asertórica. En efecto, no se puede decir de ella que sea verdadera o falsa. Pero al despejar el valor de X se alcanza una proposición asertórica no predicativa: $2 + 2 = 4$, respecto de la cual cabe efectivamente decir que sea verdadera o falsa. Estas últimas proposiciones, como se deja de ver, pueden ser verdaderas o falsas pero ninguna tiene predicado.

ASERCIONES RELACIONALES

La lógica de relaciones, afirma Carnap, constituye una ampliación del campo de la lógica actual respecto de la antigua. La silogística aristotélica-escolástica, por ejemplo, no daba herramientas para reconocer la validez de las siguientes oraciones, aunque sean muy claras:

1ª aserción: *Los círculos son figuras*
 2ª aserción: *Pedro dibuja un círculo*
 Conclusión: *Pedro dibuja una figura*

Visto superficialmente, este silogismo en el modo Bárbara parece idéntico con el que expusimos más atrás:

1ª Aserción: *Todos los hombres son mortales*,
 2ª Aserción: *Sócrates es hombre*
 Conclusión: *Luego, Sócrates es mortal*

Sin embargo, hay enormes diferencias. En primer lugar, en realidad no hay un término medio contenido entre la primera premisa y la conclusión, porque la palabra círculo, en la segunda premisa, no lo hace como predicado sino como parte de él. La expresión "dibuja" es un término relativo, igual que "padre de" "juega", "mayor que", etc., y tales expresiones no representan la propiedad de un objeto, un atributo del mismo, sino la relación en que dicho objeto está respecto de otro; y en estas condiciones, donde se explicita una relación, no se puede establecer la conexión lógica clásica S-P.

Sólo entendiendo de modo distinto la estructura de la oración en la segunda premisa, el asunto podría resolverse. Pues bien, a juicio de Tugendhat se debe a Frege aquella solución. Para este autor, la oración, en vez de en S y P, se debe estructurar de modo que se divida en dos partes: un término relativo y un par ordenado de dos términos de sujeto. Un ejemplo no los brinda la siguiente oración:

Oración: *Juan es el padre de Luis*
 Término relativo: *"Juan es el padre de"*
 Par ordenado: *"Juan" "Luis"*

La relación "ser padre de" se da entre dos objetos "J" y "L" (Juan y Luis), y no como en la antigua silogística, donde de acuerdo con la estructura de las oraciones en S y P debiera haberse entendido que "ser hijo de" es un atributo del padre. Ahora bien, veamos qué ocurre en la siguiente oración relacional:

Oración: *Rodrigo juega con Macario*
 Término relativo: *"Juega con"*
 Par ordenado: *"Rodrigo" "Macario"*

En este caso, sin embargo, es evidente tanto que "Rodrigo" juega con "Macario" como que "Macario" juega con "Rodrigo"; a diferencia de la anterior donde si bien "Juan" es el padre de "Luis" de ningún modo

“Luis” es el padre de “Juan”. En esta segunda oración se trata de una relación simétrica en la que es indiferente el orden del par ordenado. En la anterior, en tanto que asimétrica, este orden es imprescindible.

Formalmente se puede expresar la estructura de las oraciones relacionales del siguiente modo: si hay una relación entre un objeto “a” y otro que es “B”, y todo lo que es “B” es también “C”, entonces esta relación se da también entre “a” y un objeto que es “C”. Aquí la articulación semánticamente importante no es entre S y P sino la que se da entre el término relativo y los dos objetos de la relación. Y si bien gramaticalmente la oración se articula en “Juan” (sujeto) y “es el padre de Luis” (predicado), esta misma oración, vista desde un punto de vista semántico, se articula, como lo expusimos más atrás: “es el padre de”, como término relativo, y [“Juan” “Luis”], como par ordenado.

Como dice Carnap, si se consideran las proposiciones relacionales como oraciones predicativas se impiden muchas inferencias. Las proposiciones relacionales son imprescindibles para la matemática, lo mismo que para la geometría, y son indispensables para las ciencias que tratan de series y ordenaciones.

LA ESTRUCTURA DE LAS ORACIONES GENERALES

Pero no sólo las oraciones relacionales, tampoco las oraciones generales se acomodan bien en el modelo silogístico. Veamos un ejemplo de Tugendhat:

“Hay algunos filósofos a quienes contradicen todos los filósofos, por consiguiente algunos filósofos se contradicen a sí mismos”

En esta oración se plantea, por un lado, el problema de los cuantificadores. Las premisas no son sólo universales ni sólo particulares, se dan tanto la palabra “todo” como “algunos”. Por otro lado se plantea el problema de la relación, porque es claro que contiene un término relativo. Claro que una vez admitido el punto 8, se pueden ampliar las conclusiones, y, según Tugendhat, en lugar de decir que una sola cosa se encuentra en una relación con otra se puede también decir que algunas (o todas) se encuentran en relación con algunas otras (o con todas).

Ahora bien, este problema de la cuantificación múltiple tampoco se puede resolver con la estructura S y P. ¿Cómo se deben entender, entonces, las formas de la oración “todos son” y “algunos son”?

Nuevamente ha sido Frege quien ha brindado la solución. Qué es lo que se dice, qué se debe entender cuando decimos, por ejemplo:

*“Todos los cisnes son blancos”, o
“Algunas hormigas son moradas”*

En la lógica clásica, en el primer caso lo que se da a entender depende del significado de la forma de la oración “todos son”, y del significado de las palabras con contenido “cisne” y “blanco”. Ahora bien, lo nuevo de la lógica moderna es que para ella no se puede dilucidar el significado de las oraciones predicativas generales sin aclarar, previamente, el significado de la forma de las oraciones predicativas singulares, que como dijimos más atrás, la lógica antigua entendió como síntesis o combinación de algo con algo. Sin embargo, esta concepción clásica suscita problemas, como se ilustra en el siguiente ejemplo:

“El rey de Francia es calvo”

Si el significado es lo que representa el S y el P, se ha de suponer que S y P representan algo (una entidad u objeto). No obstante, calvo, ¿qué representa? Por lo pronto un objeto abstracto, y el asunto entonces es cómo se debe entender la composición, o síntesis, entre un objeto abstracto, que sólo existe en la mente, y otro concreto, existente en el espacio-tiempo. La calvicie, desde luego, no es algo sino la falta de algo, a saber, de pelo en la cabeza. La calvicie, como la sordera o la ceguera, es una ausencia, es nada, es un ente de ficción como decían los escolásticos. Ahora bien, si se abandona la idea de síntesis y atributos de las cosas, como en la lógica moderna, y se sostiene que en la oración predicativa singular sólo se quiere significar que el objeto representado por el S cae bajo el concepto representado por el P, lo que en esas oraciones se afirmarían es que un sujeto cae bajo un concepto en lugar de estar combinado con un atributo.

Ahora bien, la idea de lo que se ha de entender por “caer bajo” la desarrolló Wittgenstein, para quien entender el significado de una oración es saber lo que es el caso si la oración es verdadera, es decir, bajo qué condiciones es verdadera la oración. Ya no se trata de establecer a qué objetividad compuesta representa la oración sino de comprender bajo qué condiciones es verdadera. En nuestro ejemplo “*El rey de Francia es calvo*” es verdadero si el objeto representado por el sujeto, “*El rey de Francia*”, cae bajo el concepto representado por el predicado, “*calvo*”. Expresándolo en forma lingüística: si el predicado concuerda con el sujeto.

En la oración predicativa singular es problemático, pero no imposible, que el predicado represente un objeto, pero en las generales el problema se desplaza al sujeto, porque “todos los F” o “algunos F” en reali-

dad no representan ningún objeto. Así por ejemplo, en la expresión todas las hormigas ¿tratamos de la clase (conjunto) de las hormigas? No obstante, cuando decimos “todas las hormigas son venenosas” no pretendemos decir que la clase de las hormigas es venenosa sino que cada una es venenosa. Cuando se trata de “algunas hormigas son venenosas”, son algunas hormigas las venenosas y no la subclase.

Por otra parte, el predicado no se aplica, en estos últimos casos, a una subclase ya delimitada sino que ésta se delimita mediante el predicado; por eso no se puede decir que el atributo esté unido con esa subclase. Ahora bien, si la oración se niega ¿qué se dice en realidad? ¿Que hay una subclase que no es venenosa? No, por cierto, sino que entre todas las hormigas venenosas posibles no hay ninguna clase en que las moradas estén incluidas en ella. Todos los F y algunos F, entonces, no representan algo, y el predicado, como en las predicativas singulares, es imposible que concuerde con el objeto, o que el sujeto caiga bajo el concepto del predicado toda vez que aquí no tenemos un objeto que represente al sujeto.

Para Frege, oraciones como “todas” o “algunas hormigas”, que tienen una unidad gramatical, carecían, sin embargo, de unidad semántica o de significado. La unidad semántica, para Frege, se obtenía por medio de un proceso de sustituciones. Así, si en la lógica tradicional la oración aparece estructurada como:

Algunas hormigas // son venenosas

Frege la articula de las siguientes dos maneras.

Algunas // hormigas/ venenosas
Todas // hormigas/ venenosas

Ahora bien, “todas” se puede sustituir por oraciones singulares:

Cada una// hormiga / venenosa, o
Todo aquel que sea una hormiga es venenosa, o
Cada uno: si es hormiga, entonces es venenosa.

En el caso de “cada uno: si es F entonces es G” no se representa algo, dice Tugendhat, sino que se da una guía para la acción: “tómese uno por uno a cada uno” y a esta guía de acción se añade la aseveración: “si es F entonces es G”.

La oración “todos los F son G” remite ahora a oraciones singulares referidas a objetos singulares, de los cuales se dice, en cada caso: “si esto es F, es G”. O lo que es lo mismo, que el sujeto cae o puede caer bajo el pre-

dicado. En las oraciones particulares “algunos F son G”, la guía de acción indica “tómese cada uno, y uno o algunos de aquellos que son F son G”. También en este caso la aseveración general remite a aseveraciones singulares.

ESTRUCTURA GRAMATICAL Y SEMÁNTICA

Dijimos más atrás que en la antigua lógica no se distinguía bien entre la estructura gramatical y semántica de las oraciones, ambas iban mezcladas y confundidas. Hoy, en cambio, gracias a todas las innovaciones que hemos comentado, hay un concepto exacto de la estructura o forma semántica, porque se tiene un concepto determinado del significado de una oración: sabemos bajo qué condiciones es verdadera; gracias a lo cual podemos entender cómo se compone una oración en sus partes (estructura gramatical), sin recurrir al significado.

Analizar la oración gramaticalmente, sin relación con su significado, supone una nueva articulación; en concreto, la parte respectiva de la misma se determina por una clase distributiva. Dos partes de la oración pertenecen a la misma clase distributiva (tienen la misma distribución) si pueden ocurrir en el mismo contexto lingüístico, es decir, si pueden ser completadas por otras expresiones iguales, de tal manera que la totalidad pueda ser aceptada como oración. Por ejemplo, “Pedro” y “todo Hombre”, porque en cada contexto en el que ocurre una de estas expresiones puede ocurrir también la otra, de manera que tienen la misma distribución y pertenecen, por lo tanto, a la misma clase gramatical. Así se puede reconocer que “Pedro es mortal” y “Todo hombre es mortal”, si bien tienen la misma estructura gramatical, tienen una estructura semántica totalmente diferente.

“Pedro es mortal”, gramaticalmente, se articula en sujeto y predicado, pero, semánticamente, el sujeto “Pedro” cae bajo el concepto “mortal”; la oración es verdadera no si Pedro tiene el atributo de ser mortal sino si cae bajo el concepto de mortal. “Todo hombre es mortal” tiene, gramaticalmente, un S y un P, pero semánticamente poseemos una regla para la acción según la cual decimos “tómese a cada hombre y será mortal”; y cada oración singular caerá o no bajo el concepto de mortal.

“Algunas hormigas son moradas” tiene igual estructura semántica que “hay hormigas moradas” o “existen hormigas moradas”, pero su estructura gramatical es diferente. Ocurre, sin embargo, que todavía se usa equívocamente S y P en sentido semántico. Para aclarar las cuestiones conviene usar S y P en sentido puramente gramatical y designar, en sentido semántico,

a los sujetos, como “términos singulares” y a los predicados, como “términos generales”. Un término singular es una expresión que tiene la función de designar un objeto. Un término general es una expresión que tiene por función clasificar y diferenciar objetos.

La diferenciación y clarificación de la estructura gramatical y semántica de las oraciones ha abierto paso a un lenguaje lógico-simbólico renovado, donde si bien hay un alejamiento de nuestro lenguaje gramatical su estructura semántica se hace más clara. La nueva lógica, dice Carnap, utiliza fórmulas simbólicas similares a las de la matemática, gracias a lo cual las inferencias adquieren rigor y las consideraciones materiales tienen menos capacidad para guiar el curso de la deducción, de modo que es más difícil que se deslicen supuestos inadvertidos y deducciones impuras. Rigor y claridad, dice Carnap, son tan necesarios en la constitución de los conceptos como en la deducción de las proposiciones. Copi, por su parte, asegura que los razonamientos formulados en lenguas naturales son a menudo difíciles de evaluar debido a la naturaleza vaga y equívoca de las palabras usadas, la anfibología de su construcción y los modismos engañosos.

En el nuevo lenguaje lógico simbólico, dice Tugendhat, para los términos singulares se han introducido letras latinas minúsculas “a” “b” “c” y mayúsculas para los términos generales “G”, “F” y “H”, y los términos relativos son una especie de términos generales. Resultan entonces, como oraciones elementales, las formas “Fa” en las aserciones simples y “Rab” en las relacionales. El término general se coloca antes del o los términos singulares. Los términos singulares que se encuentran después del término general, en el caso de las relacionales, tienen que cumplir la condición de ser un par ordenado “Rab” (“Luis es hijo de Juan”). En la antigua simbolización, dice Carnap, en realidad, no había ninguna formalización.

Pero lo importante es que los símbolos que se usan, ya sea que fungan como variables o no, tengan un sentido semántico claramente definido, esto es lo que distingue la gramática del lenguaje lógico-simbólico actual, que hace visible la conexión de las oraciones generales y de aquellas oraciones particulares de las cuales depende su verdad

LÓGICA Y EXISTENCIA

La nueva lógica se desarrolla en la misma época que el existencialismo, y a nuestro juicio, aunque superficialmente enfrentadas, existe entre ellas una profunda unidad y afinidad. Y la prueba radica en este esfuerzo de la nueva lógica para dotar de sentido a las asercio-

nes generales transformándolas en particulares, según lo hemos discutido en los dos últimos puntos.

También el existencialismo huyó de las ideas y conceptos generales, y refirió siempre a ese ente particular, concreto, que está ahí, abandonado como dice Jaspers o arrojado como dice Heidegger. El hombre es un ser real y concreto, y todo lo que de él se diga debe remitirse a esa concreción, es decir, a su situación. También aquí la forma de la oración “todos son” es una invitación para la acción, para tomar a cada uno y ver si efectivamente cada uno de los F son realmente G. Y sin embargo, en la práctica, yo no puedo tomar a cada F y ver si efectivamente es G. Sólo puedo tomarme a mí mismo, de modo que en el conocimiento del hombre está implicado el mismo que investiga por medio de su propia actividad. No se trata, por lo tanto, de la contemplación de un objeto que es el mismo siempre del mismo modo, porque si este conocimiento depende de lo que uno mismo hace, del modo en que uno mismo es hombre, yo sabré de él según lo que haga y en tanto yo mismo actúe.

Ahora bien, se replicará, con razón, que del hombre es posible predicar en general aplicando la fórmula cada F es G, porque si se toma cada F efectivamente se halla que es G. Sin embargo ésta es la verdad del entendimiento, lógica, universal, común y general, donde todos somos iguales, por ende se trata de una verdad impersonal. La verdad personal, en cambio, la verdad racional, no puede ser conocida de este modo, porque entonces sería impersonal y violaría el principio de contradicción. Necesariamente, la verdad personal es lo que yo soy, y yo soy lo que hago, el modo como vivo, aquello que espero y la forma en que me comporto respecto de mis propias creencias, y decimos creencias porque yo mismo y el mundo somos inciertos e incognoscibles.

El prestigio de las verdades del entendimiento, lógicas y científicas, impersonales, que dominaron durante el siglo XX, ha decaído, ya casi nadie cree en ellas ni halla allí un sostén para la propia vida. El conocimiento lógico y científico del carácter, de la sociedad y de la fisiología, que además siempre son parciales, no nos dicen cómo ni para qué debemos vivir. El posmodernismo, incluso, tilda de fábulas y leyendas aquellas descripciones, donde cada F era G, que se pretendieron normativas pero que nunca son tales para la razón y la existencia, porque para ellas existe la libertad. El hombre actual, como el hombre del periodo helenístico, no parece hallar un sentido en lo general, cada vez lo que tiene esa validez, incluso las instituciones y las normas, le resultan más ajenas además de estar sometidas a un proceso de continua erosión, disolución y

descreimiento. Éstos no son tiempos para la épica. Por eso, como nunca ha sido tan claro que el hombre es en realidad un ser arrojado o abandonado, y que tiene que hacerse cargo de sí mismo porque a su alrededor nada dura ni es digno de fe. Y en esta situación, o es existencia, verdad personal por lo tanto, o es como una nada perdido en lo fortuito, accidental y anónimo. A la postre, la pregunta por el sentido, como dice Víctor Frankl, no puede contestarla el mundo, que no se comunica, soy yo mismo el interrogado y quien debe responder.

Pero si esto es así, se suscitan tres problemas que exceden ampliamente a la lógica y entran de lleno en la razón y la existencia, y que sólo enunciaremos. El primero es el de qué es y cómo se conoce la verdad existencial. El segundo es el de cómo se comunica esa verdad, que es mía y personal ¿Estamos, acaso, condenados al

solipsismo y la soledad? El tercero es el problema de la comunicación en sí misma. A nuestro juicio, éstos son los temas de la filosofía de Jaspers.

REFERENCIAS

1. Carnap R. *La antigua y la nueva lógica*. (Artículo del libro "El positivismo Lógico" compilado por A. J. Ayer). F.C.E., Madrid, 1978
2. Bochenski JM. *Historia de la lógica formal*. Gredos, Madrid, 1968
3. Correia M. *La lógica de Aristóteles*. Ediciones de la Universidad Católica de Chile, Santiago, 2003
4. Tugendhat E. *Propedéutica lógico semántica*. Anthropos, Barcelona, 1997
5. Copi I. *Introducción a la lógica*. Universitaria, Buenos Aires, 1987
6. Jaspers K. *Filosofía*. Revista de Occidente, Madrid, 1958
7. Heidegger M. *Ser y tiempo*. Universitaria, Santiago, 1997

ENSAYO

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL ENFOQUE HOLÍSTICO-GESTÁLTICO DE LOS SÍNTOMAS Y LA ENFERMEDAD

(Rev GPU 2008; 4; 4: 426-429)

Adriana Schnake¹

“La terapia Gestalt es una fenomenología aplicada”
“Tal como la concibe la terapia Gestalt, la Frontera –
Contacto, es una construcción Fenomenológica.”

Perls, Hefferline y Goodman.
Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento de la Personalidad humana

Fue necesario juntar en una misma persona una profunda comprensión de lo organísmico junto a la apertura y comprensión de que había otro modo de enfrentar la realidad, el método fenomenológico, para abandonar al método científico natural como dueño y señor de la descripción de la realidad material. Es evidente que el contacto de Fritz Perls con Friedlander y la corriente fenomenológica en Berlín, desde Brentano y Husserl hasta Heidegger, habían predispuerto su atención y le permitiría cuestionar lo que estaba en boga. El impacto de los desastres producidos a los seres humanos en la cruenta guerra de 1914 obligó a Goldstein a captar que la brutal y férrea conciencia-de-unidad-del cuerpo, es un elemento de gran peso para movilizar y sacar del cómodo “pataleo” en el diván al que se sometían las personas, por grande que fuera su necesidad de completar etapas de su desarrollo.

Mi entender y esforzarme en transmitir la Gestalt tuvo que ver con mi formación y mis experiencias previas. Desde las primeras lecturas de Perls, desde el primer momento en que leí algún comentario de él y el modo cómo trataba los sueños, me di cuenta que conseguía saltarse el famoso y abrumador método científico.

No en vano yo llevaba más de una década esforzándome en enseñarles a los alumnos de psiquiatría de

5° año de Medicina lo que es el método fenomenológico. Buscando maneras de hacerles comprender que posiblemente el modo ingenuo, positivo de enfrentar la realidad, lo que nos rodea y que forma parte de nosotros, es este modo descrito por un matemático, y que es el camino más certero para ir haciendo hallazgos y encontrándonos con lo obvio, lo que no podemos dejar de aceptar.

¹ Anchimalén, Manao, Chiloé. Primavera 2008.

Desde el inicio les insistí a todos aquellos que querían estudiar Gestalt que era indispensable entender y practicar este enfoque. Agradecí entusiasmada la traducción y publicación que hizo Carmen Vázquez del libro seminal *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*, y el énfasis en lo fenomenológico que se pone en este libro. Sin embargo, lamento que al traducir la palabra “awareness” por “conciencia inmediata” no se está haciendo justicia al sentido fenomenológico absoluto dado por los autores(1).

Cuando Francisco Huneeus tradujo *Gestalt Therapy Verbatim* con el Título de *Sueños y Existencia* (2) la palabra “awareness” aparecía en el texto con mucha frecuencia. Él la tradujo como “darse-cuenta” o “darse cuenta” (o capacidad de darse cuenta). Posteriormente en la edición del libro *La Vieja y Novísima Gestalt* de Claudio Naranjo tuvo que cambiarse a “percatarse” a pedido del autor. En general siempre se evitó una traducción que incluyera la palabra “conciencia”, porque se hacía extremadamente difícil que los lectores pudieran darse cuenta que este término no aludía para nada a las nociones de conciencia ya existentes. Lo cierto es que ninguna traducción ha resultado completamente satisfactoria (posiblemente porque en inglés tampoco tiene un significado muy preciso). Aquí, entonces, surge la necesidad de ir a los fundamentos y ramificaciones de lo que encierra este concepto y es aquí también el punto en el que entra la fenomenología: mediante su mirada desprejuiciada e ingenua se logra vislumbrar todos sus dominios.

Para entender “awareness” había que saber que se refería a una “conciencia intencional” y éste es un concepto difícil de entender. Desgraciadamente usaron ese nombre: Intencionalidad (3), que alude a algo aparentemente conocido y que sin embargo tiene un sentido casi opuesto. “Intencionalidad es la tendencia necesaria de la conciencia hacia un contenido heterogéneo a sí misma. Por esto se la ha comparado con un haz de rayos luminosos que se proyecta sobre un objeto” (3, pág. 10). “Es la intencionalidad lo que caracteriza a la conciencia, en el sentido más preciso del término”. “Entendemos por intencionalidad la peculiaridad de las vivencias de “ser-conciencia de algo” (3 pág.19)

Mirando el mundo como fenomenólogos no cabe la posibilidad de hablar de una conciencia y un inconsciente al estilo freudiano, es decir, la conciencia como una cosa, como un recipiente, como algo vacío que se llena de diferentes maneras. Pese al uso del término “conciencia inmediata” para traducir el concepto de “awareness”, la comprensión y el desarrollo de este complejo concepto es de una claridad total y permite un análisis fenomenológico exhaustivo y riguroso. Así

lo hacen saber Marcos José Müller Granzotto y Rosane Lorena Müller Granzotto en su libro recientemente publicado en portugués y que aparecerá en breve en español, cuyo título es: *Fenomenología y Gestalt-Terapia* (4). He tenido la oportunidad de leer este texto traducido e ir revisando conceptos básicos que tenía largamente desarrollados en mis antiguos cuadernos café desde antes de 1960

Muy clarificador ha sido el Capítulo 4 llamado “Awareness e intencionalidad”, que es el primer capítulo de la Parte II: “Perls lector de psicología de Gestalt y la construcción de una clínica gestáltica” en la sección que los autores subtítulan: *Relectura fenomenológica de la noción de awareness* (*Ibid*, p. 175).

“Es especialmente en el segundo tomo de la obra Terapia Gestalt que Perls, Hefferline y Goodman (1951) se ocupan de aclarar los conceptos que nombran esa forma peculiar de leer y de articular en los términos de un nuevo abordaje psicoterapéutico, llamado de Gestalt-terapia, la intencionalidad orgánica y la historicidad de nuestra existencia.

El primero de los conceptos aclarados es justamente el concepto de awareness. Sin embargo, a diferencia de lo que acontecía en la obra Ego, hambre y agresión, Perls (1942) –ahora según la redacción de Goodman– no va a discutir el awareness en base a Smuts y Friedlaender. Para comprender en qué sentido el awareness es la vivencia de esa intencionalidad que designa “nuestros problemas” como nuestra intencionalidad orgánica, Perls, Hefferline y Goodman postulan una “fenomenología” que debe describir los “factores” que caracterizan al “awareness” no como una facultad sino como un “estado” (1, p. XII)

Desde entonces la fenomenología pasa a constituirse como la reflexión teórica implementada en la fundamentación de ese nuevo abordaje psicoterapéutico que es la Terapia Gestáltica. Tal abordaje exigió de sus creadores una adecuación al formato trascendental eminentemente procesal del lenguaje fenomenológico utilizado por Perls (1942) en Ego, hambre y agresión. En el libro Terapia Gestalt la noción de awareness es, por lejos, la más empleada. No solamente está integrada a casi todas las otras nociones clave del texto, como se puede reconocer en la definición presentada en la introducción del segundo volumen del libro.

Según Perls, Hefferline y Goodman, el awareness “está caracterizado por el contacto, la sensación, la excitación y por la formación de la Gestalt. Su funcionamiento adecuado pertenece a la psicología normal; cualquier perturbación se pone bajo

el signo de la psicopatología" (1, p. XII. Destaque de los autores).

La segunda parte de esa definición trata de aquello que Perls (1942) ya había comprendido en Ego, hambre y agresión, a saber, que la salud orgánica está directamente relacionada con el flujo del awareness, mientras que las formas de ajuste disfuncional tienen relación con la interrupción de ese flujo. La primera parte, a su vez, se ocupa de sintetizar los aspectos principales del awareness entendida no como facultad sino como proceso o como "sistema awareness" (Ibid, p. 206). En ese sentido, el awareness es presentado como aquello que se da en el contacto, a partir de un sentir, en forma de excitación y en provecho de la formación de "Gestalt".

Pero ¿qué significan los términos contacto, sentir, excitación y formación de "Gestalt"? ¿En qué sentido designan un proceso?" (Ibid, p.175)

Estas preguntas que se hacen los autores de "Fenomenología y Gestalt-Terapia" están absolutamente contestadas en el libro *Terapia Gestalt* (1), por lo menos para aquellos gestaltistas que teníamos una buena formación en Fenomenología y Análisis Existencial. Sería una redundancia extenderme sobre ello, ya que este libro está en todas las bibliotecas de los terapeutas gestaltistas. Desde siempre fue la base que favoreció el desarrollo de esta terapia, aunque no siempre los gestaltistas nos hemos dado el trabajo de insistir en lo que fue aquello que nos hizo comprender y hacer propia la actitud de Perls en la famosa frase de Husserl y Heidegger: "¡A las cosas mismas!", que salvó a toda una generación del "canto de sirenas" del causalismo.

Permanentemente asistimos a procesos en los cuales se produce la famosa sorpresa de un darse cuenta inesperado (awareness), encontramos que ha ocurrido esta condición y en esa secuencia: *Contacto, sensación, excitación* se completó una Gestalt

El enfoque que hemos propuesto para entender el mensaje de las enfermedades y de los síntomas se ha basado estrictamente en la necesidad de favorecer un verdadero contacto de las personas con aquello que les ocurre y sacarlas de la enajenación y la relación causalista y distorsionada de sí mismas.

En el último libro de Jean Marie Delacroix (5), Miriam Muñoz describe bastante bien este trabajo a la luz de la teoría del self, sin embargo no muestra claramente los momentos sucesivos de la secuencia "excitación, estímulo, contacto, emoción y darse-cuentidad (awareness)".

Lo favorable para este trabajo es que el estímulo, la excitación, no vienen desde afuera. Son provocados

por el propio interés de la persona y es estimulada y exigida a estar presente, por el terapeuta. Ya lo hemos descrito muchas veces y Perls lo señaló claramente: las personas hablan de lo que les ocurre –especialmente si es una enfermedad o un síntoma– mediante un "como-sí". Llegan al punto de describir síntomas o supuestas operaciones que les han hecho sin ningún contacto o sensación ligado a aquello. Incluso, profesionales que conocen supuestamente de qué se trata, cuando son ellos los afectados, no establecen una relación vivencial.

Vivencia es traducción del término alemán *Erlebnis*, que significa "experiencia vivida" o "experiencia vivible", con lo cual se designa toda actitud o expresión de la conciencia. Para Dilthey, "Vivencia es, en primer lugar, la unidad estructural de actitud y contenido. Mi actitud perceptiva junto con mi relación con el objeto, es una vivencia, lo mismo que mi sentimiento por algo o mi voluntad para algo. La vivencia tiene siempre certeza de sí misma" (4).

Para Husserl: "En la esencia de la vivencia misma entra no sólo el ser conciencia sino también de que lo es y en qué sentido preciso o impreciso lo es" (3, p. 86)

Cuando "trabajamos" con una persona que se queja de un órgano y logramos que la persona tenga verdadero interés en conocer y saber quién es ese que tiene al frente, que habiendo nacido con ella es un total desconocido, al que con frecuencia cree detestar porque le causa molestias, y lentamente va conectándose y vivenciándose como una persona con esas características, es que ocurren cosas increíbles.

El terapeuta que ha tenido que personificar a ese desconocido ha hecho un "rol-playing" en el que se permitió vivenciar intensamente ese órgano. No estaba repitiendo un discurso, estaba dándose la oportunidad de sentirse el órgano que le había tocado representar sano y cumplir su tarea en ese cuerpo. Si con su voz transmite lo que siente, es posible que la persona empiece a sentir que puede contactarse con aquel desconocido.

Generalmente esperamos que la persona esté verdaderamente interesada en conocer a aquel que no conoce. Sabemos que ese es el estímulo necesario para que escuche. Cuando el encuentro se produce y la persona se da cuenta que ese que tiene al frente es diferente de él mismo, hace cosas que no le gustan o no quiere hacer. A veces hay momentos de "impasse" que siempre se solucionan, porque la misma persona ha logrado vivenciar a ese órgano. Puesta en su lugar, sabe que no puede cambiar su mandato genético: nació sabiendo cuál era su tarea. La persona se conecta con la temporalidad y con la historia y sabe que esto ha ido ocurriendo y cambiando.

Sin una profunda comprensión de la vivencia fenomenológica del tiempo y el espacio vividos, jamás hubiéramos concebido este encuentro como posible y en gran parte sanador e integrador.

REFERENCIAS

1. Perls F, Hefferline R, Goodman P: *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Libros del CTP, Sociedad de Cultura Valle-Inclan, Madrid, 2002
2. Perls F. *Sueños y Existencia* Edit. Cuatro Vientos Santiago, 1974
3. Husserl E. *Fenomenología de la conciencia del tiempo inmanente*. Ed. Nova, Buenos Aires, 1959
- 4a. Müller MJ, Müller RL. *Fenomenología y Gestalt-Terapia*. Summus Editorial, Sao Paulo, 2007
- 4b. Müller MJ y Müller RL. *Fenomenología y Terapia Gestalt*. En preparación, Trad. Renato Tapado. Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 2009
5. Jean Marie Delacroix. *El Encuentro con la Psicoterapia: una visión antropológica de la relación y el sentido de la enfermedad*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 2008
6. Schnake A. *Enfermedad, Síntoma y Carácter*. Ed. Cuatro Vientos y Del Nuevo Extremo, Santiago-Buenos Aires, 2007
7. ——. *La Voz del Síntoma*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 2002
8. ——. *Diálogos del Cuerpo*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 1998
9. Dilthey W. *Fundación de las ciencias del espíritu*. FCE, México, 1944 (p. 31)

ENSAYO

EL JAZZ: UN MODELO PARA EXAMINAR LA PRÁCTICA ANALÍTICA

(Rev GPU 2008; 4; 4: 430-439)

Andrés Correa¹

En el presente trabajo analizo el concepto de estilo analítico, colocando especial énfasis en la naturaleza intersubjetiva de su origen y desarrollo. Antes de entrar en terreno, ligeramente me refiero a la idea de la singularidad de la práctica analítica desde la perspectiva de la persona del analista y cómo, este factor, fue inicial y someramente representado por Freud a través de la imagen del ajedrez. Luego, a partir de algunas de las propiedades que se han descrito como partes de la esencia del jazz: formación del tono y del fraseo, improvisación y swing, trataré de continuar la reflexión iniciada por Ogden (2007) acerca de su concepto de estilo analítico. Con el propósito de darle un orden al desarrollo de esta reflexión, elijo como encabezados tres de los cuatro puntos que Ogden desglosa en su definición del concepto de estilo analítico. Finalmente, apoyándome en el trabajo que ha venido desarrollando el grupo de estudio del proceso de cambio de Boston (BCPSG; 2000, 2002, 2007), intento situar al estilo analítico como un agente mutativo, que en forma independiente al contenido de las intervenciones, también produce cambio.

En la actualidad observamos que el desarrollo de la práctica analítica, lejos de mantenerse en la línea de una técnica *standard*, única y generalizable, se ha diversificado. Tal diversificación pareciera que no responde únicamente a la exigencia que impone la individualidad de cada paciente sino también a la del analista y a la del proceso intersubjetivo que se desarrolla entre ambos. Esta situación hace que nuestra práctica, dentro de ciertos límites, sea infinitamente variable. Sin embargo, a pesar de que existe un cierto consenso acerca de esta realidad, aún sigue siendo poco lo que se ha escrito acerca de esto. Probablemente este hecho

no cause mayor sorpresa, ya que es conocida la tendencia que tenemos los analistas, para aferrarnos a las "teorías oficiales" (Sandler, 1983) de la técnica cuando queremos dar cuenta de nuestro trabajo clínico, inhibiendo, de este modo, la posibilidad de conceptualizar las iniciativas personales que se activan dentro de este campo. Lamentablemente, esta inhibición impide que dichas iniciativas abandonen la oscuridad de su estado embrionario en beneficio de su desarrollo y divulgación. Pienso que esta conducta, en parte, responde al hecho de que en nuestra comunidad la diversidad aún no es lo suficientemente percibida como una propie-

¹ Psicólogo Clínico. E-mail: jacorreamo@gmail.com.

dad valiosa que debe estar presente en la práctica de todo analista. Sin darnos cuenta, tendemos a percibir el aspecto idiosincrático de nuestro trabajo, como un agregado irrelevante que se desvía de la práctica promedio. Por tanto, desconsideramos la necesidad de profundizar en este asunto, perdiéndonos, quizás, una oportunidad para enriquecer nuestra tarea clínica.

¿Será necesario conceptualizar este elemento idiosincrático del proceso analítico? Pienso que sí, ya que a través de ello podemos ofrecer un espacio de significados, para que el analista pueda atreverse a pensar y a incorporar, dentro de su esquema de trabajo, sus raciocinios e intuiciones técnicas más personales. Una manera de reflexionar acerca de esta temática es a través de un contexto metafórico que se ajuste lo mejor posible a esta dimensión del proceso analítico, fomentando, a su vez, un desarrollo conceptual que permita intentar explorar gran parte de sus significados.

Debido a las pretensiones positivistas de la época, el pensamiento psicoanalítico nace acompañado de un sistema metafórico que proviene del mundo de las ciencias naturales. Freud (1912) trató frecuentemente de ilustrar su práctica clínica con imágenes que pertenecen a este mundo científico, que, dada su naturaleza cosificada, éstas nunca logran la suficiente plasticidad para reflejar la cualidad singular y variable de toda práctica analítica. De este modo, cuando quiso referirse al aspecto idiosincrático que está presente en el trabajo psicoanalítico de todo analista, debió en cierta medida abstraerse de su mirada positivista, para apoyarse en imágenes provenientes de otro campo de la actividad humana.

A PARTIR DEL AJEDREZ

Freud (1913), quizás sin darse cuenta, le abre otra puerta al pensamiento psicoanalítico, al traer la imagen del ajedrez. Señala que en el ejercicio del tratamiento psicoanalítico, tal como sucede en el ajedrez, es tan variable lo que ocurre dentro de una sesión, que sólo puede sistematizarse el comienzo y el final de ésta. Sin embargo, da la impresión de que una vez descrito esto Freud abandona este tópico para concentrarse nuevamente en su necesidad de sistematizar la conducta analítica; dice: "La extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas intervinientes, la plasticidad de todos los procesos anímicos y la riqueza de los factores determinantes, se oponen, por cierto, a una mecanización de la técnica... Sin embargo, esas constelaciones no impiden establecer para el médico una conducta en promedio acorde al fin" (1913, p. 125). De este modo, al preocuparse por definir los imperativos técnicos de

neutralidad, anonimato y abstinencia, en torno al ideal metodológico de las ciencias naturales, pienso que Freud, a través de su imagen del ajedrez, sólo reconoce, trivialmente, la faceta singular de toda práctica analítica, reduciéndola en su valor clínico.

Por otra parte, si se "ausculta" el corazón de esta imagen, se puede sentir, tímidamente dentro de ella, el latido del juego, concepción que tiene un enorme valor en el desarrollo posterior de la técnica. Con la noción de juego se insinúa la idea de la improvisación, que naturalmente está presente en la práctica de todo analista. Ahora bien, es probable que Freud haya seleccionado la imagen del ajedrez para destacar su componente altamente "sesudo", fomentando de esta manera la idea de que el psicoanálisis, más que una práctica improvisada es una fría y calculada. Freud generalmente pensó la técnica desde el ángulo de la resistencia, por tanto es posible que haya elegido como imagen un juego competitivo como éste, para también representar las dificultades prácticas a que nos sometemos, cuando este ineludible ingrediente, tarde o temprano, aparece en el paciente. En consecuencia, considero que esta analogía no hace suficiente justicia con la situación analítica, ya que nos lleva a percibirla como una especie de "campo de batalla" (Sanville, J. p. 316), donde la experiencia de la colaboración, dentro de la relación paciente-analista, queda inmediatamente excluida.

Con la llegada del Psicoanálisis infantil el estudio de la técnica se enmarca dentro de la teoría relacional. Dentro de ésta, la noción de juego se expande, abriéndose un camino ancho para que nuevas iniciativas teóricas acerca de la práctica analítica sean desarrolladas. Inicialmente, con Klein (1926), el juego pasa a ser percibido, concretamente, como un recurso técnico que se le ofrece al niño para que pueda "asociar libremente" frente al analista. Sin embargo, la metáfora dominante que está detrás de su modelo técnico no es la del juego sino que la de una madre amamantando a su bebé. Sobre esta analogía tienden a fundarse posteriormente las reflexiones técnicas desarrolladas por sus seguidores. Con Winnicott (1971) el juego adquiere definitivamente la condición de metáfora. Si bien su modelo técnico también se apoya sobre la imagen de la lactancia, él percibe el juego como una función vincular dentro de ésta, que no sólo cumple un rol comunicativo sino que también curativo, tanto o más importante que la función interpretativa. Winnicott, al definir el Psicoanálisis como "una forma de juego altamente especializado, al servicio de la comunicación con uno mismo y con los demás" (1971, p. 65) coloca al juego en el centro de la técnica, fortaleciendo la concepción de que la disciplina psicoanalítica tiene tanto de arte como de ciencia.

El momento en que un analista está más cerca de ser un artista es cuando interviene. La forma de intervenir es un acto creativo que debiera emerger naturalmente de la personalidad del analista. Creo que tenemos que dejar de ver este asunto como un simple elemento decorativo, que está presente en nuestro trabajo clínico y hagamos el esfuerzo de analizar los significados que se pueden hallar contenidos dentro de este fenómeno.

Si se considera el hecho de que la palabra hablada es nuestro vehículo privilegiado para interactuar con el paciente, entonces podemos decir que la forma como articulamos y hacemos sonar las palabras es lo que fundamentalmente nos define, a cada uno de nosotros, como individuos únicos en nuestro modo de trabajar. Pienso que el campo de la música nos ofrece una oportunidad para examinar este asunto, pero dentro de éste destaca especialmente el jazz. Dentro de este género se pueden encontrar ciertas propiedades, que presentan un cierto grado de similitud con algunas características de la práctica psicoanalítica. Si bien esta analogía ya ha sido señalada anteriormente (J.F. Jordán, comunicación personal²), pretendo a través de este artículo desarrollar su significado, con la intención de amplificar y profundizar lo que ya fue ligeramente descrito por Freud, a través de su imagen del ajedrez.

Al igual como ocurre en el ajedrez, las infinitas variaciones que se pueden producir en una sesión de jazz, generalmente, tienden a quedar enmarcadas por un comienzo y un fin, que suele estar relativamente estandarizado. Sin embargo, creo que el jazz como metáfora supera las posibilidades representativas del ajedrez, ya que a diferencia de esta última posee una serie de otros elementos que, a mi parecer, ayudan a capturar de una manera conceptualmente más fina, algo de lo inefablemente idiosincrático que se da dentro del proceder técnico de cada analista.

EL JAZZ Y SU RELACIÓN CON EL ESTILO ANALÍTICO

Sostengo que el elemento estético es uno de los criterios hermenéuticos, con el que una intervención analítica debiera intentar comprometerse para poder ser efectiva. Como dice Beebe (2007), "las palabras no son suficientes, ellas necesitan de la música" (p. 5). El efecto estético que se logra a través del jazz no es tanto por la

belleza del producto sino por la inmediatez emocional de quien lo produce. De este modo, se puede decir que "la belleza de la música del jazz es más de tipo ético que... estético" (Berendt, J. 1998, p. 263). Entonces, el *quid* del asunto no está en el contenido de la música, sino en la novedosa y genuina forma de expresarla. En otras palabras, lo importante no es el qué se toca sino el cómo se toca.

Actualmente, en psicoanálisis, la concepción de que el estado afectivo del analista está permanentemente develándose, parece ser un hecho cada vez más aceptado como algo ineludible. Se percibe como algo automático, muchas veces no consciente, que se escurre sutilmente a través de los aspectos no verbales, pero también verbales del comportamiento del analista. Pienso que esta clase de develamiento es parte importante de lo que se denomina el "estilo analítico" de la persona del terapeuta. Este concepto habitualmente ha sido utilizado para describir la manera singular que tiene cada analista de dialogar con el paciente. Sin embargo, no sólo debiera concebirse como algo inevitable sino también como algo necesario, ya que a través de éste, la intervención analítica adquiere el carácter personalizado que garantiza su credibilidad frente al paciente.

Lieberman D. (1974) parece ser el primero en hablar y desarrollar el concepto de "estilo". Según él, el analista debiera evaluar e identificar el estilo comunicativo del paciente, para deliberadamente definir un estilo terapéutico que permita mitigar, de una manera indirecta, el efecto obstructivo de las resistencias del paciente. Desde esta perspectiva, el estilo parece percibirse como una categoría técnica, que se dispone a priori, dentro de la estrategia que el analista adopta para facilitar el diálogo con el paciente. En este sentido, el estilo pareciera definirse casi exclusivamente desde la perspectiva del paciente.

Ogden (2007), al contrario, desde una visión intersubjetiva de la pareja analítica, plantea y desarrolla el concepto de "estilo analítico" como una cualidad necesariamente emergente del mundo personal del analista, que activamente se hace presente en la relación con el paciente. Menciona cuatro elementos, de los cuales nace la singularidad que diferencia un estilo analítico de otro: La capacidad del analista para 1) "hablar desde las cualidades únicas de su personalidad..."; 2) para usar "su propia experiencia como analista, analizado, padre, niño, esposo(a), profesor, estudiante..."; 3) para atreverse a "pensar de una manera que es independiente de su analista, supervisor, colegas y sus antecesores..."; y por último, 4) para "inventar un psicoanálisis fresco con cada paciente..." (p. 1186). Al hablar de "estilo

² Esta idea fue mencionada por J.F. Jordán en su artículo no publicado "Commonsense and Nonsense in Psychoanalytic Practice" presentado in the 43rd IPA International Congress. New Orleans, March, 2004.

analítico”, Ogden intenta darle mayor identidad psicoanalítica al significado del concepto de estilo; dice: “el término estilo analítico... pone igual énfasis en la palabra analítico como en la palabra estilo. No todo estilo que un analista adopta es analítico y no toda forma de practicar psicoanálisis lleva la marca única (el estilo) del analista” (p. 1185). Según él, el estilo individual aporta la forma y el color específico al método analítico, pero este último al ser analítico, hace que el estilo, por individual que sea, sea siempre analítico.

Ogden, a partir del concepto de “verdadero self” de Winnicott (1960), resalta lo genuino y lo vivo como dos cualidades fundamentales que debieran estar presentes en la especificidad de cada estilo analítico.

Apoyándome en algunas de las propiedades que se han descrito como parte de la esencia del jazz; formación del tono y del fraseo, improvisación y swing, trataré de continuar la reflexión iniciada por Ogden acerca de su concepto de estilo analítico. Con el propósito de darle un orden al desarrollo de esta reflexión, elijo como encabezados, tres de los cuatro puntos que Ogden desglosa en su definición del concepto de estilo analítico. Decidí omitir el segundo, ya que considero que éste puede incluirse dentro del primero. Finalmente, a partir del trabajo iniciado por el Grupo de estudio de procesos de cambio de Boston (BCPSG; 2000, 2002, 2007), intento situar al estilo analítico como un agente mutativo, que en forma independiente al contenido de las intervenciones, produce cambio.

La capacidad del analista para hablar desde las cualidades únicas de su personalidad

Se dice que el músico de jazz, en su búsqueda del sonido, se rige por un criterio expresivo desde el cual funda la estética de éste (Berendt J. p. 262). La formación del tono (sonoridad) y el fraseo son dos elementos jazzísticos, a través de los cuales el músico refleja la originalidad de su estética. Se trata de dos componentes de naturaleza idiosincrática, que al extrapolarlos a nuestro terreno podrían ayudar a enriquecer la definición del concepto de estilo analítico. La formación del tono podría hacer hincapié en el aspecto fonológico y sonoro de nuestras intervenciones, mientras que el concepto de fraseo pudiera tener que ver, probablemente, con los matices de individualidad, que se destacan en las formas conceptuales y sintácticas que elegimos para nuestras intervenciones. Ambos elementos, en el jazz, parecen responder al estado emocional en que se encuentra el músico durante el momento de su ejecución. Esta estrecha conexión con el presente emocional es lo que hace que el músico de jazz se comporte simultá-

neamente como un intérprete y compositor de la música que ya ha sido compuesta por otro. Por lo tanto, cada vez que interpreta un tema no busca repetirlo sino que recrearlo de acuerdo a la manera de cómo lo siente cuando lo toca. Esta propiedad es lo que determina que en esta clase de música, persona e intérprete sean dos cosas inseparables. De acuerdo a esta concepción, podemos decir entonces que el estilo analítico, no sólo es una estrategia para adaptarse al estilo comunicativo-defensivo del paciente, como pensaría Liberman (1974), sino que también es un medio a través del cual el analista implícitamente expresa lo original de sí mismo.

Sabemos que nuestra práctica se organiza en torno a un método, el cual posee, diría yo, una cara invisible y otra visible. La invisible corresponde a la cualidad de “atención parejamente flotante” (Freud, 1912) que está presente en la actitud mental, a la que dentro de nuestra consulta nos entregamos de una manera relativamente homogénea todos los analistas. Esta cualidad, a mi modo de ver, representa el elemento técnico, que histórica y universalmente ha sido reconocido como la “marca registrada” del método propiamente psicoanalítico. La cara visible, por otro lado, corresponde al estilo que se refleja en la forma específica de intervenir de cada analista. Este elemento, necesariamente heterogéneo, se expresa cuando el analista pasa de monologar a dialogar con el paciente.

La naturaleza de todo estilo analítico está en cierta medida influenciada por el(los) estilo(s) analítico(s) que ya ha(n) sido patentado(s) por otros. Preferentemente, por aquellos que ocupan o han ocupado un lugar destacado en la historia del psicoanálisis y en la mente del analista que está bajo el influjo de éstos. Sin embargo, para que este influjo tenga verdadero valor terapéutico, es necesario que éste pase, una y otra vez, por el cedazo de la individualidad del analista.

Bollas (1989) plantea que cada analista debiera tener su propio “idioma” para comunicarse con el paciente, ya que a través de éste el analista se instala como un sujeto animado en la relación con él, que no sólo transmite contenidos ideativos sino que, implícitamente, también dice quién es. La manera en cómo usa el lenguaje puede ser un acto de individualidad por parte del analista, que lo revela como alguien único y vivo, dentro del relativo anonimato al que tradicionalmente lo convoca su discreta posición de observador. De este modo, la técnica cobrará sentido si es sentida, antes que nadie, por el analista y tendrá más credibilidad, si es que se encuentra “tamizada” por la personalidad de éste, permaneciendo invisible su naturaleza mecánica ante el paciente. En este sentido, el estilo analítico no es simplemente el reflejo de la personalidad del analista

sino que, más bien, el de una técnica encarnada por dicha personalidad. Ahora bien, ¿cómo es que técnica, un elemento mecánico y anónimo, interactúa con el estilo, un elemento vivo y singular?

La capacidad del analista para pensar de una manera que es independiente de...

En psicoanálisis el aprendizaje de la técnica sigue el camino de la tradición, se transmite oficialmente, con unas mínimas variaciones, de generación en generación. Sin embargo, como ya se ha señalado, en la práctica real probablemente las variaciones son cuantitativa y cualitativamente más significativas de lo que realmente nos enteramos.

En el jazz existe el concepto de “variación” para referirse a un novedoso trozo de composición, que de una manera improvisada emerge dentro de la interpretación que el músico realiza de una composición musical que no es suya. Este concepto de variación en el jazz está estrechamente conectado a la idea de estilo. Es decir, con su estilo (tono y fraseo), el músico no sólo da, a la composición ajena, una mano de barniz que revitaliza su estética sino que, además, se sumerge afectivamente dentro de ésta y la altera. Esta concepción de estilo proveniente del jazz me lleva a pensar la idea del estilo analítico, como un elemento, con el cual cada analista con su individualidad “oxigena” la técnica, al mismo tiempo que la altera. De este modo, creo que el concepto de “variación” puede sernos útil para referirnos a las alteraciones creativas de la técnica *standard*, que por medio de la improvisación un analista produce con su estilo.

En toda sesión de Jazz se da un proceso dialéctico entre la tradición y la improvisación musical, mediante el cual con el segundo elemento el músico, si bien se mantiene en contacto con el primero, busca reformularlo a su manera. De este modo, técnica y estilo parecen ser dos elementos inseparables, que mutuamente, sin necesidad de anularse, se transforman el uno al otro. Ahora bien, ¿en qué contexto analítico podrá desarrollarse fluidamente una dialéctica de este tipo? Cuando hablamos de contexto analítico habitualmente nos referimos a un espacio interactivo, que tiende a estar enmarcado por una serie de condiciones, entre las cuáles tradicionalmente se han destacado los principios de abstinencia y neutralidad (Freud 1913).

Creo que existe cierto grado de incompatibilidad entre la estrecha libertad que se tiende a experimentar, cuando se está bajo el reinado de estos principios y la sensación de apertura, necesaria para la emergencia natural de un estilo analítico. Para desarrollar esta idea

esgrimiré argumentos provenientes del proceso creativo en que se sustenta el jazz.

La simultaneidad entre la composición y la interpretación, observable en la improvisación de jazz, refleja una comunión “libremente flotante” entre sentimiento y acción, que naturalmente rompe, por así decirlo, con el principio de abstinencia. Si bien el analista no debe prescindir absolutamente de éste, sí creo que debiera hacerlo relativamente. De este modo, se sentiría un poco más libre para dejarse llevar por una especie de lenguaje divagatorio, donde el vagabundeo privado de su pensamiento pueda levemente escurrir hacia afuera mediante frases dichas “al voleo”, sin mucho cálculo de por medio. Pienso que un lenguaje de este tipo promueve el desarrollo de una cualidad conversacional y levemente accidental, que no sólo favorece el devenir espontáneo del flujo asociativo de la dupla sino, también, la co-construcción de un estilo analítico que los junte en un mismo dial.

Una relación como ésta tiene en cuenta la noción de *enactment*, como un ingrediente necesario para facilitar la emergencia y evolución del propio estilo analítico. El punto de vista del *enactment* como un agente necesario dentro del proceso, se funda en la concepción de que existen elementos inconscientes, que no pueden ser recordados en forma cognitiva sino solamente en forma experiencial (Bollas, 1987), como trozos de memoria procedural que sólo devienen visibles en la conducta automática del paciente y del analista. De este modo, el *enactment* se convierte en un medio óptimo para poder detectar e investigar dichos elementos procedurales, que inadvertidamente se van incorporando dentro del estilo analítico adoptado frente al paciente.

Pienso que un analista que asume y valora esta concepción del *enactment* tiende a sujetarse con menos fuerza del principio de abstinencia, promoviendo que las diversas versiones relacionales, proceduralmente archivadas dentro de sí, emerjan relativamente libres en la superficie de la relación, ampliando la diversidad del estilo analítico que él va desarrollando dentro de las sesiones. Se puede decir entonces que la improvisación supone una vía de conocimiento procedural, donde parece darse una especie de reflexión en acción, en la que los modelos de trabajo que posee el analista son ligera o radicalmente modificados durante la sesión (Binder, 2005).

Esta clase de actitud analítica no supone una improvisación azarosa sino que una apoyada en la historia y tradición psicoanalítica. En el jazz existe el concepto de “*head – arrangement*” para referirse a “la continuidad y facilidad del paso de la improvisación a la reimprovisación, con el arreglo de por medio como eslabón”

(Berendt J. 1998, p. 279). Extrapolándolo a la situación analítica, podemos decir que lo que improvisamos dentro de la sesión siempre lo hacemos a partir de los “arreglos técnicos” que hemos heredado de nuestros antecesores. En este sentido, la técnica siempre es alterada pero nunca inventada. Las variaciones pueden ser sistematizadas fuera de la sesión como un arreglo, sobre el cual se reimprovisará en la próxima sesión y así sucesivamente. De este modo, no hay improvisación totalmente pura, si bien se crea algo nuevo, se crea, a partir de la interpretación de un estilo ya existente, otra manera necesariamente incompleta de trabajar las cosas.

Inicialmente, para orientarnos con el paciente, tendemos a seguir una línea técnica previamente conocida, pero en el transcurso de la sesión creo que vamos intuitivamente realizando variaciones personales, con la finalidad de ajustar el estilo a la especificidad del momento analítico. En ocasiones éstas variaciones, sin que nos demos cuenta, dan forma a una original manera de intervenir. De este modo, la improvisación, en sus dos direcciones –la invención de algo nuevo y la interpretación de algo ya existente– no busca una ruptura total con lo establecido sino que quiere verlo diferente, quiere re-hacerlo de acuerdo a lo que espontáneamente va apareciendo sobre la marcha.

En el momento en que se desarrolla una variación, la presencia mecánica y anónima de la técnica deviene viva y personalizada por la presencia del estilo. Una variación técnica refleja la personalidad involucrada del analista y, probablemente, gran parte de la eficacia terapéutica de una intervención se deba a ello. Por tanto, la validez terapéutica de una variación debe quedar sujeta al momento y contexto donde ésta surgió, evitándose su masiva generalización. En términos del jazz, diríamos: “lo improvisado queda unido a quien lo improvisó. No puede separarse de él y entregarse... por escrito a un tercero o cuarto músico para que lo toque. Si se hace esto pierde su carácter y no queda más que la desnuda fórmula de las notas” (Berendt, 1998, p. 273).

En este sentido, para el músico de jazz la fidelidad a sí mismo es más importante que la fidelidad al compositor que se recrea durante la ejecución. Cuando aparece un novedoso y atractivo estilo de “sonido y fraseo” los otros músicos parten de éste, no para imitarlo sino que para recoger de él algunos elementos que le sirvan de apoyo y resorte para sus improvisaciones. En cambio, cuando aparece una nueva y eficaz forma de intervenir en psicoanálisis ésta corre el riesgo de convertirse en una técnica que tiende invariablemente, como un libreto, a repetirse de analista en analista. De este modo, gran parte de nuestro estilo suele ser, muchas veces,

apenas una tímida variación del original estilo analítico que ha sido desarrollado por otros.

Inventar un psicoanálisis fresco con cada paciente...

En la sesión de jazz el acto de improvisación genera entre los músicos una transfiguración común. De acuerdo a esta concepción, diríamos que el analista debe estar dispuesto a recrear las tradicionales formas de trabajar, no sólo por fidelidad a su manera de ser sino también por fidelidad a la manera de ser del paciente y al proceso intersubjetivo que se desarrolla entre ambos. De este modo, la tarea de renovar la práctica, debe ser hecha una y otra vez, con cada uno de los pacientes (Bion, 1977, Ogden, 2007)

El principio de neutralidad al que tradicionalmente estamos comprometidos como analistas, debiera dirigirse fundamentalmente a neutralizar la atracción que suelen tener ciertos modelos de trabajo analítico dentro de nuestra cabeza. Al adoptar una atención “teóricamente flotante” podemos ir espontáneamente reformulando el estilo analítico de acuerdo a las características intersubjetivas de cada encuentro analítico. Una de las virtudes del jazz está en su propiedad combinatoria. Es una música que está permanentemente entrando y saliendo de sí misma para diversificarse en sus posibilidades creativas. Al explorar y fusionarse con otras corrientes musicales, el jazz está constantemente ampliando su horizonte. Cada encuentro analítico involucra dos estilos, los cuales deben libremente combinarse para dar lugar a uno nuevo, acorde a la situación del aquí-ahora. Ahora bien, ¿qué rol deberá ocupar el analista dentro de este proceso combinatorio?

Todo grupo de jazz consta de dos secciones: sección rítmica y la sección melódica. La rítmica generalmente hace de soporte para los solos de la melódica. Siguiendo esta línea metafórica, pienso que el analista debe encargarse de cuidar “los ritmos del diálogo” (Jaffe y Feldstein, 2001), improvisando su modo de hablar al borde del flujo melódico del paciente, sin interrumpirlo. De esta manera, creo que el analista debe actuar como un instrumento de acompañamiento, que discreta y lateralmente va intercalando sus notas para favorecer el curso natural de la corriente asociativa, que espontáneamente se va trazando en el relato del paciente.

Cuando analista y paciente crean juntos el diálogo asociativo, logrando al mismo tiempo dejarse llevar por la inercia del movimiento de éste, se desarrolla una experiencia emocional y estética, que podría homologarse a lo que en el jazz se describe como *swing*. Concepción que es utilizado para hacer referencia al “ambiente

rítmico peculiarmente flotante” (Berendt, J. 1998, p. 332) que envuelve a los músicos, cuando, inspirados a partir de un sentimiento compartido, experimentan una fuerte sensación de comunidad y libertad musical. Este concepto puede ser útil para conceptualizar los momentos en que la interacción analítica parece balancearse armónicamente, permitiendo que la labor se desenvuelva con vida propia, fuera del esfuerzo voluntario de sus participantes. En estos momentos parece desarrollarse, en el nivel procedural y fisiológico de la pareja analítica, una suerte de “tercer ritmo” (Benjamin, J. 2002) donde paciente y analista conversan al ritmo de una misma “respiración”.

Bollas (1987) sugiere una actitud analítica, que parece ser fomentadora y fomentada por un contexto interactivo de esta naturaleza. Plantea que intercalando dentro de la tradicional secuencia terapéutica de asociación–interpretación, momentos de asociación– se fomenta una “mutualidad analítica” (p. 92), donde el paciente y analista, tal como sucede en el jazz, entran juntos en un acto de improvisación colectiva, generando un clima de horizontalidad creativa en el trabajo analítico. Se da una especie de juego asociativo “entre el preconscious del analista y el inconsciente del analizando” (p.117), donde las mutuas asociaciones funcionan como un conjunto de ideas sueltas, que paulatinamente, se van articulando en una interpretación. En otras palabras, la manera de frasear del analista se va sutilmente entretejiendo con la manera de frasear del paciente.

Pero el analista, dentro de su estilo, no sólo debe preocuparse por el aspecto semántico (fraseo) sino que también del fonológico (sonoridad) de su comunicación, dejando que la palabra, en su justa medida, fluya con el sonido del afecto. Ésta es una manera implícita de incorporar la dimensión sensorial de los afectos. Ello no supone en el analista una conducta emocional evacuativa sino que “asociativa”. Bollas (1989) dice: “es indudable que la voz del analista es portadora de sentimientos... pero no creo que esos sentimientos sean descargas afectivas o migraciones fuera de lugar de la personalidad del analista... Me parece que este uso del sentimiento es una provisión de asociación afectiva al material del paciente”, para permitir “el flujo de sentimientos” (p. 102). Con ello da la impresión de que Bollas, siguiendo a Winnicott (1965), intenta iluminar detrás de la faceta analizadora, la dimensión facilitadora de la intervención analítica, fortaleciendo aún más su utilidad clínica. Parece advertirnos que debido a una errónea comprensión del principio de abstinencia corremos el peligro de utilizar un lenguaje desafectado, que frena la posibilidad de que un paciente manifieste y desarrolle la variada potencialidad de su vida

emocional, que necesita ser no sólo simbólica sino que también concretamente reconocida por el sonido de la palabra del analista. Este último elemento es una condición necesaria para el desarrollo del *swing*.

El *swing* conlleva dentro de sí un juego dialéctico, entre estados de tensión y distensión, que aporta fluidez y placer a la situación de trabajo analítico. El placer y el relajo parecen ser una condición de vida necesaria para el proceso creativo de los músicos de jazz. En psicoanálisis, el ideal de relajo en la actitud analítica, aparece inicialmente promovido por Freud (1912) con su concepción de la “atención parejamente flotante” y posteriormente revitalizada por Bion (1962) a través de su concepto de “*reverie*”. Sin embargo, parece ser Winnicott (1953) quien, por medio de su concepción del juego, describe dentro de la práctica analítica una especie de “lúdica seriedad”, que pareciera emerger en el contexto intersubjetivo del proceso analítico. Más tarde, Ogden (1994) con su concepto de “tercer analítico”, integra la noción de “*reverie*” de Bion (1962) con el de “zona intermedia” de Winnicott (1953), describiéndolo como un espacio de juego donde se superponen los estados de *reverie* del paciente con los del analista (Ogden, T. 2002). De este modo, el estilo analítico como una propiedad emergente de la conducta del analista está destinado a evitar que la experiencia de autenticidad y fresca languidez dentro del proceso.

EL VALOR TERAPÉUTICO DEL ESTILO ANALÍTICO

El estilo analítico ha sido habitualmente considerado como uno de los “factores inespecíficos” de la teoría del cambio. Suele percibirse como una faceta de la práctica, que está relacionada a la forma más que al contenido de la intervención del analista, que indirectamente está dirigido a reducir la resistencia del paciente para promover su capacidad receptiva (Lieberman, 1974). Sin embargo, parece que la forma como decimos las cosas posee un ingrediente terapéutico que va más allá de su efecto facilitador.

El grupo de estudios del proceso de cambio de Boston (BCPSG, 2000) ha desarrollado una teoría acerca de la acción terapéutica implícita, a partir del supuesto de que “algo más que la interpretación es necesario para producir cambio en el tratamiento psicoanalítico” (en Beebe, 2007, p. 7). Quisiera mostrar cómo algunos de los conceptos centrales de esta teoría están estrechamente relacionados con la idea de la improvisación y el *swing*.

Si se considera que el estilo analítico es una cualidad del mundo relacional del analista, que espontáneamente emerge a partir del contexto intersubjetivo que

se da en la situación analítica, se puede decir entonces que, en gran medida, su actividad forma parte del “conocimiento relacional implícito” (Lyons Ruth, 1998). Concepto que el Grupo de Boston utiliza para referirse a una especie de saber procedural, no pensado, que indica al analista el camino relacional a seguir con el paciente.

Esta clase de conocimiento es de naturaleza emergente, puede adquirirse solamente a través de un proceso de improvisación en el que el analista va implícitamente, “paso a paso”, tratando de encontrar la modalidad interactiva que resulte más coherente para la diada (BCPSG, 2002). Las posibilidades emergentes de este conocimiento pueden verse frenadas por el reglamento de la abstinencia, ya que éste, por esencia, fuerza a que la energía psíquica del analista se exprese exclusivamente por la vía del pensamiento, generando de este modo una fuerte corriente intelectual que privilegia la interpretación por sobre la acción (BCPSG, 2007). Para evitar esta situación, el grupo de Boston parte de la base de que las dificultades, a las que el analista se ve inevitablemente enfrentado cuando quiere conocer la mente del paciente, provocan que el proceso analítico sea necesariamente “sucio”. En este sentido, sostienen que por momentos la presencia natural de los errores interactivos por parte del analista parece ser el único medio para acceder a la mente del otro. Justamente a través de éstos, plantean ellos, se abren oportunidades de renegociación en el vínculo analítico, que permiten crear nuevos estilos de interacción, que al mismo tiempo que favorecen el intercambio, enriquecen el mundo relacional tanto del paciente como del analista (BCPSG, 2002). De este modo, se puede decir que el estilo analítico se va organizando implícitamente, de acuerdo a una secuencia que se asemeja bastante a la de la improvisación – arreglo–reimprovisación que se ha descrito en el jazz.

El “conocimiento relacional implícito” se desarrolla en paralelo al conocimiento simbólico. Si bien ambos conocimientos se cruzan e influyen mutuamente, nunca es posible que se sustituyan completamente el uno al otro (Lyons Ruth, 1999, p. 4-5). En forma permanente y paralela a su trabajo interpretativo, el analista va negociando su estilo analítico dentro del campo intersubjetivo, para crear estilos de diálogo cada vez más colaborativos (Lyons-Ruth, 1999) Si bien éstos favorecen el trabajo a través de la palabra, también generan nuevas formas de “estar con”, que tanto paciente como analista van implícitamente asimilando.

Este Grupo de Boston sostiene que el inconciente dinámico se aloja en el nivel superficial de la relación analítica. Por tanto, plantean que inicialmente, a través

de la experiencia relacional, parte de los conflictos del paciente se reorganizan implícitamente, sin que previamente haya sido necesario el análisis explícito de éstos (BCPSG, 2007). Esta situación pienso que sitúa al estilo analítico como un elemento que, por sí mismo, es mutativo. Si bien esta idea amplía y enriquece la tradicional concepción de la cura por la palabra, no convierte al estilo analítico como un agente de cambio, que ocupa un lugar privilegiado, sobre la acción terapéutica que le corresponde al contenido de la interpretación (BCPSG, 2000). Con ella sólo se pretende rescatar los elementos implícitamente relacionales que están presentes y producen cambio a través de la forma de interpretar.

Para el grupo de Boston (2000), el centro desde donde se impulsa el cambio relacional implícito se sitúa en lo que ellos han llamado el “momento de encuentro”. Durante éste, paciente y analista se ensamblan de una manera tal, que ambos llegan a vivir la experiencia de que el conocimiento de sí mismo está estrechamente relacionado con la manera en cómo uno es conocido por el otro. En estos “momentos de encuentro” se dispara una sensación de fertilidad psíquica, donde se amplifican los signos, aumenta el flujo de energía y se expanden las capacidades, reorganizándose y revitalizándose la experiencia del *self*, en ambos miembros de la pareja. Esta experiencia relacional es, a pesar de nuestros esfuerzos por capturarla a través de las palabras, en gran medida indescriptible. En el mundo del jazz esta experiencia es homologable al *swing*, fenómeno que también posee una naturaleza inefable; tanto es así, que cuando se ha intentado anotarlo en una partitura sólo se ha conseguido “un miserable esquema de lo que se escucha en la realidad” (Berendt, J. p. 338).

El conocimiento implícito acerca de cuál es el ritmo adecuado, en una sesión de jazz, emerge gracias al *swing*. Cuando una banda de jazz tiene *swing* los músicos sienten y saben, en el mismo instante, la nota que deben tocar. Esta precisión no se adquiere por una tradición académica sino que por medio de un estado de íntima comunión afectiva que se logra de una manera natural y suelta. El conocimiento que tiene un analista, acerca del momento oportuno para hacer la interpretación parece también responder a esta cualidad que se describe a través del *swing*.

COMENTARIOS FINALES

El hecho de que la práctica psicoanalítica tienda a desarrollarse en la frontera que separa a la ciencia del arte es lo que ha generado los mayores dolores de cabeza para aquellos que ambicionan conseguir el estatus científico.

co para esta disciplina. Pienso que es conveniente que asumamos esta frontera como nuestra residencia y la concibamos como una “barrera de contacto”, a través de la cual ambas actividades puedan simultáneamente separarse y mezclarse.

Considero que dentro del terreno del arte y del juego tenemos la posibilidad de encontrar imágenes de mayor precisión metafórica, para dar cuenta de aquellos elementos de la experiencia psicoanalítica, que sólo débilmente pueden ser representados por las imágenes mecánicas que provienen del mundo científico. Uno de estos elementos es el de estilo analítico.

Freud, quien a lo largo de su obra luchó por enterrar la bandera del psicoanálisis sobre territorio científico, tuvo que necesariamente salirse de ruta y robarle la imagen del ajedrez al mundo del juego para referirse a este aspecto de la práctica analítica. De este modo, se puede decir que Freud a través de esta imagen fue quien sembró, aunque sin premeditación, la semilla del concepto de estilo analítico. Con Klein (1926) el psicoanálisis da pasos sólidos dentro de este terreno, al proponer el juego como una herramienta técnica dentro del análisis de niños. Sin embargo, con Winnicott (1971) la sustancia del juego deja de ser concebida como una herramienta entre otras y pasa a percibirse como un enfoque técnico, que no se limita exclusivamente al trabajo con niños sino que se extiende, inundando todos los terrenos etarios que cubre la práctica analítica. Gracias a este enfoque el esqueleto en que se sostiene nuestra técnica gana elasticidad y soltura en sus movimientos. El concepto de estilo, que de hecho se halla potencialmente incluido dentro de la esencia de esta concepción, adquiere vitalidad y valoración. Dicho sea de paso, en el idioma francés la noción de estilo es una de las acepciones de la palabra *jeu*, que significa juego (Caillois R. 1967).

Las infinitas variaciones que se pueden producir en las jugadas del ajedrecista parece que tienen que ver con microprocesos de ajuste entre el analista y paciente. El principio competitivo que está detrás del juego del ajedrez no calza bien con el principio de coordinación mutua, que formulan los actuales investigadores que se han dedicado a estudiar los procesos de cambio terapéutico (BCPSG; 2000, 2002, 2007), a partir de la observación de las interacciones madre-bebé. Este principio de la mutua coordinación probablemente tiende a representarse mejor a través de otras imágenes. Yo escojo la del jazz, puesto que considero que ésta tiene ciertas propiedades (formación del tono y del fraseo, la improvisación y el swing) que me ayudan a profundizar en el concepto de estilo y a reubicarlo dentro del campo de la técnica.

El analista a través de su fraseo evita la manera estereotipada de hablar, intentando, a partir de las unidades y reglas del lenguaje, armar frases que nunca antes han sido formuladas y que tal vez nadie volverá a formular después, porque, si es congruente consigo mismo, sólo pueden ser dichas por él. Durante años los analistas hemos obrado con el supuesto de que existe una continuidad directa entre el comprender y el comunicar, restándole valor a este segundo elemento de nuestro método de trabajo (Ortiz, 2002). Creo que es necesario mantener en consideración este ingrediente, ya que, junto a Ogden (2007), pienso que el paciente podrá hacer uso psicológico de lo dicho por el analista, siempre y cuando se “sienta conocido por el analista de una manera en que nunca antes ha sido conocido” (p. 10).

La improvisación, otra propiedad que nos ofrece esta imagen, sirve para destacar la naturaleza emergente del estilo analítico, permitiendo entenderla como una cualidad relacional que se va, dentro de la intersubjetividad analista-paciente, implícitamente organizando en la conducta del analista. Concebido así, se puede decir entonces que el estilo analítico puede ser, a posteriori, parcialmente concientizado y eventualmente explicitado. La tradicional actitud técnica fundada en la abstinencia puede socavar las posibilidades cognoscitivas de la improvisación. Si pensamos que los afectos devienen evidentes en el cuerpo, se puede inhibir el reconocimiento de éstos, en la medida en que se frene mucho su expresión corporal. Con ello no estoy defendiendo la necesidad de una conducta emocional evacuativa sino que, más bien, una “asociativa” (Bollas, 1989).

En tercer lugar, destaco el concepto de *swing* para referirme al elemento mutativo, que se activa en la matriz intersubjetiva dentro de la cual el analista recrea su estilo analítico, materializándose en lo que se ha denominado “momentos de encuentro” (BCPSG; 2000). En dichos momentos se produce una reorganización implícita de la relación analítica que tiene efectos mutativos, tanto dentro del mundo relacional del paciente como del analista.

Finalmente, quisiera terminar con estos comentarios señalando que probablemente existen muchos otros elementos de nuestra conducta analítica que parecen actuar de una manera implícita, fuera del campo de nuestra atención y reflexión consciente, perdiéndonos con ello valiosas oportunidades de conocer mejor nuestro instrumento de trabajo. Entonces, nos queda todavía mucho trabajo por delante, ya que, como dice Bollas (1989): “buena parte de lo que ocurre en un análisis” aún “no ha sido formulada ni pensada...” (p.31).

REFERENCIAS

1. Beebe B. (2007) Preface for: *On Intersubjective Theories: The implicit and the explicit in Interpersonal Relations*. Carli L, Roldini C (Eds.)
2. Benjamin J. (2002) "The rhythm of Recognition". *Psychoanalytic Dialogues*, 12: p. 43- 53
3. Berendt J. (1998) "El Jazz: de Nueva Orleans a los años ochenta", Fondo de Cultura Económica, México
4. Binder JL. (2005) "Competencias clave en psicoterapia breve dinámica. La práctica clínica más allá del manual". Reseña de Hernán Álvarez. *Rev Aperturas Psicoanalíticas* N° 20
5. Bion W. (1962) "Aprendiendo de la experiencia". Ed. Paidós, Buenos Aires
6. ——. (1977) "La tabla y la cesura". Ed. Gedisa, Buenos Aires
7. Bollas C. (1987) "La Sombra del objeto". *Psicoanálisis de lo sabido y no lo pensado*, Amorrortu editores, Buenos Aires
8. ——. (1989) "Fuerzas de destino". Amorrortu Editores, Buenos Aires
9. Caillois R. (1967) "Los juegos y los hombres". Ed. Fondo de Cultura Económica, México
10. Freud S. (1912) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". En: *Obras Completas*, Vol. XII. Amorrortu editores, Buenos Aires
11. ——. (1913) "Sobre la iniciación del tratamiento". En: *Obras Completas*, Vol. XII. Amorrortu editores, Buenos Aires
12. Jaffe J, Beebe N, Feldstein S, Crown CL, Jasnow M. (2001) "Rhythms of dialogue in infancy". *Monographs of the society for research in child development*, 66 (2 serial N° 264)
13. Klein M. (1926) "Principios Psicológicos del análisis infantil", en *Obras Completas*, Vol. 1. Ed. Paidós, Buenos Aires
14. Liberman D. (1974) "Complementariedad estilística entre el material del paciente y la interpretación". *Revista de Psicoanálisis APA* 31 ½, p. 201-224
15. Lyons-Ruth K. (1999) "The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergente of new forms of relational organization". En: *Psychoanalytic Inquiry: A Topical journal for Mental Health Professionals*, vol. 19, N° 4, p. 576-617
16. Ogden T. (1994) "The personal isolation: the breakdown of subjectivity and intersubjectivity. E subjects of Analysis". Northvale, NJ: Jason Aronson. Pag 167-183
17. ——. (2002) "El trabajo psicoanalítico en la frontera del sueño". *Rev De Psicoanálisis* LIX, Vol. 3, p. 557-569
18. ——. (2007) "Elements of analytic style: Bion's clinical seminars". En: *International Journal Psychoanalysis* 88: 1185-1200
19. ——. (2007) "This art of Psicoanálisis: dreaming undreamt dreams and interrupted cries". En: *This Art of Psychoanalysis*
20. Ortiz E. (2002) "Las palabras para decirlo. Un enfoque intersubjetivo de la comunicación en Psicoterapia". En: www.aperturas.org
21. Sander L. (2002) "Thinking differently: Principles of process in living systems and the specificity of being known". *Psychoanalytic dialogues* 12 (1): 11-42
22. Sandler J. (1983): "Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice". *Int J Psycho-Anal* 64, 35-45
23. Sanville J. (1991) "El Espacio de Juego en la terapia Psicoanalítica". Ed. Lumen, Buenos Aires
24. Stern D, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, Bruschiweiler-Stern N, Tronick E. (2000) "Mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica". En: *Libro anual de Psicoanálisis 2000*, XIV, p. 207-225
25. ——. (2002) "Explicating The Implicit". En: *Internacional Journal of Psychoanalysis* 83, p. 1051-1062
26. ——. (2007) "The foundational level of psychodynamic meaning". En: *International Journal of Psychoanalysis* 88, p. 843-860
27. Winnicott D. (1953) "Objetos transicionales y fenómenos transicionales". En: *Realidad y Juego*. Ed. Gedisa, Buenos Aires
28. ——. (1965) "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador". Ed. Paidós, Buenos Aires
29. ——. (1971) "Realidad y Juego". Ed. Gedisa, Buenos Aires

ENSAYO

ALGUNAS POSIBILIDADES DEL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO RELACIONAL CON EL CUERPO Y LA CORPORALIDAD

(Rev GPU 2008; 4; 4: 440-453)

André Sassenfeld¹

En contribuciones anteriores he intentado comenzar a articular un marco conceptual general para comprender teórica y clínicamente el cuerpo y la corporalidad desde una perspectiva relacional (Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b). Este marco de referencia integra conceptos provenientes de campos de investigación contemporáneos que incluyen la teoría del apego y la investigación de infantes, el psicoanálisis relacional, la psicoterapia corporal, y el neuropsicoanálisis y la neurobiología interpersonal. En estos trabajos previos he buscado clarificar en especial los contornos teóricos de una comprensión relacional del cuerpo (2007a), algunos aspectos de la relación entre interacción temprana e interacción terapéutica (2007b), la importancia de los procesos implícitos y explícitos de lectura corporal en la psicoterapia (2008a) y, también, la relación entre las defensas, la corporalidad y el desarrollo temprano (2008b). Por otro lado, he explorado algunos posibles mecanismos neurobiológicos involucrados en los procesos implícitos de interacción (2008c). En este artículo pretendo ofrecer algunas reflexiones teóricas y clínicas que, basándose en el marco de referencia formulado con anterioridad, apuntan en la dirección de sistematizar diferentes formas de trabajar psicoterapéuticamente con el cuerpo y la corporalidad desde un punto de vista relacional. En otras palabras, deseo explicitar algunas formas específicas en las que los cuerpos de paciente y terapeuta están entretejidos con la relación que establecen, y ofrecer algunas reflexiones en torno a cómo pueden ser abordadas en términos clínicos.

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

CUERPO RELACIONAL, VÍNCULO TERAPÉUTICO Y CAMBIO

En el mundo de la psicología profunda, el énfasis en la importancia del cuerpo es —a excepción de contribuciones históricas fundamentales como las de Groddeck, Ferenczi, Schilder, Reich, Alexander y otros— una novedad. Aunque en términos teóricos el cuerpo recibió atención desde el “Proyecto de una psicología científica” de Freud y los *Estudios sobre la histeria* de Freud y Breuer, en términos clínicos fue en gran medida marginado e ignorado (Sassenfeld, 2007a; Totton, 2002). Su relevancia empezó a quedar un poco más clara desde que Bion interpersonalizara el concepto intrapsíquico de la identificación proyectiva como fantasía inconsciente formulado originalmente por Melanie Klein y, con ello, rescatara que las reacciones somáticas subjetivas del psicoterapeuta guardan una estrecha relación con la experiencia subjetiva del paciente y pueden proporcionar elementos significativos para entenderla en profundidad. Así, surgieron nociones más específicas como la *contratransferencia somática* que, dando cuenta de algunas de las respuestas corporales de los terapeutas respecto de sus pacientes, se insertó en un contexto profesional más amplio que comenzó a valorar la contratransferencia como herramienta clínica útil a partir de la década de 1960. Desde un inicio, entonces, parece haber existido una vinculación particular entre el cuerpo, sus reacciones y la relación terapéutica.

Sin embargo, la radical revaloración de la corporalidad de la que hemos sido testigos en las últimas décadas debe una gran parte al surgimiento y la sistematización de la teoría del apego y la investigación de las interacciones tempranas entre infantes y cuidadores primarios. En muchos sentidos, tales estudios son exploraciones detalladas de las intrincadas micro-coreografías no-verbales que pueden observarse cuando dos seres humanos se relacionan. Por lo tanto, los investigadores del apego y la interacción temprana tuvieron que lograr algo que los psicoterapeutas corporales llevaban algún tiempo haciendo y desarrollando en su trabajo clínico: afinar los sentidos (en especial ojos y oídos) con la finalidad de poder comenzar a percibir los micro-detalles y matices expresivos involucrados en la tremenda complejidad de una interacción entre dos personas. Por supuesto, en esta tarea se vieron apoyados de modo importante por la accesibilidad de la tecnología de video. Una cosa que Reich (1949), el padre de las psicoterapias corporales, enfatizó adicionalmente es la necesidad de desarrollar de modo paralelo otro sentido más, a saber, la percepción de las propias reacciones somáticas y afectivas, a veces llamada interocepción. Dicho en

otras palabras, para leer el lenguaje corporal de otros resulta esencial ser capaz de leer el impacto del lenguaje corporal de otros en nuestro propio cuerpo, una circunstancia que la neurobiología relacional ha puesto al descubierto recientemente en su propio campo de investigación. El descubrimiento del sistema de neuronas espejo representa, de hecho, uno de los sustratos neuronales de los procesos mencionados.

Los investigadores de infantes han subrayado algo que es de relevancia fundamental para los psicoterapeutas. Hasta hace no tanto tiempo, en el psicoanálisis y la psicología profunda ha imperado la idea de que el cuerpo y los fenómenos ligados con él remiten necesariamente a las etapas más tempranas del desarrollo de la personalidad. Por ejemplo, que un paciente evoque en su terapeuta una reacción somática tiende a ser interpretado como indicador de un origen más temprano o de un mayor nivel de gravedad de la psicopatología. En suma, se entiende como una incapacidad para simbolizar psíquicamente sus estados internos que, al no contar con otra vía de representación, recurren a la corporalidad para manifestarse. En cambio, los estudios de las interacciones en los primeros años de vida nos han permitido tomar conciencia de que la dimensión no-verbal —que ha resurgido en el plano conceptual como dimensión *implícita*— existe y determina en gran medida las relaciones humanas a lo largo de todo el ciclo vital. Y, en este contexto, los psicoterapeutas continuamente experimentan reacciones corporales respecto de sus pacientes —sólo que muchos de estos fenómenos transcurren en la dimensión implícita de la relación terapéutica y, por ende, de forma en amplia medida no consciente, no verbal y no simbólica. En la denominada dimensión relacional implícita, tanto terapeuta como paciente están de manera constante percibiendo e interpretando el lenguaje corporal del otro, sacando conclusiones acerca de las intenciones y afectos que comunica y ajustando sus respuestas verbales y no-verbales en función de tales conclusiones (BCPSG, 2002, 2005, 2007; Sassenfeld, 2008a). En un trabajo anterior llamé a este proceso *lectura corporal implícita* para diferenciarlo de la lectura corporal explícita, que ocurre de modo intencional y consciente y que constituye una importante herramienta clínica en las psicoterapias corporales y también para muchos terapeutas que más intuitivamente toman en consideración el lenguaje corporal del paciente.

Por otro lado, los investigadores de infantes han destacado algo que también en el psicoanálisis relacional ha sido integrado: la interacción entre dos personas es radicalmente recíproca, esto es, implica radicalmente a dos personas. Una conceptualización de la

interacción como ésta significa, desde el punto de vista clínico, que la pretendida neutralidad es un artefacto teórico. Muchos teóricos relacionales reconocen en la actualidad que el terapeuta está personalmente implicado en la relación con el paciente y, más allá, que resulta casi inevitable que se involucre de forma no intencional e inconsciente en interacciones que al menos en parte repiten patrones relacionales propios de la historia vincular de ambos en combinación. Pareciera que, en general, antes de tomar conciencia y explicitar una dinámica interactiva el psicoterapeuta actúa y pone en escena lo que le gusta o no (Renik, 1993), de modo que la interacción es inter-acción en el pleno sentido de la expresión. Así, nos encontramos frente a una concepción global de un cuerpo relacional, es decir, de cuerpos y reacciones somáticas que están completamente insertas y determinadas por los contextos intersubjetivos en los cuales surgen y son experimentadas (Sassenfeld, 2007a; Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow, Atwood & Orange, 2002). Una experiencia corporal implica, por así decirlo, una experiencia relacional y viceversa. No hay cuerpo sin vínculo, ni vínculo sin cuerpo. Gracias a esta concepción, en la práctica clínica los cuerpos de paciente y terapeuta y las respuestas corporales que ambos experimentan de modo consciente-explicito y de modo no consciente-implícito pasan a ser de enorme relevancia.

El cuerpo nos conduce no sólo a la dinámica presente de la relación terapéutica sino, además, a la historia relacional de paciente y terapeuta. Como hoy sabemos, los aspectos centrales y más determinantes de nuestra historia relacional temprana quedan codificados en el llamado *conocimiento relacional implícito*, un conocimiento que es no consciente y al mismo tiempo no-verbal (BCPSG, 2002, 2005, 2007; Lyons-Ruth, 1999; Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b). De hecho, el conocimiento relacional implícito se expresa directa y específicamente a través de procesos no-verbales. Desde esta perspectiva, muchas acciones del paciente no son formas de no recordar, como Freud supuso en algún momento; más bien, *son* recuerdos que no son conscientes aunque no están psicodinámicamente excluidos de la conciencia. Son memorias de naturaleza implícita o aprendizajes somáticos-afectivos que, en términos clínicos, requieren ser comprendidos en base a dos contextos complementarios: un contexto relacional histórico vinculado con su origen y un contexto relacional presente vinculado con su intencionalidad específica al vínculo en el cual surge. El primer contexto aclara en cuáles y en qué tipo de relaciones una cierta tendencia relacional implícita fue adquirida y desarrollada; el segundo contexto posibilita una comprensión

del lenguaje no-verbal del paciente en cuanto a su función en un vínculo actual con un otro significativo.

Ambos contextos, a su vez, guardan relación con dos tipos distintos de mecanismos de cambio psicoterapéutico: el primero da cuenta del conocido mecanismo de hacer consciente algo inconsciente y de reconstruir la historia temprana; el segundo puede incluir lo dicho, pero asimismo abre la posibilidad de generar una significativa y transformadora “experiencia relacional correctiva” (Wallin, 2007) implícita en la cual el paciente puede tener una vivencia contraria a su conocimiento relacional implícito histórico (Fosshage, 2003, 2005). Una experiencia relacional correctiva de esta naturaleza permite al paciente ampliar, complejizar y diferenciar su conocimiento relacional implícito. Desde este punto de vista, la psicoterapia exitosa reorganiza tanto aspectos centrales de la dimensión explícita como aspectos centrales de la dimensión implícita. Es decir, la psicoterapia no sólo crea nuevas ideas y reformula ideas antiguas sino que a través de mecanismos implícitos además modifica la relación terapéutica implícita y, en consecuencia, los patrones no-verbales corporales de vinculación existentes entre paciente y terapeuta. Según Lyons-Ruth (1999), podemos considerar que aspectos fundamentales de la acción terapéutica transcurren en el nivel vincular implícito sin ser nunca explicitados y verbalizados. Más en general, los aprendizajes complejos en la adultez tienden a involucrar procesos de carácter implícito.

Knoblauch (1996) piensa que estos mecanismos implícitos no corresponden al efecto de una intervención clínica en particular sino a una secuencia determinada de momentos interactivos que configura el campo relacional de cierta forma, y que es co-construida por paciente y terapeuta. Las transformaciones de la dimensión implícita se producen en micro-momentos o pequeñas secuencias relacionales no-verbales mutuamente construidas. En otras palabras, los mecanismos implícitos están relacionados con el surgimiento de novedosos procedimientos para estar con el otro en el seno de la interacción psicoterapéutica. Comentando uno de sus casos, Knoblauch asevera que “en parte mediante intercambios verbales, pero en mayor medida mediante intercambios no hablados en modalidades no-verbales de comunicación, habíamos aprendido a transformar una escena antigua en una escena nueva” (p. 327) –un patrón no-verbal implícito de vinculación se amplió y transformó en una posibilidad nueva y más coherente de interacción. En este sentido, la modificación del conocimiento relacional implícito se produce principalmente a través de la aparición de formas implícitas nuevas de vinculación en el seno del campo

intersubjetivo co-construido por paciente y psicoterapeuta (BCPSG, 2002; Beebe & Lachmann, 2002; Lyons-Ruth, 1999). Esto implica que en alguna medida se logra transformar los patrones relacionales somáticos y los patrones de comunicación no-verbal que se establecen entre ambos participantes en el trabajo terapéutico.

En la próxima sección, frente al trasfondo que nos proporciona el resumen previo, llevaremos nuestra atención hacia algunas posibilidades concretas del trabajo psicoterapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad. Exploraremos el trabajo con sensaciones corporales, con expresiones faciales, con expresiones somáticas circunscritas como los gestos y, por último, con patrones interactivos corporales. Utilizaremos viñetas clínicas para ejemplificar las diferentes formas de abordaje de estos fenómenos somáticos en el marco de la relación terapéutica.

TRABAJAR CON EL CUERPO DESDE UNA PERSPECTIVA CLÍNICA RELACIONAL

Desde el punto de vista del desarrollo de la personalidad, la experiencia y las modalidades de expresión del cuerpo se constituyen y adoptan ciertas formas en el seno de los vínculos tempranos significativos (Benzten, 2006; Sassenfeld, 2007a). Con posterioridad, en otras relaciones ocurrirá algo similar: las experiencias y expresiones corporales por lo común tendrán una estrecha vinculación con los contextos relacionales en los cuales surgen, se mantienen y se transforman. Partiendo de estos supuestos básicos, el trabajo psicoterapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad requiere por parte del terapeuta la incorporación de un *setting* "flexible" o "abierto" (Heisterkamp & Geissler, 2007) a intervenciones centradas en la experiencia somática que permita suficiente flexibilidad como para abordar el cuerpo de forma adecuada. Aunque hablar del cuerpo y verbalizar sus reacciones es una estrategia clínica importante, como veremos, las posibilidades del trabajo terapéutico con la corporalidad son mucho más amplias. Es posible llevar a cabo una amplia variedad de exploraciones vivenciales de aspectos como expresiones faciales, gestos, movimientos y patrones interactivos. Por razones de espacio, sin embargo, sólo mencionaremos algunas de ellas en este trabajo. El lector interesado puede consultar publicaciones como las de Lowen y Lowen (1977), Conger (1994), Levine (1997) y otros. Diversas reflexiones en torno a las posibilidades, ventajas, desventajas y peligros de la incorporación de tales exploraciones experienciales en *settings* y encuadres analíticos pueden encontrarse en la compilación de Geissler y Heisterkamp (2007).

Un *setting* abierto implica, en especial, la explicitación en el encuadre que se proporciona al paciente de que (1) la corporalidad y las reacciones corporales son elementos relevantes para el avance del proceso terapéutico ya que pueden posibilitar una comprensión más profunda de la situación e historia del paciente, y (2) el trabajo terapéutico eventualmente incluirá algunas sugerencias de exploración vivencial de ciertos fenómenos somáticos como sensaciones, gestos y otras expresiones. En ocasiones puede resultar ser de utilidad ofrecer a un paciente una explicación breve y comprensible de las razones por las cuales la corporalidad es considerada relevante. Es necesario hacerlo especialmente con aquellos pacientes que preguntan sobre esto y tiende a bastar con señalar algo relativamente general como que el cuerpo a menudo se relaciona con aspectos inconscientes de la personalidad y de la propia historia vital. Habitualmente, aunque se señale al paciente al comienzo de la psicoterapia que verbalice sus reacciones corporales siempre que éstas adquieran una cierta prominencia en su experiencia subjetiva, es necesario que el terapeuta esté atento al cuerpo del paciente y al cuerpo propio y que, además, activamente solicite al paciente reportar su experiencia corporal cuando parezca significativo. Esto se debe a que los pacientes –y muchas veces también los terapeutas– no están acostumbrados a prestar atención a su propia corporalidad o la excluyen por razones defensivas de su conciencia. Debe recordarse que la capacidad de concientizar diferentes aspectos de la corporalidad no es algo dado sino que es una habilidad que requiere práctica para desarrollarse. Con el paso del tiempo los pacientes tienden a desarrollar una mayor conciencia de sus respuestas somáticas y de sus significaciones y tienden a valorarlas e incluirlas en el diálogo terapéutico de modo más espontáneo.

TRABAJO CON SENSACIONES CORPORALES

Por lo común, las sensaciones corporales son uno de los aspectos más fácilmente accesibles de la experiencia subjetiva del cuerpo. Intervenciones básicas que posibilitan una exploración general del mundo de las sensaciones incluyen en particular preguntas como "¿Qué está sintiendo en el cuerpo?" o "¿Qué sensación tiene en el cuerpo mientras habla de esto?". Otras intervenciones son de carácter más intersubjetivo y pueden implicar auto-revelaciones circunscritas, como "Tengo una sensación de abatimiento mientras lo escucho. ¿Qué está sintiendo usted?" o "Me pregunto qué sensación tiene usted en este momento. Yo me siento activado y muy atento". Este tipo de intervención toca el tema más

amplio de la utilidad clínica de la auto-revelación, en el cual no podemos profundizar en el presente contexto, aunque sí podemos destacar que tiende a aportar al paciente un modelo referencial en torno a las posibilidades y la importancia de la atención a la comunicación de fenómenos corporales. El lector interesado puede consultar los trabajos de Maroda (1999), Pally (2001) y Wallin (2007), que abordan algunos aspectos de esta temática de modo más detallado.

Algunas de las sensaciones corporales son percepciones directas del estado de ciertas partes o procesos del cuerpo (p. ej., sensaciones de frío, de dolor o del movimiento peristáltico). Otras son menos claras y pueden tener asociada una connotación afectiva, constituyéndose como “sensaciones emotivas” (p. ej., tener el cuerpo “cortado”, sensaciones de desvitalización o inquietud, sentirse “pesado”, etc.). Ambas categorías son importantes y proporcionaremos viñetas clínicas para ilustrar posibilidades de trabajo con ambos tipos de sensaciones corporales. Es necesario recordar que sólo nos focalizaremos en un abordaje específicamente relacional de la corporalidad y que, en este sentido, existen por supuesto otras formas alternativas de trabajar con las sensaciones que surgen en el cuerpo.

Trabajo con una sensación corporal

En la segunda sesión con una paciente de 47 años que consulta por las dificultades que le provoca una recientemente diagnosticada enfermedad con connotaciones psicósomáticas, después de un intercambio verbal breve sobre lo que había sentido después de la primera sesión se produce un silencio. Interrumpo este silencio preguntando sobre sus sensaciones corporales presentes. “Bueno,” responde, “un nudo en la guata, el colon como apretado, torcido. Lo tengo en general, pero hoy lo tengo más fuerte”. Le pregunto si asocia esta sensación con alguna emoción. “Con rabia supongo” me dice, aunque de forma racional y desconectada en términos emocionales. Registro en ese momento que me está costando respirar con libertad y pienso, en parte basándome en esta sensación propia, que más que de rabia se trata de miedo. Comenzamos a hablar sobre su manera de relacionarse con sus estados emocionales en general y acerca de cuáles de éstos le causan dificultades. Después de mencionar dificultades importantes para expresar rabia y enojo, indago tentativamente acerca del miedo y contesta que le cuesta, “aunque siempre ando con una sensación de temor por el mundo”. En ese instante recuerdo un dato relacional significativo que relató en la primera sesión: sus experiencias terapéuticas previas, que sumaban tres o cuatro, habían sido

muy cortas (entre tres y cuatro sesiones cada una) y en ellas se había abierto cada vez, en sus propias palabras, “una caja de Pandora”, como un abuso sexual infantil o una crisis depresiva profunda. Sus descripciones anteriores me habían hecho suponer que tales vivencias las había tenido que enfrentar relativamente sola, sin que se hubiese logrado constituir una relación terapéutica estable capaz de contenerla. Había empezado esta segunda sesión comentando que en la semana se había sentido impaciente y con el deseo de que la psicoterapia avanzara de modo rápido. Así, le digo: “Bueno, tal vez te pones impaciente y quieres avanzar rápido para no sentir miedo a que acá, conmigo, se vuelva a repetir lo que ya conoces: se abre una caja de Pandora y después te vas sola a tu casa a ver qué haces con lo que salió de la caja”. Al escuchar esto, la paciente me mira directamente con los ojos bien abiertos. Yo siento que puedo volver a respirar con mayor libertad. “Creo que tienes razón”, responde al cabo de unos momentos de silencio, “y la sensación de la guata se relajó, se relajó harto, notablemente”.

En este ejemplo queda al descubierto cómo se puede llevar a cabo una comprensión relacional básica de una sensación corporal. El trabajo terapéutico que se realizó con la sensación de la paciente se centró, en gran medida debido a que se produce en la segunda sesión del proceso psicoterapéutico y por tanto no se cuenta con mayores informaciones sobre su historia vincular, en el contexto relacional presente —es decir, en el contexto relacional del vínculo con el terapeuta y en la función de la sensación respecto de éste. La elección de este foco está determinada al menos en parte tanto por la circunstancia de que la sensación fuera experimentada de modo intensificado el mismo día de la segunda sesión como por el hecho de que en situaciones previas la paciente ha tenido dificultades para establecer una relación terapéutica duradera. Al mismo tiempo, aunque no se convirtió en un foco explícito en esa sesión pero sí en sesiones posteriores, la sensación trabajada remite a aprendizajes implícitos relevantes: cuando se abre una “caja de Pandora”, no se puede contar con otros que ayuden a enfrentar las experiencias dificultosas. Este es un conocimiento relacional implícito que anteriormente parece haber calzado con el conocimiento relacional implícito de sus terapeutas, configurándose una puesta en escena, un patrón interactivo inconsciente. Cuando en relaciones terapéuticas anteriores se ha abierto una “caja de Pandora”, los terapeutas no parecen haber podido advertir que la paciente necesitaba un vínculo contenedor en el seno del cual asimilar y elaborar las experiencias y los afectos que se habían vuelto conscientes.

El alivio de la sensación parece hablar, en este sentido, de una bienvenida y necesitada desconfirmación de sus expectativas implícitas –percibe que, en la relación recién iniciada conmigo, al parecer sí podrá contar con un otro para elaborar sus vivencias más conflictivas y de este modo la ansiedad y aprensión disminuyen. Al menos, este otro ha podido reconocer que ella teme que no esté disponible y la deje sola frente a estados emocionales disruptivos. Teóricamente, una experiencia relacional de este tipo puede comenzar a generar una diferenciación de su conocimiento relacional implícito, el cual empezará a contener una posibilidad de anticipar en ciertos vínculos algo diferente de la ausencia y soledad frente a afectos conflictivos. Más allá, la sensación y la experiencia relacional nueva con su terapeuta que el trabajo con ella generó también conduce gradualmente hacia el segundo contexto relacional que describimos en la primera sección, el contexto del origen y desarrollo de una cierta experiencia corporal. Hasta ese momento, está claro que la sensación corporal parece guardar relación con las formas de vinculación previas con sus terapeutas y, a partir de esta constatación, se abre un camino hacia la exploración, comprensión y elaboración de experiencias vinculares similares en sus relaciones formativas de apego. El hecho de que la sensación corporal trabajada sea una sensación habitual (“siempre ando con una sensación de temor por el mundo”) habla a favor de que será posible encontrar antecedentes de la experiencia relacional asociada.

Trabajo con una sensación emotiva

En la psicoterapia de un paciente varón de 27 años, estudiante universitario, surge en una sesión como temática la relación con su padre. Esta temática hasta ese momento había sido poco explorada. El paciente comienza a relatar ciertas experiencias infantiles con el padre, marcadas por la ausencia y un concomitante sentimiento de profunda soledad y falta de apoyo. Busco ayudar al paciente a través de algunas intervenciones verbales exploratorias a seguir adentrándose en la temática emergente. Al cabo de unos minutos el paciente se queda en un silencio extendido, con la mirada hacia abajo. Transcurrido un corto tiempo pregunto acerca de la sensación corporal del paciente, el cual estaba ya acostumbrado a este tipo de intervenciones. Su respuesta indica la presencia de una sensación de tener los ojos “pesados” y “cansados” y de “confusión” en torno a los ojos y la cabeza. Señalo al paciente que posiblemente, así como puede haber ocurrido en sus relaciones tempranas y puede seguir ocurriendo en sus relaciones más cercanas actuales, empezó a sentirse

emocionado pero se vio en la necesidad de desconectarse de ciertas emociones por medio de la confusión ya que temía sentirse muy emocionado y al mismo tiempo solo con su emoción. Agregó que, entonces, pareciera que al paciente le ha costado sentir en ese momento compañía y seguridad en la relación terapéutica. El paciente restablece el contacto visual y contesta que, efectivamente, percibe el sentimiento de soledad que comenzó a surgir como vivencia desgarradora. Añade que no está acostumbrado a sentir el apoyo de otros cuando se trata de sus propias emociones.

Desde la perspectiva de una psicología unipersonal, la sensación de confusión puede entenderse como defensa esquizoide frente a los afectos que comienzan a surgir o también como defensa contra el hecho de “ver” el aspecto involucrado de su historia relacional. El terapeuta, sin embargo, opta por trabajar con esta sensación emotiva desde un punto de vista relacional, entendiendo que se trata de una forma de auto-regulación en el seno de una relación (Beebe & Lachmann, 2002) y que la sensación emergente debe comprenderse en función de los dos contextos relacionales descritos con anterioridad –un contexto ligado con el origen de un aspecto de la corporalidad en vínculos formativos y otro contexto ligado con la función vincular presente de un aspecto de la corporalidad. Y, de hecho, el trabajo de elaboración de la experiencia descrita giró en torno a ambos contextos. Por un lado, se tematizó la sensación de confusión como parte de un aprendizaje emocional implícito temprano de acuerdo al cual resulta desventajoso emocionarse estando otros, ya que la presencia de emociones propias implica una retirada o ausencia de otros que pudieran acompañar y tranquilizar –un aprendizaje no-verbal completamente congruente con una madre gravemente depresiva y un padre con tendencias evitativas importantes. De este modo, la comprensión de la sensación corporal contribuye a explorar, completar y especificar la dinámica imperante en los vínculos tempranos más formativos ya que el paciente recordó otros momentos en los cuales ha experimentado la sensación de confusión.

Por otro lado, se tematizó la función de la aparición de la sensación corporal en el marco de la relación con el psicoterapeuta. Esta indagación mostró que, aunque fuera de modo ligero, el paciente vivenció la ayuda del terapeuta para adentrarse más en la temática emergente de la relación con su padre como falla empática (Kohut, 1984) ya que precipitó un sentimiento de sentirse presionado y no respetado en su propio ritmo –para el paciente, comenzar a tocar la temática en cuestión sin disociarse del correlato afectivo requería un ritmo más pausado. Es decir, necesitaba sentirse

acompañado para experimentar los dolorosos estados emocionales asociados a la relación con el padre, pero mi forma de acompañarlo en la situación descrita hizo necesaria una medida drástica de auto-regulación. En cierto sentido, mi forma de acompañarlo era otra variación de la experiencia de percibir que el otro no está disponible, que no capta lo que para él resulta necesario frente a un estado afectivo dado. En suma, se genera una experiencia conocida de soledad frente al propio dolor. Por parte del terapeuta, en la interacción mencionada entró en juego una tendencia relacional proveniente de sus propias experiencias con los sentimientos de soledad y tristeza en otros: enfrentado a una madre crónicamente deprimida, había aprendido a “revivir” a ésta, es decir, a buscar maneras de alejarla y rescatarla de estados afectivos disruptivos. En combinación, los conocimientos relacionales implícitos de paciente y terapeuta dieron forma a un patrón interactivo co-construido que incluyó la puesta en escena de escenarios vinculares pasados relevantes. La sensación corporal de confusión que surge en la experiencia del paciente posibilitó, así, una exploración adicional de la dinámica relacional propia del vínculo psicoterapéutico.

TRABAJO CON EXPRESIONES FACIALES

Las expresiones faciales forman una parte muy importante de la expresión emocional en general y, además, de los procesos implícitos y explícitos de lectura corporal. De hecho, parecen existir en el cerebro sistemas neuronales específicamente diseñados para el procesamiento, reconocimiento e interpretación de las expresiones del rostro humano (Cozolino, 2006). Dicho de otro modo, al menos en el nivel implícito el ser humano es experto en la decodificación del significado emocional y relacional de las expresiones faciales de los demás. Desde este punto de vista, cabe agregar que correlativamente la diversidad de las expresiones del rostro es uno de los medios no-verbales de comunicación más relevantes en la interacción humana. Sabemos, por ejemplo, que el recién nacido siente una preferencia por los rostros humanos en comparación con objetos inanimados y que es capaz, al parecer con fines comunicativos y de promoción del vínculo de apego, de imitar de modo intencional ciertas expresiones faciales (Beebe *et al.*, 2005; Cozolino, 2006; Lecannelier, 2006). De este modo, el rostro puede visualizarse como una parte en gran medida social del cuerpo y sus expresiones como intrínsecamente relacionales o dirigidas a otros.

Dado que la situación terapéutica incluso en los círculos del psicoanálisis se ha convertido cada vez más en una situación cara-a-cara, las formas de mirar al otro

y las expresiones faciales se han transformado en una temática clínica importante (Beebe *et al.*, 2005; Pally, 2001). A esto se suma que hoy sabemos que muchos pacientes con trastornos tempranos o traumáticos son hiper-sensibles a lo que el rostro (y también otras expresiones corporales) de su terapeuta comunica. Realizan, por así decirlo, una constante lectura corporal ansiosa que puede ser más o menos consciente y que apunta a una detección anticipada de potenciales señales de peligro o amenaza que anuncian una re-traumatización. En lo que sigue presentaremos una viñeta centrada en el trabajo con una expresión facial del terapeuta. Esta viñeta sigue manteniéndose, como las dos viñetas previas, en el ámbito del trabajo psicoterapéutico verbal. Más adelante introduciremos una adicional posibilidad no-verbal más activa de intervención en relación con los gestos y los patrones interactivos.

Trabajo con una expresión facial del psicoterapeuta

En el proceso psicoterapéutico con un paciente varón de 34 años, durante el segundo año de la psicoterapia el paciente comienza a mencionar ocasionalmente que una temática que siente está pendiente es su confusión en torno a orientación sexual. Cada vez que lo menciona, con rapidez vuelve a cambiar el tema para retornar a otros aspectos de su vida. Cuando esta situación se ha repetido en varias ocasiones, una vez que vuelve a producirse me detengo y le manifiesto mi observación. Su primera reacción es responder que la temática le resulta complicada y le cuesta hablar sobre ella con mayor libertad. Exploro si acaso ocurre algo en la relación entre nosotros que provoca o al menos aumenta su dificultad. “Sí,” contesta después de un momento de vacilación, “siento que cada vez que traigo a colación el tema, tú te enojas”. Su respuesta me sorprende ya que no he percibido de forma consciente una reacción de enojo. Le pido entonces que me describa lo que lo hace pensar que frente a la temática reacciono con enojo. “Cuando toco el tema, tus ojos y tu cara son como de alguien enojado”. Mientras hablamos sobre esto, me hago consciente de que efectivamente hay algo en su forma de abordar el tema que me molesta, aunque no se trata del tema en sí mismo. Le expreso que estoy de acuerdo con él en que mi rostro debe transmitir enojo cuando él toca la temática en cuestión, pero que el enojo está relacionado con el hecho de que cada vez que surge la temática rápidamente se desvía de ésta para volver a otras y no con la temática en sí. Al escucharme, suspira aliviado y por primera vez logra detenerse y hablar con mayor detalle de su confusión en cuanto a su orientación sexual.

En este ejemplo, junto al paciente podemos comprender el significado relacional que una expresión facial del terapeuta comienza a tener. Un rostro enojado se traduce, en términos de las expectativas vinculares del paciente, en un indicador de que es necesario omitir y excluir algo que es relevante para él del diálogo con un otro significativo. La expresión facial de enojo trae consigo, además, la percepción de que se está reprobando al paciente por tener dificultades con una temática de la índole implicada. En la historia relacional del paciente nos encontramos, en este sentido, con dos aspectos complementarios: vínculos tempranos con una madre y un padre con tendencias verbal y a veces físicamente violentas que desplazan e incluso aplastan las necesidades y expresiones propias del niño y, por otro lado, grandes dificultades por parte del paciente para expresar tanto sus propias necesidades como sus afectos agresivos en sus relaciones interpersonales pasadas y actuales. Su reacción frente a la expresión de enojo del terapeuta nos conduce, de esta manera, directamente hacia sus experiencias formativas. Asimismo, el ejemplo grafica en qué medida la corporalidad del psicoterapeuta contribuye a dar una forma determinada a la experiencia relacional y afectiva del paciente. La naturaleza del vínculo terapéutico permitió, más allá, explicitar un patrón interactivo que, aunque por el lado del paciente era en parte consciente (percibió conscientemente la expresión facial y se inhibió de forma intencional), en términos más amplios transcurrió en el dominio del conocimiento relacional implícito.

La viñeta también muestra con mucha claridad la naturaleza estrictamente recíproca y co-construida de la interacción (BCPSG, 2002, 2005, 2007; Beebe & Lachmann, 2002) ya que la reacción de uno de ambos genera una reacción en el otro que vuelve a generar una reacción en el otro y así sucesivamente. Se trata, en esencia, de procesos vinculares de influencia mutua en los cuales tanto paciente como terapeuta están implicados con sus propias historias relacionales. Resulta difícil establecer de manera clara si la inhibición del paciente para hablar de una temática particular surgió en la relación terapéutica a raíz de una expresión facial de enojo del terapeuta o si su inhibición empezó a generar una reacción de molestia en el terapeuta. En realidad, este punto carece de mayor relevancia en este contexto. Lo que queda al descubierto es, de todos modos, que una expresión facial resuena con experiencias relacionales pasadas del paciente y, con ello, comienza a determinar su comportamiento en el presente. El ejemplo clínico además ilustra lo que hemos llamado un proceso de lectura corporal explícita, ya que el paciente tiene conciencia de que la expresión del rostro de su terapeuta

tiene una connotación específica. De lo que no tiene conciencia, por supuesto, es de que esa connotación forma parte de su conocimiento relacional implícito –su historia relacional lo hace suponer, implícitamente, que un rostro enojado equivale a que ciertas experiencias propias tendrán que quedar fuera del intercambio emocional y verbal. La viñeta ilustra, por otro lado, que los procesos implícitos y explícitos de lectura corporal están íntimamente entrelazados.

TRABAJO CON GESTOS CORPORALES

De modo similar a las expresiones faciales, los gestos corporales forman una parte fundamental de la comunicación no-verbal no sólo en el seno de la interacción temprana entre cuidador e infante sino también en los intercambios vinculares entre adultos en general. En una cultura dada, ciertos gestos adquieren un significado relativamente explícito y consensual (p. ej., ciertos movimientos de una mano significan despedida); sin embargo muchos otros gestos no tienen un significado fijo sino que lo adquieren en función del contexto relacional específico en el cual surgen y en función de la historia relacional de quien lo expresa. Como ocurre con muchos otros procesos somáticos comunicativos, los gestos son en gran medida percibidos, reconocidos e interpretados en el nivel implícito del procesamiento de la información, sin que esto necesariamente se traduzca en una comprensión consciente y verbal. Aun así, la gestualidad de un otro con el cual interactuamos tiene una gran influencia en nuestras reacciones y respuestas. Con la finalidad de trabajar en términos terapéuticos con un gesto, es necesario que al menos el terapeuta tome conciencia de un gesto que se le presenta como significativo, sea por su naturaleza repetitiva, sea porque genera en él o ella una reacción que parece merecer mayor atención. Repetitivo o singular, la conciencia corporal del terapeuta es central para percibir el impacto significativo que un gesto puede provocar.

Algunos gestos corresponden a movimientos corporales bien formados y fácilmente reconocibles, mientras que muchos otros son más bien “micro-movimientos” que son sutiles y que a menudo sólo son esbozos o insinuaciones de un movimiento más claro. Incluso puede tratarse de un impulso subjetivo que no logra convertirse concretamente en un movimiento. Estos micro-movimientos pueden relacionarse con lo que Downing (2006, 2007) llama las *micro-prácticas corporales* o hábitos no-verbales implícitos relacionales que el infante desarrolla en los primeros años de vida. Debe considerarse, en este sentido, que determinados

procesos defensivos no-verbales implícitos tienden a inhibir la espontaneidad expresiva del cuerpo en general y ciertos movimientos expresivos en particular (Sassenfeld, 2008a, 2008b), como por ejemplo un gesto de enojo puede estar coartado en la expresión no-verbal de un paciente debido a un conocimiento relacional implícito que ha codificado la necesidad de excluir afectos rabiosos de la interacción. Una tarea clínica es, desde esta perspectiva, el reconocimiento de estos procesos inhibidos de movimiento y, además, tanto la comprensión de los orígenes y motivos actuales de la inhibición como la exploración de la posibilidad de recuperar una mayor libertad de movimiento relacionada con los gestos implicados –lo que equivale a una ampliación y transformación del conocimiento relacional implícito.

Para ser capaz de percibir estos micro-movimientos un psicoterapeuta requiere del desarrollo de dos herramientas internas complementarias: por un lado, se hace necesario desarrollar y conscientizar su percepción sensorial y las impresiones subjetivas que ésta despierta y, por otro lado, como ya mencionamos, se hace necesario desarrollar una gran conciencia de la propia corporalidad más en general. Sólo esta conciencia puede traducirse en una mayor percatación de los fenómenos englobados en el concepto de la resonancia somática (Boadella, 1999, 2006; Cozolino, 2006), que hace referencia a la forma en la que el cuerpo del terapeuta resuena con procesos somáticos que son parte de la experiencia del paciente (véase Sassenfeld, 2008c). Para el trabajo relacional con el cuerpo que hemos estado explorando en este trabajo cabe además partir del supuesto de que las tendencias al movimiento expresivo del organismo comunican específicamente determinadas intencionalidades relacionales que pueden transmitirse en la díada terapéutica de forma clara o bien inhibida y/o defensivamente distorsionada (Sassenfeld, 2008a). En lo que sigue, presentaremos dos viñetas clínicas de trabajo psicoterapéutico con gestos. En la primera, consideraremos un patrón repetitivo de respiración como gesto, mientras que en la segunda se trabaja un gesto que aparece en el relato de un sueño.

Trabajo con un gesto corporal

Una paciente de 24 años consulta por síntomas depresivos como ánimo decaído, falta de motivación y trastornos del sueño y la alimentación. Desde nuestro primer contacto, llama mi atención la forma en la que respira en el espacio terapéutico: la mayor parte del tiempo, su respiración es apenas perceptible y su cuerpo entero apenas se mueve cuando respira; no obstante, cada cierto tiempo inhala mucho aire con mucha rapidez y

lo retiene algunos instantes antes de exhalar de modo lento y entrecortado sin llegar nunca a expeler el aire en su totalidad. Este gesto respiratorio se repite una y otra vez en el transcurso de las primeras sesiones. De manera paralela, comenzamos a explorar en especial la relación que mantiene con su madre, una mujer rígida, afectivamente inestable e impredecible, invasiva, con tendencias obsesivas marcadas en particular respecto del orden y la limpieza. La paciente relata su experiencia habitual de que, en la convivencia con la madre, cualquier “desorden” (p. ej., modificar el rígido orden establecido de los objetos de decoración en la sala de estar o utilizar implementos de cocina sin limpiarlos y guardarlos de forma inmediata y antes de consumir los alimentos preparados) tiende a precipitar reacciones emocionales descontroladas de parte de ésta, incluyendo insultos, descalificaciones y conductas violentas. Contando con este trasfondo relacional histórico en el cual la paciente ha crecido, establezco una relación entre estas experiencias y el gesto respiratorio mencionado. En primer lugar, le señalo que he observado su forma particular de respirar en el espacio terapéutico –lo que no la sorprende ya que conoce este patrón respiratorio propio– y que me parece que está conectada con lo que ha vivido y sigue viviendo en el vínculo con su madre. Tentativamente, agregó que parece retener la respiración como intentando evitar la aparición de movimientos o impulsos espontáneos que pudieran generar un desorden con las consecuencias vinculares que pudiera implicar. La paciente asiente frente a estos comentarios y, a continuación, pregunto por su experiencia en la relación que ha establecido conmigo. En ésta, percibe que ha ocurrido algo similar: ha buscado no dejar un “desorden”, lo que ha significado omitir aspectos subjetivamente importantes de sus vivencias cotidianas del diálogo terapéutico.

Este ejemplo clínico pone al descubierto de qué manera un patrón respiratorio específico puede dar cuenta de una experiencia relacional habitual. El gesto respiratorio surge en el vínculo psicoterapéutico desde un comienzo; sin embargo, el terapeuta dispone aún de poca información para contextualizarlo y aproximarse a su significación concreta. Una vez que emergen algunos elementos de su historia vincular, el gesto empieza a tener un significado más definido en primera instancia desde el punto de vista del contexto histórico de origen que hemos descrito con anterioridad –se presenta como una especie de defensa no-verbal relacional implícita (Sassenfeld, 2008b) que se caracteriza por la inhibición expresiva y que da cuenta de un temor a las consecuencias de su propia espontaneidad, expresión de afectos y vitalidad (aspectos representados en el “desorden”) en

la relación con la madre. Al menos en parte, el patrón respiratorio puede por ende explicar varios elementos del estado afectivo depresivo de la paciente (como la falta de motivación y el ánimo decaído). Por otro lado, guarda estrecha relación con un aspecto relevante del motivo de consulta: la dificultad para dar inicio, después de la finalización de una carrera técnica, a una vida laboral capaz de apuntalar la entrada plena al mundo de la adultez. Metafóricamente, la imposibilidad de utilizar con libertad los espacios físicos de su hogar se convierte en una dificultad significativa para explorar el mundo externo más amplio. En otras palabras, al no contar con una base segura (Bowlby, 1988) la paciente no puede activar el sistema motivacional de exploración del mundo –hacerlo significaría exponerse a las represalias y alteraciones emocionales de la madre.

Así, el patrón de respiración observado se constituye como un aspecto del conocimiento relacional implícito de la paciente. Es verdad que ella tiene conciencia explícita de su particular forma de respirar; sin embargo, la inserción y significación del gesto corporal en un marco relacional le es en gran medida inconsciente. Cuando indagamos de forma conjunta en su experiencia relacional en el espacio psicoterapéutico, queda de manifiesto además del contexto histórico de origen del gesto su significación vincular actual: la psicoterapia aún no se conforma como posibilidad relacional distinta; más bien, sus expectativas relacionales implícitas históricas dan forma a su experiencia de relación con su terapeuta. En el caso descrito, resulta interesante añadir unos comentarios sobre los mecanismos de cambio que especificamos en la primera sección de este trabajo. Por un lado, se explicita un elemento importante de la dimensión implícita y esto permite profundizar en la comprensión de la historia vincular de la paciente. Por otro lado, el trabajo sobre el gesto respiratorio desembocó en que, con el paso de las sesiones subsiguientes, la paciente comenzara a respirar de modo distinto. Los episodios de inspiración brusca con exhalación parcial y entrecortada aumentaron; sin embargo, al cabo de un tiempo, en especial la expiración se volvió más fluida y más plena, lo que coincide con la posibilidad de poder “desordenar” el espacio terapéutico. En este sentido, puede pensarse que la experiencia relacional de la paciente se fue transformando y, con ello, sus correlatos implícitos.

Trabajo con un gesto corporal que surge en un sueño

Un paciente de 20 años relata un sueño breve, en el cual se encuentra en una situación de asalto. Frente a la amenaza, realiza un gesto con ambas manos y brazos,

mostrando al asaltante las palmas de las manos con los antebrazos retraídos hacia el propio cuerpo en un ademán de falta de oposición a la situación. Mientras cuenta el sueño, espontáneamente imita este gesto mostrándomelo. El sueño surge en el proceso terapéutico cuando se han empezado a explorar de modo específico sus formas habituales de vincularse con otros en torno a las temáticas de la expresión de agresión y de la manifestación y satisfacción de sus propias necesidades. En consecuencia, la situación onírica asume una relevancia directa. Le pido entonces que, en primer lugar, repita el gesto varias veces de modo consciente e intencional y registre las sensaciones, sentimientos y/o fantasías que pudieran hacer aparición. Expresa sentir desprotección y el deseo de evitar un conflicto o una confrontación. Agrega que “Me carga la violencia, yo soy muy pacífico”. Le pido además que vuelva a adoptar el gesto y se coloque en relación directa a mí, mirándome, nuevamente abierto a explorar cualquier experiencia que pudiera surgir. Se mantiene algunos instantes en esta posición hasta bajar los brazos afirmando: “Es extraño, de nuevo me sentí desprotegido, pero al mismo tiempo sentí que te quería abrazar”.

Esta viñeta se basa en el supuesto de que el conocimiento relacional implícito no sólo entra en juego con las acciones no-verbales reales con otros, sino también con la forma que adopta la estructura enactiva de las fantasías subjetivas (Lyons-Ruth, 1999) y, por lo tanto, con las formas de vinculación no-verbal que pueden observarse en los sueños (Steiner, 2007). El sueño que este paciente relata pone en este sentido al descubierto un aspecto implícito significativo de su forma particular de manejar la agresión en las relaciones con otros –la dificultad para defenderse y, en especial, para defender sus propias necesidades, preferencias y deseos. El abordaje explícito del gesto somático surgido en el sueño nos condujo, por un lado, a una comprensión más profunda de su habitual actitud pasiva frente a las agresiones de los demás; por ejemplo, se le vinieron a la mente diversos recuerdos de situaciones en las cuales otros se han aprovechado de él. Por otro lado, nos permitió adentrarnos en un aspecto que en este caso fue de aun mayor relevancia: su dificultad para experimentar y expresar agresión (justificada) a otros. Esta indagación, por su parte, dirigió la atención clínica entre otras cosas hacia el contexto histórico de origen del gesto implicado y la actitud pasiva y complaciente asociada a éste. Emergieron elementos fundamentales de la relación con un padre agresivo y rechazante y, más allá, de la relación con una madre que reprueba la agresión y reacciona de modo victimizado cuando ésta sí logra manifestarse.

En cierto sentido, este ejemplo clínico introduce un tercer contexto relacional que puede ser de interés en relación con el trabajo psicoterapéutico con el cuerpo y la corporalidad que hemos estado describiendo en este artículo: el contexto de las relaciones imaginarias o fantaseadas y el papel que la dimensión implícita tiene en ellas. Este contexto es menos específico que los otros dos y, así, puede aportar elementos importantes para entenderlos ambos con mayor detalle. En esta viñeta, a través de una intervención no-verbal exploratoria que apuntó a la toma de conciencia de ciertos fenómenos corporales poco conscientes se colocó un aspecto implícito fantaseado en el contexto de la posible función de un gesto en una relación actual. Esto posibilitó el inicio de una indagación más clara de la forma en la que el paciente percibe, expresa y/o inhibe sus propias necesidades en la relación terapéutica (el deseo de abrazar y lo que este deseo representa). Asimismo, comienza a perfilarse una sensación central de la experiencia que el paciente tiene de sí mismo: un sentimiento de desprotección que lo hace anhelar y buscar el contacto con otros. La dificultad para la expresión de agresión se trabajó en otra sesión mediante una intervención no-verbal interactiva y se describe a continuación en la viñeta final de las posibilidades de trabajo terapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad que hemos expuesto en esta contribución. Esta próxima viñeta da cuenta de una exploración experiencial del papel de sus manos y brazos en su forma de establecer y mantener vínculos.

TRABAJO CON PATRONES INTERACTIVOS

Dado que el conocimiento implícito clínicamente más relevante es de naturaleza relacional y dado que el marco conceptual en el cual nos hemos estado moviendo supone la necesidad de entender el cuerpo como cuerpo en relación, no es de sorprender que el abordaje psicoterapéutico relacional de la corporalidad incluya la posibilidad de trabajar con patrones interactivos implícitos que, en cuanto tales, de una u otra forma implican al terapeuta. Desde el punto de vista teórico, existen algunos patrones interactivos implícitos prototípicos que han sido descritos con detalle en la investigación de infantes, como la coordinación interactiva y las secuencias de disrupción-reparación (Beebe & Lachmann, 2002; Sassenfeld, 2007b). Más allá, puede suponerse que algunas polaridades relacionales arquetípicas ligadas a movimientos, gestos y actitudes –como la polaridad acercarse-alejarse o la polaridad expresarse-inhibirse– pueden escenificarse implícitamente en el vínculo psicoterapéutico. Estos re-

ferentes pueden ayudar al psicoterapeuta a reconocer patrones interactivos implícitos. En total, pareciera que es un fenómeno corriente e incluso inevitable que las diádas terapéuticas co-construyan patrones implícitos propios de vinculación que pueden (o no) convertirse en un foco de elaboración durante la labor terapéutica (BCPSG, 2002, 2005, 2007).

Desde la perspectiva clínica, es posible trabajar de al menos dos formas diferentes con patrones relacionales implícitos. Por un lado, es posible abordar patrones de interacción co-construidos entre paciente y psicoterapeuta que emergen espontáneamente a raíz de la combinación de las historias relacionales de ambos. Juntos dan lugar a patrones propios que contienen, sin embargo, elementos centrales de las experiencias vinculares pasadas de cada uno. Ejemplos de esta modalidad pueden encontrarse en Beebe y Lachmann (2002). Por otro lado, es factible trabajar con un patrón interactivo codificado en el conocimiento relacional implícito del paciente sin que necesariamente ese patrón haya hecho aparición de modo co-construido y recíproco en la relación terapéutica. Puede tratarse de un patrón que es recurrente en otros vínculos del paciente o que surge en el contexto de las relaciones fantaseadas. En este sentido, la investigación de infantes ha mostrado que es clínicamente necesario tomar en consideración que todas las relaciones son realmente únicas y que, a pesar de que es posible reconocer ciertos patrones recurrentes y que éstos en ocasiones dan forma a la experiencia de un paciente con su terapeuta, no es lícito suponer sin más que tal patrón determinará todas o la mayoría de las relaciones que establece un individuo (Tronick, 2003). En la siguiente viñeta se delinea una posibilidad de trabajo clínico relacional con un patrón interactivo implícito del segundo tipo descrito. Como ya se mencionó, este trabajo comienza a tomar forma a raíz de la exploración del papel de las manos y brazos del paciente en los vínculos, una exploración que se constituyó como continuación del trabajo terapéutico con un gesto emergido a partir de un sueño (véase la sección anterior).

Trabajo con un patrón interactivo

Con la finalidad de continuar explorando los elementos que han surgido con este paciente de 20 años, decido en una de las sesiones subsiguientes retomar la temática del papel de sus brazos y manos en sus relaciones, una temática que había emergido a partir del relato de un sueño que incluía un gesto específico de brazos y manos. Después de conversar algunos minutos al respecto, le propongo explorar la temática de modo expe-

riencial. Para ello, nos ponemos de pie y nos paramos frente a frente a algunos metros de distancia. En esta situación, le pido que registre las sensaciones corporales presentes y que preste especial atención a sensaciones, impulsos o atisbos de movimiento en sus brazos y manos. En el primer registro reaparece el deseo de abrazarme. Entonces le indico que me iré acercando lentamente, un paso a la vez, a él y que vuelva a registrar sus sensaciones y que las verbalice en la medida en la que se produzcan. Cuando doy algunos pequeños pasos en su dirección, afirma que sus brazos se vuelven “pesados” e “inmóviles”, reemplazando el impulso a abrazar por una inhibición motriz. Dada la positiva alianza terapéutica que existe entre nosotros, decido proseguir con la exploración iniciada, recordando que uno de los aspectos que trabajamos con anterioridad guardaba relación con la dificultad para expresar agresión en sus vínculos. Me acerco aún más, quedando muy cerca de él; tan cerca, como para que se incomodara al menos ligeramente y, por tanto, se activara al menos ligeramente la necesidad de colocar límites entre nosotros dos y buscar un poco de distancia. Le pido que verbalice sus sensaciones corporales y el paciente responde que desearía utilizar sus manos para generar una distancia entre nosotros y recuperar un espacio relacional más cómodo, pero que se le hace imposible moverlas –se sienten “paralizadas”. A continuación volvemos a tomar asiento con la finalidad de discutir y comprender su experiencia.

Este ejemplo clínico ilustra la posibilidad de trabajar de forma experiencial y relacional con patrones implícitos interactivos en un marco psicoterapéutico. En cierto sentido, se trata de un uso intencional de una escenificación o puesta en escena [*enactment*], una técnica que ha sido elaborada en la psicoterapia corporal analítica (Worm, 2007). Desde el punto de vista desarrollado en este artículo, utilizamos la exploración de un patrón interactivo con la finalidad de profundizar en nuestra comprensión tanto de la expresión de agresión (a través de un acercamiento importante que habitualmente moviliza de modo espontáneo la expresión no verbal de la necesidad de distancia y límites) como de la manifestación de necesidades. Cuando comenzamos a verbalizar la experiencia corporal interactiva escenificada se clarifica un patrón relacional en el cual el paciente típicamente busca contacto y seguridad en otros (el deseo de abrazar) pero con una percepción subjetiva de que él tiende a cuidar y proteger a los demás. En otras palabras, se comporta protegiendo a otros significativos, pero con una motivación inconsciente de recibir seguridad y contacto. Al mismo tiempo, queda al descubierto algo que lo sorprende pero que intuye

como verdadero en base a experiencias pasadas que trae a colación en el transcurso de la verbalización: cuando otros se acercan a él en busca de contacto, habitualmente se descoloca e incomoda. A pesar de que este aspecto es diferente a lo que surge de modo específico en la exploración vivencial descrita, ya que en ésta se trató más bien de la dificultad para expresar agresión y colocar límites relacionales, se descubre que comparte con la exploración la experiencia de inhibición de los brazos.

Por otro lado, la exploración vivencial de un patrón interactivo nos permitió profundizar particularmente en la temática de la inhibición de la agresión en el sentido de la posibilidad de colocar límites en sus vínculos. Quedó de manifiesto que esta inhibición estaba relacionada con su forma de vinculación con el padre, el cual tenía tendencias autoritarias marcadas. Así, a partir de la exploración del contexto relacional de las funciones de un aspecto corporal expresivo en una relación actual, emergieron elementos relevantes del contexto relacional ligado al origen de la paralización expresiva de sus brazos y manos. Algo similar ocurrió con posterioridad respecto del patrón vincular ya mencionado (proteger a otros para obtener seguridad y contacto), dado que pudo establecerse el origen de tal patrón en la relación temprana con una madre que funcionaba de modo muy parecido en sus propias interacciones interpersonales. Más allá, este ejemplo muestra una consecuencia característica que sigue al tipo de intervención que hemos pormenorizado: entre sesiones, el paciente comienza de manera espontánea a prestar mayor atención a sus propias reacciones y sensaciones somáticas y, con ello, trae material importante a las sesiones subsiguientes. El paciente de la viñeta anterior, por ejemplo, empezó a explorar en el marco de sus interacciones relacionales cotidianas la experiencia de sus brazos y manos. Tal como mencionamos antes, una vez que un paciente es introducido a la relevancia de los fenómenos corporales y se percata de su valor, deja de ser necesario que el psicoterapeuta le pida que reporte aspectos sobresalientes de sus experiencias somáticas relacionales.

REFLEXIONES FINALES

Hemos intentado mostrar desde el punto de vista clínico de qué maneras es posible trabajar con el cuerpo y la corporalidad en términos relacionales. Las restricciones de espacio hacen imposible ofrecer un cuadro sistemático de estas posibilidades, pero esperamos que las viñetas descritas hayan podido dejar en claro al menos a grandes rasgos cómo se puede introducir el cuer-

po relacional en la relación psicoterapéutica de forma constructiva. A pesar de que también hemos incluido viñetas que abarcan intervenciones más elaboradas de trabajo con el cuerpo, parece perfectamente factible que en un encuadre verbal se puedan aplicar algunas de las ideas expuestas en este artículo. Por otro lado, en las viñetas se ha omitido deliberadamente una información más detallada sobre la psicopatología específica de los pacientes involucrados con la finalidad de poner al descubierto que un enfoque corporal-relacional puede ser de utilidad con cualquier tipo de pacientes. Downing (2007), por ejemplo, describe con elocuencia y claridad de qué manera un enfoque como éste –sobre todo centrado en los patrones implícitos interactivos que surgen entre paciente y terapeuta– puede ser de especial utilidad a la hora de poner en marcha un proceso psicoterapéutico y de fortalecer la alianza terapéutica con pacientes difíciles o con perturbaciones más graves de la personalidad.

Probablemente las interrogantes y las perspectivas teóricas y prácticas que abre esta forma de abordar en términos clínicos la dimensión implícita de la relación terapéutica son múltiples. Asimismo, está claro que las viñetas presentadas pueden ser entendidas e interpretadas de formas muy distintas a las propuestas aquí e igualmente válidas. En particular, las diversas implicancias transferenciales de la incorporación de intervenciones experienciales centradas en la corporalidad son de gran relevancia y, aunque no podemos entrar en este contexto en ellas, de hecho han sido tematizadas por diversos autores y se ha iniciado la construcción de criterios clínicos de indicación, contraindicación y timing (véase, entre otros, el tomo de Geissler y Heisterkamp, 2007). Es de esperar que otros psicoterapeutas puedan comenzar a formular, sistematizar y compartir sus propias experiencias terapéuticas en enfoques similares al que hemos propuesto en este trabajo o en experiencias exploratorias estimuladas por esta exposición. Esto permitiría dar respuesta a la observación de Beebe (2004) acerca de que, al margen del entusiasmo que el concepto ha generado, aún falta mucha investigación clínica en torno a los procesos relacionales implícitos, en especial en torno a su aplicación concreta a casos específicos.

REFERENCIAS

1. BCPSG (Boston Change Process Study Group). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis* 2002; 83: 1051-1062
2. BCPSG (Boston Change Process Study Group). The "something more" than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2005; 53 (3): 693-729
3. 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
4. Beebe B. Faces in relation: A case study. *Psychoanalytic Dialogues* 2004; 14 (1): 1-51
5. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D. *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*, Other Press, New York, 2005
6. Beebe B, Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
7. Bentzen M. Formen des Erlebens: Neurowissenschaft, Entwicklungspsychologie und somatische Charakterbildung. En Marlock G. & Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 304-328
8. Boadella D. Transference, politics, and narcissism. *International Journal of Psychotherapy* 1999; 4 (3): 283-311
9. Boadella D. Soma-Semantik –Bedeutungen des Körpers. En Marlock G. & Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 208-215
10. Bowlby J. *Una base segura*, Paidós, Barcelona, 1988
11. Conger J. *The Body in Recovery: Somatic Psychotherapy and the Self*, Frog, California, 1994
12. Cozolino L. *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain*, W. W. Norton & Company, New York, 2006
13. Downing G. Frühkindlicher Austausch und dessen Beziehung zum Körper. En Marlock G. & Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 333-350
14. Downing G. Unbehagliche Anfänge: Wie man Psychotherapie mit schwierigen Patienten in Gang setzen kann. En Geissler P. & Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer-Verlag, Wien, 2007, pp. 555-581
15. Fosshage J. Fundamental pathways to change: Illuminating old and creating new relational experience. *International Forum of Psychoanalysis* 2003; 12: 244-251
16. Fosshage J. The explicit and implicit domains in psychoanalytic change. *Psychoanalytic Inquiry* 2005; 25 (4): 516-539
17. Geissler P, Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*, Springer, Wien, 2007
18. Heisterkamp G, Geissler P. Rahmen, Arbeitsbündnis und Setting –oder die Einrichtung der "psychotherapeutischen Werkstatt". En Geissler P. & Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer-Verlag, Wien, 2007, pp. 199-210
19. Knoblauch S. From the word to the scene: An expanded conceptualization for therapeutic action. *American Journal of Psychoanalysis* 1996; 56 (3): 319-329
20. Kohut H. *How Does Analysis Cure?*, Chicago University Press, Chicago, 1984
21. Lecannelier F. *Apego e intersubjetividade: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*, LOM Ediciones, Santiago de Chile, 2006
22. Levine P. *Curar el trauma*, Ediciones Urano, Barcelona, 1997
23. Lowen A, Lowen L. *The Way to Vibrant Health: A Manual of Bioenergetic Exercises*, Harper & Row, New York, 1977
24. Lyons-Ruth K. The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. En Aron L. & Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 311-349

25. Maroda K. Show some emotion: Completing the cycle of affective communication. En Aron L. Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 121-143
26. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21 (1): 71-93
27. Reich W. *Ether, God, and Devil*, Farrar, Straus & Giroux, New York, 1949
28. Renik O. Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1993, pp. 407-424
29. Sassenfeld A. Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007a; 3 (2): 177-188
30. Sassenfeld A. Dos patrones de la regulación afectiva en la interacción temprana y en la interacción psicoterapéutica. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007b; 3 (3): 300-309
31. Sassenfeld A. Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008a; 4 (1): 83-92
32. Sassenfeld A. Interacción no-verbal temprana y defensas no-verbales relacionales implícitas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 2008b. En prensa
33. Sassenfeld A. Reflexiones sobre el sistema de las neuronas espejo y algunas de sus implicancias psicoterapéuticas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008c; 4 (2): 193-198
34. Steiner M. Das implizite Beziehungswissen in Träumen von Erwachsenen. En Geissler P. & Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer-Verlag, Wien, 2007, pp. 521-554
35. Stolorow R, Atwood G. *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*, Herder, Barcelona, 1992
36. Stolorow R, Atwood G. Orange D. *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*, Basic Books, New York, 2002
37. Totton N. Foreign bodies: Recovering the history of body psychotherapy. En Staunton T. *Body Psychotherapy*. Brunner-Routledge, London, 2002, pp. 7-26
38. Tronick E. "Of course all relationships are unique": How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry* 2003; 23, 473-491
39. Wallin D. *Attachment in Psychotherapy*, The Guilford Press, New York, 2007
40. Worm G. Zum Umgang mit Handlungsdialogen in der therapeutischen Beziehung. En Geissler P. & Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer-Verlag, Wien, 2007, pp. 211-238

ENSAYO

NEUROBIOLOGÍA INTERPERSONAL: LA DEPRESIÓN POST-PARTO Y EL VÍNCULO DE APEGO TEMPRANO

(Rev GPU 2008; 4; 4: 454-461)

Simón Guendelman¹

Este artículo aborda de manera general los sustratos neurobiológicos de la depresión y sus similitudes y diferencias endocrino y neuro-imagenológicas con la depresión post-parto. Se revisa epidemiología de la depresión post-parto y su relación con las alteraciones del vínculo madre-hijo. En el contexto de la neurobiología interpersonal, se articulan hipótesis desde la dimensión molecular hasta la interpersonal, revisando las posibles consecuencias de la depresión postparto y de las alteraciones del vínculo madre-hijo en la relación de apego y en el desarrollo neurobiológico del bebé, en especial del cerebro límbico.

INTRODUCCIÓN

Las emociones, actitudes y conductas de los padres, sobre todo de las madres en los primeros meses, son cruciales para el bien-estar, el desarrollo y el futuro de los infantes (Wittkowski, 2007). Diversos modelos se han utilizado para entender la manera en que este proceso tiene lugar. La teoría del apego provee una base explicativa interdisciplinaria para este ámbito de fenómenos. Según ésta, existiría un periodo crítico en el desarrollo psiconeurobiológico de los bebés, que *obligaría* a los padres a adoptar conductas de cuidado conducentes a la satisfacción de las necesidades bio-psico-sociales de su descendencia, con el fin de asegurar su adaptación y supervivencia. Así, en el proceso de la relación madre-(padre)-hijo interactúan una multiplicidad de factores interdependientes: prematuridad del bebé, indemnidad

orgánica, nivel educacional de la madre, redes de apoyo social, situación marital, uso de sustancias, depresión materna, entre otros. Cualquiera de éstos al alterarse podría generar un trastorno de la relación madre-hijo, con posibles consecuencias *negativas* en el comportamiento futuro del infante (Swain, 2007).

De esta forma, el estado mental, emociones, sentimientos y actitudes de la madre, a la vez que el entorno social de la familia, toman una importancia crucial/relevante, nunca antes vista, en cuanto a la influencia crítica en el desarrollo del niño en su totalidad.

En el contexto de este artículo, entenderemos el Apego como un tipo de vínculo afectivo entre dos personas, caracterizado por ser bi-direccional, recíproco, en el cual existe disponibilidad y deseo de mantener proximidad. En tanto vínculo afectivo, "los niños son propensos a establecer una serie de relaciones de

¹ Interno VII año Medicina U. de Chile.

apego en la primera infancia, dando lugar a una jerarquía de cuidadores principales con una figura cuidadora de apego preferida sobre los demás" (Bretherton 1980, citado en Fonagy 2001). Así, desde un punto de vista psicobiológico, el apego se entiende como un sistema conductual, que organiza de manera coherente ciertos comportamientos (para Bowlby: mamar, sonreír, agarrar, llorar, y seguir) en relación a la figura vincular, todo esto con el fin de mantener al cuidador accesible y receptivo, es decir, disponible. (Mitchell, 1993; Fonagy, 2001; Moneta, 2005)

Actualmente, los temas de la depresión post-parto, las alteraciones del vínculo y sus consecuencias en la relación madre-hijo han tomado especial relevancia. De manera que se cuenta con nueva e importante literatura al respecto.

DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión post-parto (DPP) es definida por el DSM-IV como un episodio depresivo mayor, dentro de las 4 semanas seguido el parto. De todas formas, es ampliamente aceptado que el inicio del cuadro ocurra incluso entre el segundo al cuarto mes. A pesar de su frecuencia y relevancia, esta patología ha sido pobremente caracterizada, a la vez que subdiagnosticada, siendo su etiopatogenia aún poco clara, no bien diferenciada de la depresión.

La prevalencia de DPP oscila entre 8,8% a 9,2% en población chilena (Jadresic, 1995a), llegando hasta 36,7% utilizando métodos de tamizaje para sintomatología depresiva en el postparto, como el *Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS) (Jadresic, 1995b).

Esta diferencia se repite en estudios extranjeros, alcanzando valores generales de 13% para DPP propiamente tal, según un meta-análisis de O'Hara *et al.* (1996), y de 32% (India) a 61% (Taiwán) en un estudio multicéntrico de tamizaje para depresión postparto. (Affonso, 2000)

Los factores de riesgo más importantes para DPP son: historia de depresión, conflictos maritales, eventos vitales estresantes, percepción de falta de redes de apoyo durante el embarazo, falta de soporte emocional y económico de la pareja durante el embarazo, madre soltera, bajo nivel socioeconómico (Wilson, 1996).

NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Según estudios de neuroimagen, electrofisiología y anatomía-patológica de la depresión en humanos, a nivel neurobiológico se afectarían centros tales como la corteza prefrontal, la corteza cingulada, el hipotálamo,

el hipocampo, la amígdala, el cuerpo estriado y el tálamo (Drevets, 2000; Nestler 2002).

En este sentido, existe bastante evidencia a favor de que el estrés y la depresión disminuyen la neurogénesis hipocampal, produciendo atrofia del mismo, situación que es revertida con el tratamiento antidepressivo (Warner-Schmidt, 2006; Yi, 2003; Sapolsky, 2000).

A su vez, a nivel de neuroimagen funcional, se ha observado que pacientes con depresión presentan una re-actividad sostenidamente elevada de la amígdala ante el procesamiento emocional y una disminución de la actividad de la corteza pre-frontal dorsolateral ante tareas de control ejecutivo (Siegle, 2007).

Además, existiría una asimetría en la actividad de la corteza prefrontal dorsolateral, siendo menor en lado izquierdo y mayor en el derecho (Grimm, *en prensa*). A la vez, habría una menor actividad en regiones de la corteza orbitofrontal posterior (regulación emocional inhibitoria, toma de decisiones basadas en la emoción) (Drevets, 2007); y del cuerpo estriado ventral (motivación y conductas de recompensa) (Epstein, 2006).

Estos centros conforman circuitos neurales involucrados en funciones tales como la cognición social, conducta y regulación emocional, respuesta al estrés, memoria, aprendizaje, conductas motivacionales, ritmos circadianos, nivel de energía y ánimo basal, búsqueda de placer, entre otras.

A nivel neuroquímico, los mecanismos subyacentes que han sido involucrados clásicamente son: disminución de la transmisión monoaminérgica (serotonina, noradrenalina, dopamina), desbalance en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (aumento de CRF y Cortisol) (Sapolsky, 2000; Nestler 2002; Castrén, 2005; Bale, 2006).

A su vez, a la base existirían mecanismos de neuroplasticidad mediados por neurotoxicidad por glutamato (NMDAR) asociado a disminución en la neurogénesis y arborización dendrítica hipocampal. Este fenómeno estaría correlacionado con una disminución del BDNF (brain-derived neurotrophic factor/ factor de crecimiento derivado del cerebro). Es más, estudios recientes han demostrado niveles significativamente más bajos de BDNF plasmático en sujetos depresivos, parasuicidas, versus sujetos sanos (Sapolsky, 2000; Nestler, 2002; Yi, 2003; Warner-Schmidt, 2006; Deveci, 2007).

NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

A nivel etiopatogénico, como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, existiría una interacción de factores: desde susceptibilidad genética, alteraciones neuroendocrinas y eventos vitales estresantes mayores.

En relación al sustrato neurobiológico propio de la DPP, existen en la actualidad estudios que abordan este punto.

En un reciente estudio piloto de imagenología por resonancia nuclear magnética funcional en mujeres con DPP, Silverman *et al.* (2007) observaron disminución en la actividad de la corteza orbitofrontal (asociado a regulación emocional y toma de decisiones influidas por la emoción); mayor re-actividad de la amígdala en mujeres sanas (centro asociado a activación de respuesta emocional/a diferencia de la evidencia en sujetos con depresión no-embarazados vs. control); mayor actividad de la ínsula bilateralmente, mayor a derecha, asociado a experiencia emocional negativa o positiva y no neutras (centro heteromodal de integración y relevo de información sensorial, visceral, autonómico y límbico/tendría implicación en experiencia subjetiva emocional); menor actividad del estriado (centro involucrado en la motivación y conductas de recompensa).

A su vez, Leuner *et al.* (2007) observaron en ratas que amamantaban, una disminución de la proliferación celular en el hipocampo, hecho que era revertido al finalizar el periodo de lactancia y al adrenelectomizar las ratas, sugiriendo de esta forma que la experiencia materna durante el post-parto inhibiría la neurogénesis hipocampal, efecto que sería mediado por el cortisol.

En este sentido, cabe destacar la similitud de este modelo con el modelo de depresión en humanos, en cuanto a los efectos deletéreos de los glucocorticoides en la neurogénesis hipocampal, siendo aún estos resultados no extrapolables a mujeres con DPP, si sugieren un fenómeno fisiológico común de estrés durante el post-parto, el cual podría agravarse ante ciertas condiciones socio-ambientales.

A pesar de esto, y a diferencia de la depresión en no-embarazadas, no existe ningún estudio en la actualidad que haya demostrado una asociación etiológica/significativa entre los niveles plasmáticos de cortisol y DPP (Hendrick, 1998). Más aún, diversos autores, han argumentado que existiría un eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) suprimido, posiblemente explicado por el efecto de retirada (withdrawal) de los altos niveles de CRH placentario del embarazo, los cuales ejercerían un efecto supresor del eje (Magiakou, 1996; Hendrick, 1998; Groera, 2007).

En un estudio de Groera *et al.*, las mujeres postparto que presentaron sintomatología típica de episodio depresivo: mayor estrés percibido, somnolencia, fatiga, ansiedad, rabia y eventos vitales negativos, presentaron niveles bajos de prolactina, cortisol, interferón gama, y de la relación th1/th2, que pudiese traducirse en una menor actividad de la inmunidad celular. A su vez, sólo

un tercio (32%) de estas madres alimentaba *de pecho* a su bebé, lo que concuerda con su condición hormonal (Groera, 2007).

A su vez, se ha investigado la relación de DPP y otros factores hormonales como: estrógenos, progesterona, hormonas tiroideas, colesterol (McCoy, 2003).

A pesar de esto, al simular en mujeres controles los cambios hormonales del embarazo, se vio que éstas no presentaban sintomatología depresiva, por lo cual aún no se ha demostrado que los cambios hormonales expliquen por sí mismos consistentemente la aparición del cuadro afectivo (Hendrick, 1998).

NEUROBIOLOGÍA DEL APEGO

A nivel neurobiológico es interesante destacar que los centros involucrados y alterados en los trastornos afectivos, estructuras corticales y límbicas, están involucrados en la generación y regulación de conductas sociales, y emocionales, como la empatía, la auto-regulación, el razonamiento social, la representación e interpretación de las acciones y las respuestas somáticas de las emociones (Adolphs, 2003; Siegel, 2006).

De manera tal que su *afectación se correlacionaría con una disminución de las habilidades de la madre para conectarse y sintonizarse comunicativamente con el bebé*, lo cual redundará en su capacidad para contener y regular los estados emocionales del bebé. En este sentido, se alterarían centros como la ínsula y la corteza orbitofrontal y prefrontal, que actuarían en la percepción de las expresiones afectivas de los otros y la interpretación de los mismos, respectivamente. Esto explicaría la incapacidad de la madre de resonar comunicativamente con el estado del bebé. Entendiendo *resonar*, según D. Siegel, como un cambio en el estado fisiológico, afectivo e intencional en el observador que es determinado por la percepción del respectivo estado de activación de la persona observada (Carr, 2003; Grimm *in press*; Siegel, 2006).

En este sentido, algunos estudios ya han indagado en la relación existente entre la condición afectiva materna y sus capacidades/estilos/habilidades de interacción con el bebé. Nagata *et al.*, observaron una correlación significativa en mujeres con disforia postparto y alteración del vínculo (materno), medido por la escala de apego maternal postparto autoadministrada (Nagata, 2000).

Así, Sabuncuodlu *et al.*, observó en población turka que existía una relación significativa entre estilo de apego inseguro materno (medido por el *adult attachment style questionnaire*) y depresión post-parto en la misma (Sabuncuodlu, 2006). Moehler *et al.*, observaron

en un estudio longitudinal de 101 mujeres, utilizando el test de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) y el cuestionario de vínculo (apego) postparto (PBQ: postpartum bonding questionnaire), que existía una relación significativa entre la sintomatología depresiva materna, incluso sin alcanzar criterios de DPP, y alteraciones en el vínculo madre-hijo (Moehler, 2006). Similar observación hizo Taylor, al utilizar el EPDS y otra escala de vínculo madre-hijo postparto (MIB: mother-infant-bonding), donde corroboró que tanto las mujeres con disforia postparto y con DPP tenían puntuaciones significativamente peores al evaluar el vínculo madre-hijo con las controles (Taylor, 2005).

PISCONEUROENDOCRINOLOGÍA DEL BEBÉ

Aplicando la teoría del apego y autorregulación cerebral expuesta por el *neuropsicoanalista* Allan Shore, en el contexto de una madre depresiva, los patrones interaccionales determinados por su estado mental generarían *estados* en el bebé, en los cuales el flujo de variaciones fisiológicas y afectivas superarían su capacidad de regulación, estableciéndose un *estado afectivo disregulado* por la ausencia de lo que este autor denomina “las transacciones vinculares de sincronía afectiva”. Estas transacciones, como tocarse, verse, olerse, oírse mutuamente, normalmente estarían determinadas por la capacidad de *sincronizarse afectiva y cognitivamente de la madre*, permitiendo en el tiempo generar un vínculo sano y duradero.

Shore ha visto cómo las experiencias traumáticas tempranas traerían como consecuencia, entre otras, una alteración en el desarrollo del hemisferio derecho del bebé, cuyo desarrollo sería especialmente crítico en los primeros tres años del mismo, pudiendo alterar sus funciones (regulación emocional, procesamiento y atención visuo-espacial, componentes de comunicación no-verbal, mapas corporales integrados) (Chiron, 1997; Shore, 2001; Siegel, 2006; Lecannelier, 2006).

Estos *estados de disregulación* podrían asemejarse a estados de estrés, ya que el bebé no es capaz de hacer frente ni adaptarse a la situación (activación psicofísica) dada, pero no por un fracaso en sus habilidades o estrategias de resiliencia, sino más bien porque precisamente carece de ellas.

Esto, según lo demostrado por investigaciones recientes en el área de la neuroendocrinología, podría generar conductas tanto hiperactivas como hipoactivas en los niños, ambas asociadas a respuestas anormales del cortisol, por tanto del eje HHA (Nachmias, 1996).

En este sentido, en adultos se ha visto que niveles sostenidamente elevados de cortisol no sólo ac-

túan fuera del cerebro sino también ejercen su efecto dentro del cerebro, intracelularmente controlando la transcripción de genes involucrados en el control de las respuestas neurales y de redes neurales, específicas, que subyacen el comportamiento adaptativo (Ron de Kloet, 2005).

Esto ha sido corroborado recientemente por Karsen y Her *et al.*, quienes observaron que los estímulos sociales estresantes cambian en forma *inmediata* el perfil de expresión génica en la corteza prefrontal ventromedial de primates. Esto sería mediado por glucocorticoides (cortisol y CRH) intra-cerebrales, aumentando la expresión de genes represores de transcripción, que regulan a la baja –down regulation– la expresión de genes involucrados en fenómenos de neuroplasticidad (Karssen y Her, 2007).

Así, se ha visto que niveles sostenidamente altos de cortisol se han asociado a efectos deletéreos de la respuesta inmune (Cacioppo, 1994) y del procesamiento de la memoria y la atención (Lupien, 1994) a la vez, como ya ha sido extensamente comentado, jugarían un rol crucial en el desarrollo de patología ansiosa y trastornos del ánimo (Nestler, 2002; Bale, 2006).

Más aun, en un estudio transversal Lee *et al.* demostraron niveles comparativamente elevados de CRF en líquido cefalorraquídeo en individuos que cursaban con trastorno de la personalidad (sin patología eje I) y que habían presentado retrospectivamente alteraciones vinculares con sus padres, versus grupo de individuos que, o no cursaban con trastorno de la personalidad, o bien cursaban con trastorno de la personalidad pero no habían presentado alteraciones vinculares retrospectivamente (Lee, 2006). Así, el buen cuidado vincular-parental sería un factor predictor de bajos niveles de CRF en la adultez, cumpliendo con rol benéfico protector de disminuir la reactividad al estrés. En este sentido, distintos estudios han comprobado que las crías de madres que no los tocan/lamen/alimentan desarrollan una mayor reactividad al estrés, lo que se ve reflejado en una mayor respuesta del eje HHA ante situaciones estresantes que los grupos control.

Dentro de esta línea, Caldji *et al.* observaron que las variaciones en el cuidado materno, medido en conductas de tocar-lamer-alimentar, determinaban cambios en las subunidades del receptor de GABA tipoA, específicamente en la corteza prefrontal, hipocampo y en los núcleos basolaterales y centrales de la amígdala. Este sistema de neurotransmisión está involucrado directamente en la extinción de la respuesta del miedo y la ansiedad gracias a su distribución en centros límbicos involucrados en éste. Así, las crías de madres que tuvieron un cuidado deficiente presentaron ciertas variaciones

en el receptor GABA_A, aumento de la subunidad alfa3 y alfa4 en núcleos basolateral y central de la amígdala; a su vez, las subunidades alfa 1 y 2 predominaban en las crías de madres de alto nivel de cuidado. De esta forma, las variaciones en las subunidades del receptor de GABA_A secundarias a las variaciones en el cuidado materno estarían asociadas a una mayor reactividad al estrés, contribuyendo posiblemente a una mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos de ansiedad (Caldii, 2003).

Megan Gunnar, a su vez, ha demostrado la existencia de una alteración del eje HHA en diversas poblaciones de niños sometidos a distintos tipos de situaciones estresantes. Ha observado que más que simplemente un nivel anormalmente alto de cortisol (medido en saliva) libre circulante, existiría una respuesta anormal de este eje, por ejemplo anormalmente disminuido como observó en niños abandonados o abusados (Gunnar, 2002). O bien, disregulado de sus variaciones rítmicas circadianas, lo que estaría asociado a distintas circunstancias como el inicio de un nuevo año escolar o la estancia ordinaria en guarderías infantiles (Bruce, 2002). A su vez, observó que las alteraciones descritas del eje HHA eran moduladas/reguladas claramente por factores como la calidad del cuidado de los padres, a la vez que del temperamento de los infantes, constituyéndose éstos en (posibles) factores protectores del desarrollo del cerebro y mente de los infantes (Gunnar, 1998, 2002).

En este sentido, múltiples estudios han demostrado la relación entre la presencia de la figura de apego, el apego-seguro, y bajos niveles de cortisol en bebés. Y vice versa, la relación entre apego-inseguro y elevación en el cortisol basal (Gunnar, 1996, 2002).

Más aún, un estudio prospectivo de 1.137 mujeres en el Reino Unido, realizado a los 51 años de éstas, demostró que a mayor cantidad de días de separación de éstas de sus madres y peor calidad del cuidado materno, existía significativamente mayor riesgo de desarrollar depresión postparto en el grupo de mujeres estudiadas (McLaren *en prensa*).

CONCLUSIONES

En primer lugar, cabe preguntarse respecto de si la depresión y la DPP constituyen una misma entidad nosológica. Existirían similitudes en cuanto a la clínica, ejes sintomáticos; en tanto que su tratamiento y respuesta a éste sería similar. Además, a nivel neurobiológico las estructuras córtico-límbicas involucradas se afectarían aparentemente de la misma forma: disminución en la actividad de la corteza orbitofrontal y del cuerpo estriado, mayor actividad de la ínsula bilateralmente, pero cabe destacar la menor re-actividad de la amígdala

comparativamente de las mujeres con DPP con las mujeres control, lo que también se contrapone a la evidencia en sujetos con depresión no-embarazadas (Silverman, 2007; Siegle, 2007).

En este sentido, según estos hallazgos de neuroimagen funcional, las mujeres con DPP tendrían una activación de la respuesta emocional normal, activación visceral y reactividad afectiva, en cuanto función amigdaliana. Lo cual, a mi juicio, podría interpretarse como una *necesidad/protección evolutiva* para mantener un *estado mental y fisiología disponible a la acción* para cuidar y criar adecuadamente a la progenie, más allá de la patología mental concomitante.

Lo anterior concordaría con los hallazgos de niveles normales de cortisol en DPP. A pesar de que la hipótesis: embarazo, estrés, aumento del cortisol, DPP es muy tentadora, ésta no sería efectiva al menos en cuanto niveles plasmáticos de cortisol. De hecho a diversos autores postulan que en el periodo postparto existiría un estado transiente de supresión del eje HHA. (Magiakou, 1996; Hendrick, 1998; Groera, 2007).

A pesar de esto, los hallazgos de Leuner *et al.* en ratas postparto, demuestran consecuencias agudas/inmediatas del cortisol en el SNC, disminuyendo la neurogénesis hipocampal, lo cual fue revertido por adrenalectomía (Leuner, 2007). Por lo tanto, de existir un rol del cortisol en la génesis de la DPP, éste tendría que ejercerse en forma crónica, tal como se le ha implicado en la génesis de la depresión y trastornos de ansiedad. (Sapolsky, 2000; Nestler, 2002), o bien, como cambios a nivel de neuro-transmisión límbica (número, sensibilidad de receptores, etc.). En este sentido, faltan estudios en humanos que cotejen estos hallazgos y definan de mejor forma el rol del cortisol durante el periodo postparto y en la patogénesis de trastornos mentales durante el mismo.

Como ya hemos comentado, la prevalencia de DPP en Chile es de 36,7% utilizando el EPDS. Siendo aún subdiagnosticada, a su vez, faltan estudios que indaguen la prevalencia y patogenia de otros trastornos mentales propios del embarazo y postparto. Éstos también serían aparentemente subdiagnosticados, o inclusive ignorados hasta el momento (Jadresic, 1995).

Brockington reconoce los siguientes trastornos mentales del postparto: psicosis puerperal, trastornos de la relación madre-hijo, depresión, trastornos resultantes de un parto estresante (trastorno por estrés post-traumático, trastorno de Querulát), trastornos específicos de ansiedad, obsesión de dañar al niño y otras preocupaciones mórbidas (Brockington, 2004).

Ahora bien, cabe preguntarse si todas éstas pueden producir una alteración vincular madre-hijo, o cuáles se

asocian más fuertemente con ésta, lo cual aún está por estudiarse. De todas formas, este autor adscribe que los trastornos de la relación madre-hijo (vinculares) *existen de por sí*, y no serían sólo una dimensión sintomática de otros cuadros como la DPP. Así, los trastornos de la relación madre-hijo tienen a su vez otras causas, manifestaciones específicas, métodos diagnósticos y tratamientos diferentes (Brockington, 2004).

Entonces, si bien la DPP podría afectar las habilidades relacionales vinculares de las madres, al afectar su psicobiología afectiva-relacional, tal como lo hemos argumentado en este artículo, ambas *entidades* también podrían presentarse *juntas*, en tanto co-morbilidades. Así, se ha visto que los trastornos de la relación madre-hijo se presentarían en un 22% de las mujeres referidas a psiquiatría en el Reino Unido, y en el 29% de las mujeres con DPP (Klier, 2000). Estudios que de todas formas debieran ser repetidos y actualizados en los distintos países acorde las realidades socio-culturales locales de los mismos.

Aun así, falta investigación que caracterice acabadamente los trastornos de la relación madre-hijo y su relación con la DPP, en tanto co-morbilidad o en tanto factor de riesgo, y determine específicamente su etiología y neurobiología propia.

A su vez, es relevante destacar el desconocimiento general de los trastornos de la relación madre-hijo a nivel de atención primaria, lo cual no debe extrañarnos pues ni en el DSM-IV ni en el CIE -10 existen las categorías diagnósticas para identificar estas patologías; por otro lado, hasta el momento tampoco se le ha dado real importancia a nivel académico. Debido a esto, creo que en la actualidad se utiliza el término DPP en forma amplia y laxa, *haciendo caber* todos estos trastornos del postparto (relacionales, ansiedad, personalidad, etc.) aún no bien caracterizados.

Diversos estudios ya citados han demostrado efectos deletéreos del maltrato, abandono, alteraciones vinculares y trastornos mentales maternos en el postparto, en niños sujetos a estas situaciones. En ese sentido, contamos con evidencia multidisciplinaria que sustenta la tesis de que ambientes desfavorables se asocian fuertemente a alteraciones psiconeuroendocrinas en el bebé.

Megan Gunnar ha demostrado extensamente cómo estas situaciones se asocian a alteraciones en el eje HHA; lo que a su vez se correlaciona con alteraciones conductuales en los infantes (temerosos, rabiosos, etc.). Esta autora sostiene que la calidad del cuidado materno regula la respuesta endocrina al estrés del infante, es decir, existiría una *regulación social del cortisol*, justo en los primeros años de vida, momentos clave

para el desarrollo del cerebro, sobre todo del "cerebro emocional" según Allan Shore (Gunnar, 2002, 1998; Shore, 2001).

Así, en la actualidad podemos ver que esta *falta de regulación social de la respuesta al estrés*, secundaria a distintas patologías mentales y condiciones psicosociales, vía glucocorticoides endógenos, ejercería sus efectos a nivel molecular, modificando la transcripción de genes involucrados en neuroplasticidad y neurogénesis (Kloet, 2005; Karssen, 2007), justamente en áreas críticas del cerebro límbico (blanco de glucocorticoides); a la vez que estos cambios perdurarían en el tiempo, ya sea por niveles significativamente aumentados de CRF en adultos (Lee, 2006), o bien por alteraciones en la conformación molecular del receptor de gaba tipo A, central en la regulación de la respuesta al estrés-ansiedad (Caldji, 2003). De forma que la calidad del cuidado materno afecta directamente los sistemas córtico-límbicos involucrados en la génesis de patología ansiosa, depresiva e incluso de personalidad. Esto concuerda perfectamente con las ideas de Allan Shore, para quien un cuidado materno deficiente, en tanto falla en la regulación afectiva de los estados mentales del bebé, se ve reflejado directamente en el desarrollo y cableado del cerebro (límbico) derecho, corteza orbitofrontal, a su vez fundamental en la *futura* regulación afectiva del *infante* (Shore, 2000). Heredando así, el infante, no sólo una carga genética sino también una *estrategia* de regulación afectiva.

Megan Gunnar describió que la *atención, sensibilidad y responsabilidad* de los padres o cuidadores eran las cualidades que los distinguían como *buenos cuidadores*, en tanto éstas prevenían predictivamente las alzas de cortisol en los niños, lo que se suma a los hallazgos de que el apego seguro también modula los niveles de cortisol en los infantes (Gunnar 1996, 1992).

En suma, las capacidades de *atención, sensibilidad, responsabilidad y regulación afectiva en tanto actitudes y disposiciones maternas*, serían cualidades centrales y críticas tanto en ambos padres como en los cuidadores, permitiendo éstas un correcto desarrollo bio-psico-afectivo de los bebés y niños, favoreciendo así el desarrollo de personas sanas, tanto física como mental y socialmente.

REFERENCIAS

1. Wittkowski A, Wieck A, Mann S. An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. Archives of Women's Mental Health 2007; 10; 4; 1434-1816

2. 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
3. Fonagy P. Teoría del apego y psicoanálisis. Ed Espaxs, Barcelona, 2004
4. Mitchell S. Conceptos relacionales en psicoanálisis, una integración. Ed Siglo veintiuno, Madrid, 1993
5. Moneta M. El Apego; aspectos clínicos y psicobiológicos de la diada madre-hijo. Ed Cuatro vientos, Santiago, 2005
6. Shaffer 2002, citado en Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D and Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch. Womens Ment. Health* 2005; 8: 45-51
7. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-191
8. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 694-699
9. O'Hara OM, Swain AM. Rates and risk of postpartum depresión: a meta-análisis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37-54
10. Affonso DD, De AK, Horowitz JA *et al.* An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res* 2000; 49: 207-16
11. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, *et al.* Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996; 154: 785
12. Drevets WC. Dysfunction in neural circuits involved in the pathophysiology of mood disorders. *Neuroimaging studies of mood disorders. Biological Psychiatry* 2000; 15: 813-829
13. Nestler E. Neurobiology of Depression. *Neuron* 2002; 34: 13-25
14. Warner-Schmidt J, Duman R. Hippocampal neurogenesis: Opposing effects of stress and antidepressant treatment. *Hippocampus* 2006; 16, 3; 239 - 249
15. Sheline YI, *et al.* Untreated. Depression and Hippocampal Volume Loss. *Am J Psychiatry* 2003;160: 1516-1518
16. Sapolsky R.M. Glucocorticoids and Hippocampal Atrophy in Neuropsychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 925-935
17. Siegle, Thompson W, Carter C, Steinhauer S, Thase M. Increased Amygdala and Decreased Dorsolateral Prefrontal BOLD Responses in Unipolar Depression: Related and Independent Features. *Biological Psychiatry* 2007; 61, 2, 198-209
18. Grimm S, Beck J, Schuepbach D, Hell D, Boesiger P, Birmopohl F, Niehaus L, Boeker H, Northoff G. Imbalance between Left and Right Dorsolateral Prefrontal Cortex in Major Depression Is Linked to Negative Emotional Judgment: An fMRI Study in Severe Major Depressive Disorder. *Biological Psychiatry. Article in Press, Corrected Proof*
19. Drevets WC. Orbitofrontal cortex function and structure in depression. *Ann NY Acad Sci* 2007; 13, *Epub ahead of print*
20. Epstein J, Pan H, Kocsis J, *et al.* Lack of ventral striatal response to positive stimuli in depressed versus normal subjects. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1784-1790.
21. Bale T. Stress sensitivity and the development of affective disorders. *Hormones and Behavior* 20006; 50: 529-533
22. Castrén E. Is mood chemistry? *Nature reviews Neuroscience* 2005; 6: 241-246
23. Márquez López-Mato A. Psiconeuroinmunología II. Desórdenes afectivos. Cap.10: 157-161. Ed. Polemos, Buenos Aires, 2004
24. Deveci A, Aydemir O, Taskin O, Taneli F, Esen-Danaci A. Serum BDNF Levels in Suicide Attempters Related to Psychosocial Stressors: A Comparative Study with Depression. *Neuropsychobiology* 2007; 56: 93-97
25. Silverman ME. Neural dysfunction in postpartum depression: an fMRI pilot study. *CNS Spectr* 2007; 12(11): 853-62
26. Leuner B, Mirescu C, Noiman L, Gould E. Maternal Experience Inhibits the Production of Immature Neurons in the Hippocampus During the Postpartum Period Through Elevations in Adrenal Steroids. *Hippocampus* 2007; 17: 434-442
27. Hendrick V, Altschuler L, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics* 1998; 9: 93-101
28. Groera M. Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology* 2007; 32, 133-139
29. Magiakou MA, Mastorakos G, Rabin D, *et al.* Hypothalamic corticotropin-releasing hormone suppression during the postpartum period: implications for the increase in psychiatric manifestations at this time. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81: 1912-1917
30. McCoy SJ, Beal JM, Watson GH. Endocrine factors and postpartum depression. A selected review. *J Reprod Med* 2003; 48: 402-408
31. Adolphs R. Cognitive neuroscience of human social behavior. *Nature Reviews Neuroscience* 2003; 4: 165-178
32. Siegel D. An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy: Awareness, Mirror Neurons, and Neural Plasticity in the Development of Well-Being. *Psychiatric Annals* 2006, *article in press*
33. Carr L, Iacoboni M, Dubeau M-C, Mazziotta JC, Lenzi GL. Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic Areas. *PNAS* 2003; 100: 9 5497-5502
34. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjo S. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 209-217
35. Sabuncuodlu O, Berkem M. The Relationship Between Attachment Style and Depressive Symptoms in Postpartum Women: Findings from Turkey. *Turkish Journal of Psychiatry* 2006; 17(4)
36. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 273-278
37. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 45-51
38. Shore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health* 2001; 22: 201-269
39. Chiron C, Jambaque I, Nabbot R, Lounes R, Syrota A, Dulac O. The right brain is dominant in human infants. *Brain* 1997; 120: 1057-1065.
40. Lecannelier F. Apego e Intersubjetividad. Lom Ediciones, Chile, 2006
41. Nachmias M. Behavioral inhibition and stress reactivity: the moderating role of attachment security. *Child Development* 1996; 67: 508-522
42. Ron de Kloet E *et al.* Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Neuroscience* 2005;6: 463-475
43. Karszen AM, Her S, Li JZ, Patel PD, Meng F, Bunney WE, Jones EG, Watson SJ, Akil H, Myers RM, Schatzberg AF and Lyons DM. Stress-induced changes in primate prefrontal profiles of gene expression. *Molecular Psychiatry* 2007; 12: 1089-1102
44. Cacioppo JT. Social neuroscience: autonomic, neuroendocrine, and immune responses to stress. *Psychophysiology* 1994; 31: 113-128

45. Lupien S, Lecours AR, Lussier I, Schwartz G, Nair NPV, Meaney MJ. Basal cortisol levels and cognitive deficits in human aging. *The Journal of Neuroscience* 1994; 14: 2893-2903
46. Lee RJ. CSF Corticotropin-Releasing Factor in Personality Disorder: Relationship with Self-Reported Parental Care. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31: 2289-2295
47. Caldji C, Diorio J, Meaney MJ. Variations in Maternal Care Alter GABAA Receptor Subunit Expression in Brain Regions Associated with Fear. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28: 1950-1959
48. Gunnar M. Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology* 2002; 27: 199-220
49. Bruce J. Individual differences in children's cortisol response to the beginning of a new school year. *Psychoneuroendocrinology* 2002; 27: 635-650
50. Gunnar M. Quality of Early Care and Buffering of Neuroendocrine Stress Reactions: Potential Effects on the Developing Human Brain. *Preventive Medicine* 1998; 27: 208-211
51. Gunnar M, Brodersen L, Nachmias M, Buss K, Rigatuso R. Stress reactivity and attachment security. *Dev. Psychobiol* 1996; 29: 10-36
52. McLaren L, Kuh D, Hardy R, Mishra G. Postnatal depression and the original mother-child relationship: A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*. Article *in press*.
53. Brockington I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*. 2004; 3:2: 89-95
54. Klier C, Muzik M. Mother-infant Bonding disorders and use of Parental Bonding Questionnaire in clinical practice. *Gynecol* 2000; 107: 1210-7

CRÓNICA

MENTE-CUERPO: UNA VIEJA FALACIA*

(Rev GPU 2008; 4; 4: 462-466)

Rafael Núñez¹

El último cuarto del siglo XX ha visto, para bien o para mal, el desarrollo de significativos cambios científicos y tecnológicos. Cambios cuya magnitud, velocidad y alcance no habían sido jamás observados en la historia de la humanidad. Una misma generación vio el paso desde la radio a tubos hasta los complejos sistemas inalámbricos de multimedia y de realidad virtual, y desde la práctica de la traumatología con pesados y aparatosos “yesos” hasta la fertilización in-vitro con espermios y óvulos comprados a través de internet y gestados en el vientre de madres portadoras pagadas por su servicio. Estos cambios han afectado de manera profunda no sólo el conocimiento que tenemos del universo y del microcosmos sino que también han afectado radicalmente el modo de ver el mundo. Sin embargo, estos vertiginosos cambios (a menudo tomados por sinónimos de “desarrollo” y “avance”) se contrastan con otros muy lentos –aunque mucho más profundos– que cuestionan las bases mismas de los sistemas de creencias, dogmas y valores que sustentan y dan sentido al funcionamiento de una sociedad. En este breve artículo quisiera referirme a un fundamental dogma que ha estado enraizado por siglos en todas las civilizaciones que nuestra especie *Homo Sapiens* ha generado, y que la ciencia de hoy, a la hora de la transición de milenios, comienza a remecer desde sus bases. Se trata de la división entre mente y cuerpo, dogma que ha estado al origen de la creación de las diversas religiones, del advenimiento de las grandes conquistas, de la sobreexplotación del medio ambiente, y hasta del desarrollo de las matemáticas y de la llamada “inteligencia artificial”. Al igual que el dogma de la tierra plana que imperó en la Europa precolombina, el dogma de la división mente-cuerpo es a la vez intuitivamente muy fuerte, eficiente y funcional. Sin embargo, hoy existe abundante y convergente evidencia empírica proveniente del estudio científico de la mente humana que nos muestra que ese dogma es lisa y llanamente falso. La división mente-cuerpo es una falacia. ¿Qué haremos, entonces, cuando no nos quede otra cosa que dejar de vivir con este antiquísimo, omnipresente y enraizado dogma?

* Este artículo fue originalmente publicado en: Fischer A (Editor). *Nuevos paradigmas a comienzos del tercer milenio*. Ed. El Mercurio-Aguilar, Santiago, 2004. La publicación en GPU fue autorizada tanto por la editorial como por el editor.

¹ Departamento de Ciencia Cognitiva de la Universidad de California, San Diego.

DIVIDIENDO MENTE Y CUERPO

Tradicionalmente, el estudio de la relación entre la mente y el cuerpo ha sido delegado casi exclusivamente a campos de estudio como la filosofía o la teología (campos que, dicho sea de paso, se han preocupado de perpetuar la división entre mente/alma y cuerpo). Sin embargo, eso hoy en día ya no es suficiente. Hoy la sociedad moderna tiene la responsabilidad de informar el debate con los hallazgos realizados en el quehacer científico contemporáneo, y ello en particular a la luz de los resultados recientes obtenidos en el estudio de la mente humana y de su naturaleza bio-social. Este tipo de estudio, si bien es relativamente nuevo, se diferencia de campos como la filosofía o la teología por el compromiso ineludible que tiene con la observación empírica, ofreciendo por lo tanto una rejuvenecedora y enriquecedora mirada a viejos problemas. Hoy en día ello se lleva a cabo en gran parte por las denominadas “ciencias cognitivas”, un esfuerzo multidisciplinario que intenta comprender la mente a través de sus múltiples complejidades, desde la neurociencia y la psicología, hasta la antropología, la lingüística y la primatología. Como lo sugieren diversos hallazgos de arte rupestre, la división entre la realidad de lo mental y de lo corporal es una dicotomía que nos acompaña desde el origen de la humanidad. Hace ya muchas decenas de miles de años la complejidad emocional y cognitiva del animal social *Homo Sapiens* hizo emerger en nuestros antepasados necesidades de tipo mental y espiritual ¿Cómo dar sentido a la experiencia de las indomables fuerzas naturales, las enfermedades, la caza, las guerras, la vida y la muerte? Satisfacer esta necesidad implicó operar efectivamente en dos dominios aparentemente diferentes: lo inmaterial como los valores, las creencias y la co-regulación social por un lado, y lo material como la nutrición, la procreación y la caza por otro. En su realidad de cazadores-recolectores, los primeros antepasados supieron hacer un adaptativo uso de la dicotomía mente-cuerpo, la cual habría de mantenerse por milenios. Después, la historia seguiría su curso. En el proceso se inventarían dioses, ángeles, santos y toda clase de entes sobrenaturales que servirían para fomentar la cohesión, identificación y regulación social, y paralelamente se crearían valiosas técnicas concretas para curar enfermedades, alimentarse y construir viviendas.

Hoy en nuestra sociedad la división mente-cuerpo se manifiesta no sólo en la religión, la filosofía y las ciencias, sino que además en la vida cotidiana. Basta observar, por ejemplo, cómo están organizadas las pólizas de seguro que tratan “enfermedades mentales” y “enfermedades somáticas” (o del cuerpo) de mane-

ra diferente. O cómo están organizados los programas educativos, las ciencias y sus disciplinas. La organización del saber se manifiesta (y se mantiene) incluso físicamente a través de la estructura de las bibliotecas y de las instalaciones universitarias, donde por un rincón encontramos, por ejemplo, las llamadas “ciencias biológicas”; y por otro lado, muchas veces a varios kilómetros de distancia, las “ciencias humanas” como la psicología o la antropología. Sin embargo, estas divisiones no vienen incorporadas en el tejido del universo sino que son una creación artificial humana (aunque adaptativa y conveniente para ciertos fines) que reflejan nuestra forma de explorar y categorizar el medio en que vivimos.

La división mente-cuerpo es tan profunda y omnipresente que pasa inadvertida. Es aceptada de antemano y a ciegas, como una verdad irrefutable. Muchas veces, el mero hecho de poner en juicio la veracidad de este dogma representa una herejía. En nuestra sociedad occidental, y más precisamente en su versión filosófica, esta verdad incontestable adquirió una forma mucho más consistente con el trabajo de Leibniz y Descartes. Este último haría la división de forma tajante y operacional, postulando su renombrado dualismo de sustancia: *res cogitans* (mente) y *res extensa* (cuerpo). La filosofía y la epistemología de los siglos venideros se verían fuertemente influidas por estas ideas. Así, más tarde, el estudio filosófico del pensamiento, del lenguaje, del conocimiento y de la razón se verían confinados, a través de la filosofía analítica, al estudio de una mente totalmente descorporizada, alcanzando su extremo con el estudio de la mente a través de abstractos formalismos y proposiciones lógicas que finalmente muy poco tienen que ver con el operar biológico de la animalidad humana. No es de extrañarse, entonces, que el tipo de ciencia y tecnología de la mente que se habría de desarrollar en el siglo XX cristalizara paradigmas basados en una escisión profunda entre mente y cuerpo. Fue la irrupción de la impresionante tecnología de la computación a mediados del siglo XX la que proporcionó la materialización idónea para ello. La vieja idea de Leibniz de la mente como un calculador, objetivo y transparente, con un lenguaje mental universal, tomó forma física entre los años cincuenta y setenta a través del ambicioso programa de la inteligencia artificial. Una inteligencia vista como “pura”, sin soma, abstracta, objetiva y racional. Estudiar y entender la mente humana se redujo a cómo capturar, mediante algoritmos, funciones mentales como el resolver problemas abstractos y lógicos. Aquella empresa constituyó la materialización emblemática del milenarismo dogma.

A los ojos de nuestra sociedad occidental, el programa de la inteligencia artificial fue irresistible y fue

acogido con gran entusiasmo. Y ello no sólo por el desafío tecnológico que representaba sino porque los paradigmas a la base coincidían perfectamente con las viejas ideas de división mente-cuerpo ya enraizadas en la cultura. De hecho, más allá de la aventura tecnocientífica, la inteligencia artificial alimentó el apetito imaginativo del resto de la sociedad al hacer fantásticas predicciones sobre máquinas que supuestamente pensarían como humanos. La industria cinematográfica de masa (como es usual) se encargaría de explotar estos sueños y mitologías modernas (¿cuántas películas vio ya usted donde computadores manifiestan capacidades mentales humanas?).

Pero en lo académico el proyecto fracasó rotundamente. Las optimistas y arrogantes predicciones lanzadas por los promotores de la inteligencia artificial de los años sesenta y setenta no se cumplieron. Aspectos tan básicos del operar cotidiano de la mente-cuerpo del humano como son, por ejemplo, el sentido común y el sentido del humor terminaron por presentar innumerables e insolubles problemas a ingenieros e investigadores. La aventura, al menos como fue concebida en un principio, debió ser abandonada. A pesar de ello, la herencia del computacionalismo –el organismo como computador y las funciones mentales como computaciones– fue enorme. Esa forma de pensar se manifiesta hoy de manera más sutil en campos como la “neurocomputación” o la “lingüística computacional”; y en la idea que procesos psicológicos o metabólicos son explicables en términos de procesamiento de información.

LA MENTE HUMANA ES OTRA COSA

A mediados de los años setenta surgieron pensadores y científicos, que trabajando en áreas aparentemente desconectadas comenzaron a recopilar abundante evidencia empírica respaldando la idea de que la realidad mental humana no existe independientemente del cuerpo donde se realiza. Así, por ejemplo, los trabajos de los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela empezaban en esos años a develar la fundamental e íntima co-dependencia entre fenómenos vitales y cognición, entre los principios fundamentales de organización del ser vivo y la naturaleza del conocimiento y, en el caso de los humanos, entre biología y lenguaje. Su trabajo tendría repercusiones que irían mucho más allá de la neurofisiología, para influir la epistemología y la biología teórica. Por su parte, la psicóloga de Berkeley, Eleanor Rosch, estudiando uno de los mecanismos cognitivos más elementales –la categorización, mecanismo que nos permite tratar entidades diferentes como si fueran equivalentes– comen-

zaba a echar por tierra la vieja idea de que el universo está ya predividido en ordenadas categorías definidas por condiciones necesarias y suficientes, tales como mamíferos, rocas, árboles, planetas. Mediante astutos experimentos ella demostró, entre otras cosas, que los humanos operamos con categorías muy diferentes basadas en nuestras capacidades de percepción globales y kinestésicas y que nos llevan a optimizar la interacción que tenemos con el mundo. El universo entonces no está pre categorizado: las categorías son creaciones humanas. Esto, que superficialmente puede parecer de perogrullo, tiene profundas consecuencias que afectan la visión tradicional de la ontología de las cosas. Las categorías, piedra angular de la actividad mental, son creadas por seres con cuerpos en su permanente interacción con el medio.

Por esos años se divulgaban también los resultados del neurocientífico Walter Freeman, quien estudiando el bulbo olfatorio de conejos demostraba que la idea de representación mental y de procesamiento de información, tan apreciada por los paradigmas inspirados por la inteligencia artificial, no eran adecuados para estudiar la complejidad de las dinámicas neuronales observadas. Esas clásicas ideas imponían una visión de las cosas donde los estímulos preexisten al animal que percibe, y son independientes de éste. Freeman observó que el mundo olido por el conejo es “enactado” por el animal según complejas interacciones entre animal y medio, las cuales pueden ser estudiadas mediante cuidadosos análisis de organización caótica. Así, las propiedades de “lo olido” no están presentes fuera del animal, preexistiendo estáticamente al exterior del animal, sino que emergen de su actividad biológica. Similares estudios se constatarían más tarde en la investigación de la percepción humana.

Los estudios que muestran la integralidad mente-cuerpo se han multiplicado en las últimas dos décadas. En psicofarmacología ya se sabe que muchas patologías “mentales”, como la depresión por ejemplo, no constituyen problemas “puramente” mentales sino que tienen un componente metabólico importantísimo. Estudios de antropología contemporáneos, relatados por autores como Jared Diamond o Sarah Blaffer Hrdy, muestran de qué manera las sociedades y las culturas humanas han emergido y tomado forma a través de realidades animales tales como interacciones de sistemas inmunológicos, bancos genéticos, mecanismos de regulación sexual intraespecie, y condiciones de vida ambientales. Las investigaciones en neuropsicología, como aquellas realizadas por Antonio Damasio, demuestran que la cognición y la reflexión “pura” no existen sin un componente afectivo esencial que se realiza

gracias a la participación de centros cerebrales específicos. Similares conclusiones obtiene el primatólogo japonés Tetsuro Matsuzawa estudiando chimpancés –la especie más próxima a la nuestra– en su medio natural y en cautiverio. En breve, todos estos resultados apuntan al hecho de que mente y cuerpo no son realmente dos entidades que simplemente se “relacionan”, sino que en realidad son dimensiones de un mismo sistema que se codefinen en un todo integrado e indisoluble. Estos resultados tomados en su globalidad han dado origen al paradigma que en los medios académicos de habla inglesa se conoce como *embodied mind*, o mente corporizada.

MÁS ALLÁ DE LO ESPERADO

Hoy hay ya muchos estudiosos que de una forma u otra se han acogido al enfoque del *embodied mind*. Sin embargo, el asunto no es tan simple. En verdad, por el momento existen diferentes niveles de compromiso con este nuevo paradigma. Una gran parte de los investigadores está dispuesta a aceptar la idea de que los procesos cognitivos de bajo nivel, o genéticamente determinados, o aquellos que tienen una manifestación cerebral clara y transparente (como la percepción de puntos y líneas verticales) son *embodied*. Sin embargo, muchos autores no están aún de acuerdo en aceptar que toda la actividad mental es de naturaleza corporizada, es decir, que productos de la cognición de alto nivel como son las ideas, los conceptos, la moralidad, los valores, y las teorías (incluyendo las científicas), sean corporizadas. Un sector de la comunidad científica no parece estar por el momento preparado para asumir la totalidad de las consecuencias de la aceptación del paradigma del *embodied mind*, y con ello la eliminación completa del dogma de la división mente-cuerpo. Veamos esto con más detalle.

Hacia el final de la década de los setenta algunos lingüistas comenzaron a distanciarse de los enfoques clásicos descorporizados salidos de los trabajos en gramática generativa lanzados por Noam Chomsky en los años cincuenta. Creando el campo de la semántica cognitiva, ellos mostraron que el lenguaje humano es mucho más rico y complejo que lo que pueden analizar aquellos enfoques basados en lo formal, lógico, y literal. Así, George Lakoff y el filósofo del lenguaje Mark Johnson demostraron que a través del estudio empírico del lenguaje humano se pueden comprender aspectos fundamentales de la organización conceptual del pensamiento humano y de su imbricación con la corporalidad. En particular, ellos demostraron que los sistemas conceptuales humanos, incluso los más abs-

tractos, se organizan en vastos sistemas de metáforas conceptuales, cuyas verdades e inferencias no son literales sino metafóricas. Es decir, verdades e inferencias que heredan su estructura de un dominio para aplicarse a otro totalmente diferente. Por ejemplo, cuando decimos “hace mucho tiempo atrás”, o “dejemos esto para más adelante”, estamos haciendo uso, de manera inconsciente y sin esfuerzo, de metáforas conceptuales. “Atrás” o “adelante” no hacen referencia a nada literal en el dominio del espacio sino a una realidad de naturaleza metafórica en el dominio temporal. Lo que hacemos es organizar la experiencia cronológica mediante mecanismos cognitivos que dan origen a la abstracción, y que nos posibilitan concebir, pensar, imaginar, hacer inferencias y sacar conclusiones, basados en las “verdades” metafóricas que nos dicen que el pasado está detrás de nosotros y el futuro está por delante. De la misma forma funcionamos cuando operamos con cientos de miles de conceptos como la causalidad, la democracia, el espacio, la salud, la moral y la política. Lo esencial es que en la base de las ideas y de la construcción conceptual se encuentran las experiencias corporales, tales como experiencias térmicas (“ella es una persona fría”), dinámicas (“el dólar subió varios puntos”), kinestésicas (“me llenó la cabeza con ideas estúpidas”), olfativas (“esta situación me huele mal”), etc. Todo sistema conceptual, incluso los más abstractos, como aquellos que constituyen las matemáticas, se crean y se realizan gracias a mecanismos cognitivos elementales, entre ellos las metáforas conceptuales. En nuestro reciente libro “Where Mathematics Comes From”, George Lakoff y yo analizamos una serie de campos en matemáticas, tales como el cálculo infinitesimal, la teoría de hiperconjuntos, y el álgebra abstracta para mostrar la naturaleza humana-corporal de las matemáticas. De nuestro estudio se desprende que incluso un cuerpo de conocimientos tan abstracto, objetivo, preciso, efectivo, y que aparentemente trasciende a la naturaleza humana, como son las matemáticas, resulta ser un producto originado por la complejidad de nuestra unidad mente-cuerpo.

Así, el pensamiento, la cultura, la espiritualidad, los conceptos, las creencias, las reflexiones, la razón, la lógica, las ideas e incluso las teorías científicas son todos fenómenos íntima y fundamentalmente enraizados en nuestra condición de *Homo Sapiens*, y por lo tanto no existen independientemente de nosotros. Pero esta consecuencia de la adopción del paradigma del *embodied mind* es aun, para muchos, muy difícil de aceptar. El compromiso con todo el significado del paradigma del *embodied mind*, desde la cognición de bajo nivel y genéticamente determinada hasta aquella de alto

nivel como la expresión poética y la reflexión, es algo que sólo recientemente ha comenzado a ganar popularidad. Mi impresión es que tarde o temprano la comunidad científica deberá ceder ante las montañas de evidencias que apuntan en esta dirección, y por extensión, el resto de la sociedad deberá paulatinamente dejar de dar crédito al viejo dogma de la división mente-cuerpo. Si así fuera, lo que no sabemos es cómo serán el proceso y los resultados que lo reemplacen.

EPÍLOGO

Deshacerse de este fundamental dogma no será cosa fácil. Tomará tiempo y demandará la elaboración y el ajuste de nuevos paradigmas radicalmente diferentes de aquellos con los que operamos hoy en nuestra sociedad. La situación podría ser en cierta medida comparable a la de la Europa de Charles Darwin, donde la sociedad en la cual nació la teoría de la evolución operaba con prácticas que eran fundamentalmente inconsistentes con los importantes hallazgos científicos de la época. Una Europa de mediados del siglo XIX cuyos sistemas de referencias, creencias, religiones y economías estaban basados en (y

validados por) una visión de un mundo antropocéntrico, esencialmente estático, carente de historia geológica, habitado por nosotros –dueños y señores de la creación– y por una serie de otros animales de naturaleza inferior, que estando a nuestra disposición manifestaban similitudes morfológicas evidentes consideradas entonces como meros datos anecdóticos. Hoy en día las montañas de evidencia científica que respaldan la teoría de la evolución han hecho mudar los paradigmas no sólo de casi todas las áreas del saber humano sino que también de las formas de funcionar de la sociedad. Sin embargo, estos cambios han tomado mucho tiempo. De hecho, el proceso de cambio y de ajuste aún continúa. Por ejemplo, en EE.UU., todavía hay lugares donde no se puede incluir la enseñanza de las ideas evolutivas en el programa escolar debido a la oposición de grupos religiosos fundamentalistas pro-creacionistas. El gradual abandono del dogma de la división entre mente-cuerpo paulatinamente deberá generar cambios de paradigmas, algunos de los cuales, defendidos por la visión del *embodied mind*, están ya tomando forma. Para que ello suceda, tal vez la humanidad deba ver transcurrir gran parte del milenio que “está por delante”.

PRÁCTICA CLÍNICA

¿VICIO O ENFERMEDAD? LA FALSA DICOTOMÍA DE LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS

(Rev GPU 2008; 4; 4: 467-473)

Juan Pérez¹

La adicción a sustancias tiene entre sus características más problemáticas las continuas recaídas en el consumo (1-3). Ésta es una condición que desafía constantemente cualquier plan de tratamiento y, aún más, desafía la voluntad de los propios sujetos que han tomado la decisión de abandonar el consumo. Mucho tiempo después que han desaparecido por completo los síntomas de una abstinencia (en el caso de aquellas sustancias que pueden provocarla), cuando incluso el sujeto se siente satisfecho con sus logros, dado que ha permanecido sin consumir por periodos largos, incluso años, ante algunas condiciones ambientales puntuales (una invitación, un duelo, un conflicto, un ambiente propicio) el sujeto parece “bajar la guardia” y entra nuevamente en un periodo de consumo incontrolado. Esto, pese a que podría tener perfecta conciencia de los enormes costos personales, sociales o médicos que le trae esta conducta. En ese momento nada parece suficiente para controlar el intenso deseo de consumir.

Es justo, por lo tanto, que el sujeto se considere “enfermo”: enfrenta una situación que vive como pérdida de su control voluntario y experimenta una serie de síntomas que atribuye, correctamente, a los efectos de la sustancia (aunque en realidad haya pasado mucho tiempo sin consumirla). Incluso es posible que en alguna parte, por ejemplo, en un consultorio, le hayan dicho que se trata de una “enfermedad”.

Sin embargo, su ambiente familiar inmediato (por ejemplo, su mujer, o sus hijos) tiene una opinión bien distinta. En la medida que han visto que ha pasado

largo tiempo sin que el sujeto haya consumido nada, opinan (correctamente) que el sujeto tiene un control voluntario del consumo. Son capaces de recordar múltiples situaciones de riesgo (aquella fiesta, el último asado, la reciente visita de unos primos) en que existió la sustancia (hablemos del alcohol, pero es lo mismo con el tabaco o la cocaína) a disposición del sujeto, en que se estuvo consumiendo en su presencia, y “no pasó nada”. Con esto se forman la idea de que es cuestión de “voluntad”, o mejor, de “mala voluntad” de parte del sujeto. Bebe (o fuma, o consume) simplemente porque

¹ Médico psiquiatra. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Universidad de Chile.

quiere hacerlo, sin que pareciera importarle lo que opine su familia ni las múltiples consecuencias que le trae. Es, sin duda, un “vicio”.

No es raro que se presente esta dicotomía ante el clínico, del que se espera que actúe como un árbitro y decida si acaso se trata de un “vicio” o de una “enfermedad”.

La dicotomía vicio-enfermedad tiene una serie de connotaciones, resumidas en el cuadro siguiente:

LA DICOTOMÍA VICIO-ENFERMEDAD

Vicio	Enfermedad
Es voluntario: se hace cuando se desea	Es involuntaria: se padece
Genera culpa en el sujeto	Genera desesperanza en el sujeto
Genera rabia en el observador	Genera compasión en el observador
Conducta legítima es el castigo	Conducta legítima es la protección
Se espera que el sujeto lo controle por sí mismo	Se espera que lo controle un tercero

Difícilmente se va a encontrar otro par de ideas más antitético que estas dos. Y parece ser el médico el que deberá definir quién tiene la razón. Sin embargo, ¿es esto así? ¿Existe en realidad esta dicotomía? ¿Se puede resolver?

En la perspectiva de acercarse a una respuesta a estas interrogantes se hace necesario investigar las bases clínicas y neurobiológicas del fenómeno de la adicción, plantearse la legitimidad de la dicotomía vicio-enfermedad, y explorar formas posibles de afrontar el problema en la práctica médica cotidiana. Éstos son los propósitos de este artículo.

DEPENDENCIA Y ADICCIÓN

Existe una serie de fenómenos vinculados al abuso de sustancias, muy conocidos por cualquier clínico. Por ejemplo, la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Sabemos que muchas sustancias producen notable tolerancia y síndrome de abstinencia, entre las que se destaca el alcohol, los opioides y las benzodiazepinas. Hay otras sustancias que, o bien generan poca tolerancia, o la tolerancia aparece sólo ante algunos efectos (por ejemplo, sólo ante la euforia en la cocaína), y muestran asimismo un síndrome de abstinencia poco notable, de escasa significación funcional, sobre todo si se lo compara con el grave síndrome generado por el alcohol. Entre estas sustancias están la cocaína, anfeta-

mina, nicotina y cannabis (4-7). La tolerancia tiene, en consecuencia, una correlación directa con el síndrome de abstinencia.

Las neurociencias han estudiado este fenómeno y han concluido que, efectivamente, tolerancia y abstinencia pertenecen a un mismo ámbito de fenómenos que resulta de la participación de mecanismos asociados al AMP cíclico y otros segundos mensajeros (8, 9). Estos mecanismos evitan o suavizan el efecto agudo de las drogas y se hacen más potentes con el uso frecuente de una sustancia. Pero si luego de un largo periodo de uso éste se detiene, los mecanismos compensatorios quedan sin regulación (externa, en este caso) generándose los síntomas de abstinencia. Este fenómeno puede ser considerado una forma de adaptación homeostática al uso de sustancias. Basta con usar nuevamente la sustancia y el fenómeno de abstinencia desaparece. Podemos llamar con toda propiedad a esto un uso paliativo de la sustancia.

Tolerancia y abstinencia pueden ser consideradas la marca de lo que llamamos dependencia (3,10). Un sujeto que ha sufrido un síndrome de abstinencia (y eso significa que es tolerante) probablemente desee continuar con el uso de una sustancia para evitar la reaparición del desagradable estado de abstinencia. Esto constituye un uso preventivo de la sustancia.

El síndrome de abstinencia también ha sido considerado un estado motivacional, análogo al hambre o la sed (11). En el estado de abstinencia el sujeto experimenta un efecto de la sustancia más intenso que el efecto que sufre en cualquier otro momento. La abstinencia, por lo tanto, podría ser así un factor de mantención del uso de sustancias o de recaída. Sin embargo, aun cuando el síndrome de abstinencia desaparece en un periodo bastante breve (usualmente no más de dos semanas), el sujeto se mantiene igualmente vulnerable a las recaídas en un plazo que supera con largueza el de cualquier síndrome de abstinencia o del periodo que pudiéramos considerar de desintoxicación. Por eso el síndrome de abstinencia no es el elemento central de las preocupaciones de los pacientes, sus familiares y el personal de salud (3).

La recaída es en realidad el problema mayor del adicto. La recaída es gatillada por variados factores, siendo el principal de ellos las señales ambientales vinculadas al consumo (12). También las recaídas se precipitan ante estados afectivos “negativos”, como la rabia y la tristeza, aunque el más potente de los factores “internos” que precipitan en una recaída es el estrés (13,14), en particular el estrés provocado por rechazo social (15). Las señales ambientales (o internas) provocan un intenso deseo de consumir la droga (podemos llamar-

le “ansia”), pero al mismo tiempo generan conductas automatizadas de búsqueda y consumo (podemos llamarle “impulso”) (4, 16, 17). Ansia e impulso constituyen un “par ordenado”, es decir, fenómenos que ocurren simultáneamente en un adicto. Como el sujeto además parece haber perdido sus mecanismos normales de inhibición de conductas y se muestra incapaz de valorar correctamente las consecuencias de éstas, el resultado es el consumo compulsivo.

Por ejemplo, un adicto al tabaco puede olfatear humo de tabaco, o ver a alguien que enciende un cigarrillo. Estas percepciones precipitan simultáneamente tanto el deseo de fumar como una serie de movimientos en que el sujeto se registra la ropa y los bolsillos, buscando cigarrillos de una manera automática, pensando “muy seriamente en dejar de fumar”. Hasta que logra conseguir uno, lo enciende, aspira el humo... y piensa en dejarlo “algún otro día”.

Esto es la adicción: la aparición de un intenso deseo de consumo, junto a conductas con bajo o nulo nivel de control, y evaluaciones inadecuadas del futuro, que llevan a consumir. Y todo es gatillado por señales ambientales (o internas) asociadas al consumo.

El interés tanto de los clínicos como de las neurociencias se desplazó en los últimos años desde los fenómenos de dependencia (que se consideraban la esencia del problema del abuso de sustancias) hacia los fenómenos de adicción. Es la sensación de tener una conducta incontrolable o compulsiva la que genera los problemas personales y sociales del abuso, y no el síndrome de abstinencia (3).

LOS MECANISMOS DE MEMORIA Y LA ADICCIÓN

La persistencia de la vulnerabilidad ante las señales ambientales o internas, que se expresa en las continuas recaídas, lleva a pensar que la adicción está vinculada a mecanismos de aprendizaje (2). En las últimas décadas se ha desarrollado una enorme cantidad de investigación que muestra la participación de la dopamina (DA) en el aprendizaje de conductas asociadas a recompensas (18) y se han propuesto modelos computacionales de aprendizaje (19, 20) con la participación esencial de la DA, consistentes con observaciones clínicas, que sugieren el modo en que las drogas y los estímulos asociados obtienen su enorme poder motivacional. También en el nivel celular y molecular, aun cuando se está lejos de tener una idea acabada de cómo se establece y persiste la memoria, se han demostrado similitudes entre la acción de las drogas y el aprendizaje y memoria normales (2, 4, 21). Se ha propuesto (2) que la adicción usurpa o secuestra mecanismos normales de memoria

que estructuran conductas asociadas a búsqueda y consumación de recompensas (4, 10, 19, 22).

El elemento clave de este aprendizaje forzado parece ser el aumento de la descarga de DA en todos los blancos de los axones dopaminérgicos que provienen de neuronas del área ventro tegmental y de la sustancia nigra pars compacta (23, 24). Los axones dopaminérgicos se distribuyen ampliamente por el cerebro, pero su acción está vinculada principalmente al estriado ventral (núcleo accumbens) y dorsal, a la amígdala y a la corteza prefrontal (13, 25). Los estudios de neuroimágenes funcionales en seres humanos, así como decenas de estudios en modelos animales, han documentado activaciones en estas áreas (o sus equivalentes) en respuesta a las señales ambientales ligadas a drogas (24, 25).

LA HIPÓTESIS DEL ERROR DE PREDICCIÓN DE RECOMPENSA

La DA funciona como una “moneda común” (26) con la que se valoran las recompensas. La función de la DA no es experimentar placer sino que, al valorar las recompensas, liga el placer al deseo y a la acción. Transforma el “gusto” (“liking”) por algo en “deseo” (“wanting”) por algo (16). La descarga de DA sigue un patrón tónico basal, pero sobreimpuesto a este patrón muestra breves e intensas descargas de actividad espicular o fásica, cuya temporalidad está determinada por la experiencia previa del animal con la recompensa (18, 28). Una recompensa inesperada produce un incremento transitorio de la actividad dopaminérgica, pero a medida que el animal se expone a ciertas señales (por ejemplo, una luz o un sonido) que predicen de manera segura la recompensa, las fases de descarga se trasladan en el tiempo desde la recompensa misma hacia las señales que la predicen. Si luego la recompensa no aparece, en el momento en que ésta se esperaba la DA muestra un descenso en su actividad tónica. En contraste, si una recompensa ocurre antes de lo esperado o excede lo esperado (es “mejor”), nuevamente se observa una fase de actividad dopaminérgica.

Estas fases bimodales estarían codificando un error en la predicción de la recompensa (19, 28). Es decir, marcan cuándo la recompensa es mejor, o se presenta antes o después de lo esperado, o bien es inexistente. En cualquiera de estos casos la señal predictiva es errónea, y el animal tiene que realizar una nueva asociación (un nuevo aprendizaje) y modificar su conducta. Por el contrario, cuando las señales predicen correctamente el momento, características e intensidad de una recompensa, no hay nada nuevo que aprender, la DA

no muestra actividad fásica y el animal continúa con la conducta habitual.

Las drogas tienen una clara ventaja sobre las recompensas naturales en su control de la DA. Por un lado provocan una elevada concentración de DA (24) varias veces mayor que la provocada por las recompensas naturales (29,30) y por otro, esta elevada concentración no disminuye con el tiempo (es decir, no muestra fases). Por eso el cerebro podría obtener una señal constante de que las drogas “son mejores de lo esperado”, generando un constante aprendizaje que involucra a las señales ambientales que adquieren así un enorme poder motivacional (16,17).

LA CORTEZA PREFRONTAL

Aun cuando el aprendizaje es un elemento central en las adicciones, claramente no es todo el tema. El aprendizaje no explica por qué, una vez que aparece la señal ambiental asociada al consumo y se gatilla el ansia e impulso a consumir, el sujeto no es capaz de controlar su conducta y se comporta de manera compulsiva. Para que se realice la conducta consumatoria se requiere que el sujeto no pueda evaluar las consecuencias desastrosas de esa conducta, o las evalúe incorrectamente, y tampoco pueda detener la conducta habituada (automática) que lo lleva a esas consecuencias (31).

La evaluación de las metas, la elección de las conductas que llevan a ellas, la valoración del resultado de las conductas, y la inhibición de conductas que ya no son deseables o útiles, son todas funciones que dependen de la corteza prefrontal (CPF) (32, 33). El éxito de las conductas dirigidas a una meta depende de que la meta se mantenga presente a pesar de los obstáculos y distracciones, que se genere una nueva estrategia si la anterior fue inútil, deteniendo las conductas que ya son inútiles y que se evalúe si se consiguió finalmente lo deseado. Diversos autores han demostrado que la actualización constante de la información de la CPF, de modo que pueda elegir nuevas metas y evitar la perseveración, también depende de la alternancia entre patrones tónicos y fásicos de liberación de dopamina (34, 35). La funcionalidad alterada de la CPF en los adictos, especialmente la corteza orbitofrontal (COF), ha sido ampliamente demostrada (36-38), aunque todavía es motivo de investigación si se trata de una alteración secundaria al uso de sustancias, o se trata de una condición primaria que existe en aquellas personas que terminarán siendo adictas. La actividad farmacológica de las drogas adictivas genera una potentísima señal dopaminérgica, pero altamente distorsionada, que podría interrumpir la funcionalidad normal de la CPF (se

dice que habría una “desconexión funcional” de la CPF), pero también distorsiona la funcionalidad del núcleo accumbens (NAcc), del complejo amigdaliano y del estriado dorsal. Estos cambios podrían llevar incluso a que los estímulos normales sean incapaces de provocar una activación (*gating*) en la CPF, perdiendo ésta su propiedad de seleccionar metas y de inhibir conductas desadaptativas.

Aunque todavía se requiere mucha investigación neurobiológica para comprender a cabalidad los efectos de las señales tónicas y fásicas de la DA, el modo en que las drogas las perturban, y las consecuencias funcionales de esa perturbación, el conocimiento actual del rol de la DA tanto en el aprendizaje estímulo-recompensa como en el estímulo-acción tienen claras implicancias para el desarrollo de la drogadicción (39). Las señales que predicen la disponibilidad de una droga adquirirían así un enorme “resalte de incentivo” (son altamente motivadoras) a través de la acción de la DA sobre el NAcc y la CPF. El sujeto muestra un potente sesgo hacia los estímulos vinculados a drogas (40, 41), y los repertorios conductuales de búsqueda de drogas se consolidarían poderosamente por la acción de la DA en la CPF y el estriado dorsal (10), llevando a la constitución de conductas habituadas (hábitos, que son insensibles al resultado) que prevalecen sobre las conductas sensibles al resultado (conductas que sí se modifican según el resultado) (42, 43).

EL CONTROL VOLUNTARIO DE LA CONDUCTA

Todos estos antecedentes son necesarios para abordar la cuestión de fondo: ¿hasta qué punto es voluntaria la conducta de un adicto? Un sujeto adicto al alcohol sufre un intenso deseo de consumir alcohol al ver al amigo con el que suele beber. Éste es uno de sus estímulos más poderosos y en ese momento, sobre todo si el alcohol no está inmediatamente accesible (44), el sujeto experimenta un vivo deseo de consumir (“la sed”) que se expresa en síntomas neurovegetativos, como una particular sensación abdominal (“el monstruo”, le llaman en Chile popularmente), salivación y movimientos de deglución (“el zapateo de lengua”). Sus pensamientos se inundan de ideas acerca del beber, evalúa su dinero, la cercanía de un local para comprar alcohol. El deseo es aún más intenso si llega a probar un primer trago de alcohol (“se le calienta el hocico”). La posibilidad de que este sujeto en este momento detenga el consumo es mínima: lo más probable es que termine en una borrachera (junto a su amigo). Cuando se evalúa con el sujeto lo que pasó en ese momento, él sabe que el deseo fue tan intenso que no tuvo posibilidad algu-

na de controlarlo. Lo vive como una compulsión, algo más bien extraño, que lo domina y de lo que no puede desprenderse.

Sin embargo, y a pesar de todas las sensaciones que experimenta, el sujeto nunca parece perder por completo un nivel de evaluación distanciada. Tanto, que debe elaborar una serie de ideas permisivas que le permitan seguir adelante. Por ejemplo: “Un solo trago y nada más”, “qué me va a hacer un puro trago”, “ésta sí que es la última vez”, “total, no le hago mal a nadie”, “he trabajado como bruto toda la semana”. Ocasionalmente (es importante interrogarlo al respecto) el sujeto ha podido evitar beber a pesar de todo. Han sido momentos especiales, sin duda, pero ciertamente ha podido hacerlo.

Por lo tanto, la pregunta es más que nunca necesaria: ¿es una acción voluntaria o no lo es?

Hay quienes abogan por considerar la adicción como una enfermedad (1, 3) y en este sentido se ha llegado a sostener que un adicto no está en condiciones de tomar ninguna decisión en relación a su trastorno, incluyendo la participación en estudios que involucren el consumo de drogas (45), por lo que deberían ser otros los que tomaran todo tipo de decisiones, como un internamiento o un tratamiento obligado, por ejemplo. El adicto quedaría así en una condición no diferente a la de un sujeto con un Alzheimer avanzado, o con una psicosis crónica invalidante. Pero por otro lado, al considerar que se trata de una enfermedad el sujeto soportaría un estigma menos intenso y tendría la ventaja adicional de que los seguros de salud tendrían menos problema en aceptarlo como paciente en tratamiento (1).

En el otro extremo están quienes consideran la adicción como un problema moral (46), los que resaltan que la adicción involucra conductas en preparación del consumo mismo (como conseguir dinero, encontrar una excusa, buscar un distribuidor), conductas que deben enfrentar una serie de condiciones variables y deben mostrar suficiente flexibilidad para tener éxito, lo que lo aleja por completo de lo que uno pensaría que es una conducta automatizada (o “robótica”). Para los defensores de la adicción como problema moral, la idea de enfermedad sólo provoca fatalismo en el sujeto, y le entrega una buena excusa para seguir consumiendo impidiendo su compromiso de lleno en el tratamiento.

Hay también quienes conciben una idea mixta entre estas dos: ni una enfermedad ni un problema moral (“vicio”), sino que un conflictivo balance entre estos dos (47). El adicto no siempre se encuentra actuando compulsivamente. Sólo actúa así cuando se dan una serie de condiciones, entre ellas la más importante es la presencia de estímulos asociados al consumo.

El actuar más o menos compulsivo bajo la influencia de una emoción intensa no está alejado de nuestra cotidianeidad. Morse (47) por ejemplo, plantea que considerar una determinada acción en cierta circunstancia como compulsiva e irresistible es parte de la conciencia social común (“folk psychology”), y está explícitamente considerado en el derecho cuando jurídicamente un sujeto puede ser completamente exculpado de un crimen si actúa cegado por una emoción extrema, como la rabia o el miedo, siendo habitual que las personas tiendan a perdonar o comprender a alguien que actúa bajo una emoción intensa². Por lo demás, la vida cotidiana está llena de situaciones en que experimentamos diversas sensaciones de mayor o menor pérdida de control de nuestras conductas, y en ese sentido no nos comportamos de manera diferente a como lo hace un adicto (48). Ocurre cuando experimentamos una intensa sed o hambre, y somos capaces de comer alimentos que normalmente despreciaríamos, considerándolos incluso sabrosos³. Por último, cabe recordar el intenso compromiso emocional, cognitivo y conductual que trae consigo el amor romántico, en la que el individuo suele comportarse como lo haría un adicto, y que, sin mucha sorpresa, involucra estructuras neurales similares a las de la adicción a sustancias (es decir, área ventrotectal, núcleo accumbens y el neuromodulador dopamina) (49).

EL FALSO DILEMA

Nos encontramos, pues, ante un dilema falso: no se trata de optar entre dos posturas antitéticas, ni de hacer una elección dicotómica. No cabe duda de que el adicto

² Véase, a modo de ejemplo, la sentencia del Tribunal Oral en lo Penal de la Región de los Lagos, que, a propósito del asesinato de un recién nacido por su madre adolescente, concluye que “la joven vio estrechada su conciencia, disminuyendo decisivamente las posibilidades de enjuiciar la realidad, configurándose una situación descrita por la ciencia, en que resulta posible que las emociones se superpongan a la voluntad, determinando la conducta de manera irrefrenable. Tal situación, aun siendo transitoria, concordando con las conclusiones de todos los especialistas que han declarado en juicio, priva de razón y por tanto se enmarca en la hipótesis de ausencia de culpabilidad”. En: http://www.defensoriapenal.cl/interior/regiones/noticias_region_despliega.php?id=4084. Consultado el 9/09/2008.

³ En el Capítulo V de la II parte de *El Quijote*, dice Teresa Panza a su marido, evidenciando una notable sabiduría: “La mejor salsa del mundo es el hambre; y como ésta no falta a los pobres, siempre comen con gusto”.

tiene un cerebro que funciona de manera diferente al de un no-adicto. Sin embargo, la mayor parte del tiempo el adicto funciona como una persona corriente, y es capaz de afrontar ocasionalmente los momentos críticos de deseo de consumir con una serie de estrategias que funcionan, a veces peor y a veces mejor. Por esto es que a las personas les cuesta “perdonar” a un adicto, ya que sería ésta una de las pocas “enfermedades” (si lo es) en que el sujeto voluntariamente decide dejar de estar enfermo (50, 51).

Sin embargo, vale la pena recordarlo, no es la única. El trastorno obsesivo-compulsivo muestra una serie de elementos fenomenológicos notablemente similares a la adicción a drogas, entre estos la sensación de tener pensamientos indeseables que se entrometen en la conciencia y que, esencialmente, el sujeto es incapaz de eliminar, o sólo con un enorme esfuerzo, que se viven como algo patológico, egodistónico, y que se alivian transitoriamente luego de cometer el acto compulsivo (52). El TOC además comparte con la adicción una serie de vías neurales, sobre todo relacionadas con las funciones ejecutivas centradas en los circuitos que involucran la corteza prefrontal, y en particular con la toma de decisiones, que les quita a los pacientes toda flexibilidad conductual y no los deja optar entre conductas adaptativas (53). Es esta constante oscilación entre abdicar y oponerse a deseos vividos de un modo egodistónico, generando una intensa angustia, lo más característico de la fenomenología tanto de la adicción (36) como del TOC (52).

¿Cuál es la actitud del clínico ante una familia y un paciente que evocan este dilema? ¿Es un vicio o una enfermedad? La respuesta es que parece ser que ambos: es un vicio (problema moral-voluntario) y, simultáneamente, es una enfermedad (problema fisiopatológico-involuntario). Sólo depende del momento donde se evalúe (54). Es más fácil tanto para el paciente como para la familia y para el clínico mismo que se acepte esta cuestión básica. Todos tienen razón. Se trata de una condición que no se puede resolver a la manera de la dialéctica clásica (tesis, antítesis, síntesis) y que se va a mantener constantemente en el difícil camino de la “vía media”, oscilando crónicamente entre las dos posibilidades.

De aquí el extremo cuidado con el que hay que evaluar una “recaída” (55). Es frecuente que las recaídas sean consideradas “fracasos” tanto por el paciente como por la familia y por el mismo personal de salud. Sin embargo, una recaída no es más que un juicio valorativo dicotómico que se realiza sobre un continuo de conductas (55). Se trata de un sujeto que se debate entre la fisiopatología de la adicción y los intentos de

control consciente, y que en esta oscilación se acerca a uno u otro polo dependiendo de múltiples factores ambientales y personales. Este sujeto nunca deja de ser sensible a la “presión moral” de su ambiente. Es decir, puede controlar el consumo de alcohol o cocaína si tiene que organizar el cumpleaños de su hijo, o si tiene una reunión importante para su pequeño negocio. Aunque tenga una nueva crisis de consumo al día siguiente. Y eventualmente puede recuperarse por completo sin intervención profesional (50, 51).

El clínico tiene que habituarse a afrontar junto al paciente (y su familia) esta falsa dicotomía y procurar transitar la “vía media”. Por eso las metas no pueden ser simplemente la abstinencia total sino que tienen que negociarse con cada paciente (56). La adicción adopta la forma de grandes ciclos de bienestar-malestar (55), y la rehabilitación se parece más a un mecanismo de control ajustable que a un interruptor de la luz. Es posible que bajo esta óptica la rehabilitación tenga mayores posibilidades de éxito.

REFERENCIAS

1. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000; 284(13):1689-1695
2. Hyman S. Addiction: A disease of learning and memory. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1414-1422
3. Leshner A. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278: 45-47
4. Hyman SE, Malenka RC: Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nat Rev Neurosci* 2001; 2:695-703
5. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med* 2008; 121(4A): S3-S10
6. González S, Cebeira M, Fernández-Ruiz J. Cannabinoid tolerance and dependence: a review of studies in laboratory animals. *Pharmacol Biochem Behav* 2005; 81: 300-318
7. Satel SL, Price LH, Palumbo JM, McDougale CJ, Krystal JH, Gawin F, et al. Clinical phenomenology and neurobiology of cocaine abstinence: a prospective inpatient study. *Am J Psychiatry* 1991; 148(12):1712-6
8. Nestler E. Historical review: molecular and cellular mechanisms of opiate and cocaine addiction. *Trends Pharm Sciences* 2004; 25: 210-218
9. Nestler E, Aghajanian G. Molecular and cellular basis of addiction. *Science* 1997; 278: 58-63
10. Berke JD, Hyman SE: Addiction, dopamine, and the molecular mechanisms of memory. *Neuron* 2000; 25:515-532
11. Hucheson D, Everitt B, Robbins T, Dickinson A. The role of withdrawal in heroin addiction: enhances reward or promotes avoidance? *Nature Neurosci* 2001; 4(9): 943-947
12. Kelley A, Berridge K. The neuroscience of natural rewards: relevance to addictive drugs. *J Neurosci* 2002; 22: 3306-3311
13. Saal D, Dong Y, Bonci A, Malenka R. Drugs of abuse and stress trigger a common synaptic adaptation in dopamine neurons. *Neuron* 2003; 37: 577-582

14. Cleck J, Blendy J. Making a bad thing worse: adverse effects of stress and drug addiction. *J Clin Invest* 2008; 118(2): 454-461
15. Martin CS, Fillmore MT, Chung T, Easdon CM, Miczek KA. Multidisciplinary perspectives on impaired control over substance use. *Alcohol Clin Exp Res* 2006; 30(2): 265-271
16. Berridge KC, Robinson TE. Parsing Reward. *Trends Neurosci* 2003; 26: 507-513
17. Dayan P, Balleine BW. Reward, motivation, and reinforcement learning. *Neuron* 2002;36:285-298
18. Schultz W, Dayan P, Montague PR: A neural substrate of prediction and reward. *Science* 1997; 275:1593-1599
19. Montague PR, Hyman SE, Cohen JD: Computational roles for dopamine in behavioural control. *Nature* 2004; 431:760-767
20. Redish AD: Addiction as a computational process gone awry. *Science* 2004; 306:1944-1947
21. Kelley AE: Memory and addiction: shared neural circuitry and molecular mechanisms. *Neuron* 2004; 44:161-179
22. Robbins TW, Everitt BJ: Drug addiction: bad habits add up. *Nature* 1999; 398:567-570
23. Ungless M. Dopamine: The salient issues. *Trends Neurosci* 2004; 27(12): 702-706
24. Di Chiara GG, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci USA* 1988; 85: 5274-8
25. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1403-1413
26. Montague PR, Berns GS: Neural economics and the biological substrates of valuation. *Neuron* 2002; 36:265-284
27. Schultz W: Predictive reward signal of dopamine neurons. *J Neurophysiol* 1998; 80:1-27
28. O'Doherty JP, Dayan P, Friston K, Critchley H, Dolan RJ. Temporal difference models and reward-related learning in the human brain. *Neuron* 2003; 28, 329-337
29. Wise RA. Brain reward circuitry: insights from unsensed incentives. *Neuron*. 2002; 36:229-240
30. Hernández L, Hoebel BG. Food reward and cocaine increase extracellular dopamine in the nucleus accumbens as measured by microdialysis. *Life Sci* 1988;42, 1705-1712
31. Castner SA, Williams GV. From vice to virtue: Insights from sensitization in the nonhuman primate. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31(8): 1572-92
32. Miller EK, Cohen JD: An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annu Rev Neurosci* 2001; 24:167-202
33. Roesch MR, Olson CR: Neuronal activity related to reward value and motivation in primate frontal cortex. *Science* 2004; 304:307-310
34. Cohen JD, Braver TS, Brown JW: Computational perspectives on dopamine function in prefrontal cortex. *Curr Opin Neurobiol* 2002; 12:223-229
35. Goto Y, Otani S, Grace AA. The Yin and Yang of dopamine release: a new perspectiva. *Neuro Pharmacol* 2007; 53: 583-587
36. Volkow ND, Fowler JS: Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex* 2000; 10:318-325
37. Dom G, Sabbe G, Hulstijn W, Van den Brink W. Substance abuse and orbitofrontal cortex. *B J Psychiatry* 2005; 187: 209-220
38. Schoenbaum G, Roesch M, Stalnaker T. Orbitofrontal cortex, decision-making and drug addiction. *Trends Neurosci* 2006; 29(2): 116-124
39. Grace AA, Floresco SB, Goto Y, Lodge D. Regulation of firing of dopaminergic neurons and control of goal-directed behaviors. *Trends Neurosci* 2007;30:220-7
40. McCusker CG. Cognitive biases and addiction: an evolution in theory and method. *Addiction* 2001; 96: 47-56
41. Townshend JM, Duka T. Attentional bias associated with alcohol cues: differences between heavy and occasional social drinkers. *Psychopharmacol* 2001; 157: 67-74
42. Balleine BW. Neural bases of food-seeking: affect, arousal and reward in corticostriatal limbic circuits. *Physiol Behav* 2005;86:717-30
43. Yin HH, Knowlton BJ. The role of the basal ganglia in habit formation. *Nat Rev Neurosci* 2006; 7(6): 464-76
44. Tiffany ST, Conklin CA. A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction* 2000; 95 Suppl 2:S145-53
45. Hall W, Carter A, Morley K. The social implications of neurobiological explanations of resistible compulsions. *Am J Bioeth* 2007; 7(1): 15-17
46. Satel SL. What should we expect from drug abusers? *Psychiatric Services* 1999; 50(7): 861
47. Morse SJ. Voluntary control of behavior and responsibility. *Am J Bioethics* 2007; 7(1): 12-36
48. Madueme H. Addiction as an amoral condition? The case remains unproven. *Am J Bioeth* 2007; 7(1): 25-27
49. Fischer HE, Aron A, Brown LL. Romantic love: a mammalian brain system for mate choice. *Phil Trans R Soc B* 2006; 361:2173-2186
50. Pérez Gómez A, Sierra D. Recuperación natural y recuperación con tratamiento del consumo de drogas y alcohol. *Adicciones* 2007; 19(4):.409-422
51. Bischof G, Rumpf H, Hapke U, Meyer C, John U. Types of natural recovery from alcohol dependence: a cluster analytic approach. *Addiction* 2003;98, 1737-1746
52. Vidal M. *Psiquiatría clínica en la unidad de corta estadía*. SO-NEPSYN. Santiago. 2006
53. Cavedini P, Gorini A, Bellodi L. Understanding Obsessive-Compulsive Disorder: focus on decision making. *Neuropsychol Rev* 2006; 16(1):3-15
54. Cochrane TI. Brain disease or moral condition? Wrong question. *Am J Bioeth* 2007; 7(1): 24-25
55. Miller WR. What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction* 1996; 91(Supplement):S15-S27
56. Ministerio de Salud. *Normas Técnicas y Programáticas para el Beber Problema*. Santiago. 1993

CASO CLÍNICO

ANÁLISIS PSICOPATOLÓGICO DE UN CASO DE “FOLIE À DEUX” (DELIRIO A DOS)¹

(Rev GPU 2008; 4; 4: 474-478)

Gustavo Adolfo Murillo² y Nour Benito³

El presente trabajo tiene por objetivo mostrar una situación psicopatológica particular, bastante más frecuente de lo que se cree y que, por lo mismo, es poco pesquisada y descrita. Se trata de un caso de “Folie à deux”, caracterizado por la presencia de un cuadro psicótico delirante en un paciente que induce el mismo delirio en otra persona con quien mantiene una cercanía afectiva, el cual es compartido sin objeción. A nuestro parecer esto ocurre por medio de la sugestión, mecanismo que explicaremos en el análisis psicopatológico del caso que exponemos a continuación.

Se trata del caso de una mujer que presenta una idea delirante de envenenamiento y que la comparte con un hijo inválido, quien presenta ciertas características que lo hacen fácilmente sugestionable. La mujer interpuso una demanda en una Fiscalía de Santiago desde donde nos piden que realicemos peritajes psiquiátricos, tanto de la madre como del hijo, para evaluar si procede o no dar curso a una investigación judicial o si se trata de un problema psiquiátrico con características de psicosis, entendida ésta como un estado de pérdida del juicio de realidad.

Para la exposición de los dos informes cambiaremos los nombres de las personas reales con el fin de guardar la reserva pertinente.

Comenzaremos con el informe de la madre y después detallaremos el informe del hijo.

INFORME PSIQUIÁTRICO DE LA SRA. MARÍA INÉS RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

El Fiscal adjunto Sr. M. A. M. G. nos ha pedido realicemos una pericia psiquiátrica de la Sra. Maria Inés Rodríguez

¹ Nota del editor: La *Folie à deux* fue descrita por primera vez por Lasegue y Falret en 1877. Las denominaciones tales como “insanía doble”, “psicosis compartida” o “trastorno paranoide compartido”, según la serie DSM, son los equivalentes anglosajones de aquella denominación francesa.

² Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Instituto Psiquiátrico “José Horwitz B.”

³ Becada de Psiquiatría.

González, con el objetivo de determinar su estado de salud mental. Ella se siente víctima de una persecución, realizada por grupos de personas que tendrían la intención de matarla, colocándole arsénico en sus alimentos. Esta situación la hace temer por su vida y por el destino posterior de su hijo inválido, Pedro Martínez Rodríguez, en el caso de que ella falleciera.

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

La Sra. María se presenta bien vestida y aseada, mantiene un trato cortés y se aboca directamente y sin preámbulos al tema que la complica. Esta actitud da cuenta, desde el principio de la entrevista, de un contenido que domina por completo su estado psíquico.

Expresa: “Tengo enemigos dentro del taller, soy diseñadora de alta costura y he compartido pasarelas con Rubén Campos y con Oscar de la Renta, quien es uno de los diez mejores diseñadores del mundo”.

Luego añade: “Hace 13-14 años viví esta situación de ahora muy parecida; esto es de una violencia pavorosa: los enemigos no tienen principio ni fin; contrato una nana y al día siguiente me contamina toda la vivienda o el mismo día; ayer salió a trabajar una nana que contraté; la mandé al supermercado y ya el almuerzo tiene este gusto”.

Agrega: “Los sabores de ahora son como un aceite descompuesto. Mañana voy a una Clínica donde me van a hacer exámenes, una nefróloga y un neurólogo; el veneno que me están dando ahora me puede dañar el cerebro”. Agrega: “Habría cosas (veneno) en los zapatos. Esta nana está camuflada con el resto de la gente”. “Hay un abogado y un químico-farmacéutico aliados hace 14 años con mujeres que no consiguen nada conmigo”. “Cuando pasó esta historia que fue demencial, esta gente me demandó. Yo tenía 3 propiedades. Durante diez años contrataba una empleada y me la contaminaban: le pagaban para que preparara las comidas con veneno. El padre de mi hijo estaba detrás de todo esto, él me raptó a mi hijo; había una jueza que le dije que tenía 48 horas para decidir; acudí a la Corte de Apelaciones y fui atendida por G. O. quien me ayudó. En 4 horas recuperé a mi hijo y me lo entregaron”. Añade: “Estamos acosados por esta gente; no entiendo que contrate a una persona, le pague el sueldo y me contamine la alimentación. Están hechos como una cadena”.

Por otra parte, refiere: “He sido perseguida por un juicio de trabajo y nunca tuve idea qué pasó, porque me mandaban las notificaciones a las diferentes casas porque sabían que yo no estaba allí. El Juez decretó que yo estaba en rebeldía; tres a cuatro mujeres me deman-

daron a mí y se aliaron con el padre de mi hijo. Esto es demencial y difícil de entender. Me demandaron por sueldo y cosas que jamás les he debido”. Añade: “La receptora judicial fue a hablar conmigo y dijo que yo tenía gente infiltrada en la oficina. El abogado Héctor González dice que como no pudo sacarme plata me va a matar (los venenos)”.

Cuenta que una amiga de su hijo, que está en último año de Odontología, entró a su oficina y encontró un olor asfixiante que es el mismo olor que siente la paciente, y que provoca que le pique la garganta, la nariz; le desencadene estornudos, se rasque la cabeza, sienta dolor en el estómago y flanco derecho, notando que le sube por la columna y llega a la nuca, le sopla fuerte y repetitivamente y luego siente un crujido. El olor es picante y salado. “El de ayer –dice– era nauseabundo, asqueroso. Es el mismo olor por lo que tienen que estar coludidos”. “Les encontré el frasco y el líquido es blanco grasiento”. “Defeco y orino con el olor y tiene residuos y la misma grasitud perlescente (nacarado); los excrementos tienen una mucosidad amarillenta y viene el mismo residuo”.

Acota afligida: “Estoy segura que si no hacen nada rápido nos liquidan y si me liquidan a mí queda mi hijo desprotegido; detrás de esta gente hay alguien muy poderoso, porque ¿de dónde van a sacar plata para pagarle a la gente que trabaja conmigo? Atacan la parte psicológica, personal y la estima de un ser humano”. Dice estar convencida y firme aunque tiene querellas y la consideran loca y no la toman en cuenta.

Agrega que en el 12° Juzgado no fue escuchada porque estaba de Juez un tal Sr. Pérez. Afirma: “Yo no me voy a quedar así, yo tengo que concurrir a la Cruz Roja, a la Haya o a algún organismo internacional. Lo haré. Tengo 3 canales de televisión: 7, 13 y Chilevisión dispuestos a que hable y diga la verdad”.

Respecto del Fiscal expresa: “Es difícil que un fiscal que no se constituye en el lugar pueda tener un acercamiento a la verdad; además hizo un comentario en el Juzgado de que estaba cansado que lo llamaran 3 veces al día. Él nunca ha contestado el teléfono”.

La paciente añade que tiene los dos tobillos hinchados y que eso sería producto del mismo veneno. “Tengo movimientos del cuerpo que se producen solos y eso es por lo mismo; me voy a hacer los exámenes para determinar arsénico y los voy a mandar a la Clínica Mayo”. “Pienso que la justicia no ha hecho nada por nosotros; sé que es algo súper demencial, pero mientras tenga la verdad me la voy a jugar hasta el final. En este momento se ríen, me cambian las cosas de lugar; carabineros me dice que me creen y me dijeron que contrataran un buen brujo” (ridiculizándola).

EXAMEN PSICOPATOLÓGICO DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

Luego del análisis de la entrevista y el examen mental de la Sra. Rodríguez queda claro que padece de un delirio de perjuicio y daño, con la certeza de ser víctima de un envenenamiento progresivo con arsénico desde hace años.

Se trata de una idea delirante, ya que es una idea falsa, sin ningún asidero lógico en la realidad, o sea, es de origen morbosos, producto de una enfermedad delirante y es incorregible con argumentos lógicos. Su producción delirante tiene la peculiaridad de estar sistematizada, es decir, tiene una estructura bien determinada con ciertas características que le son propias, a saber:

- Su contenido es de daño, perjuicio y eventualmente le podría causar la muerte.
- El agente productor del perjuicio sería con toda seguridad para ella el arsénico.
- Hay grupos de personas que se estarían aliando y confabulando contra ella, todo lo cual no tiene base lógica real comprensible.
- Interpreta olores y sabores, junto a molestias físicas en forma delirante.
- La idea delirante de perjuicio la lleva a la acción ya que establece demandas que pueden ser interminables y en grado creciente.
- El curso del pensar se mantiene intacto.
- No hay alucinaciones auditivas.
- Ha desarrollado una biografía bastante adecuada y duradera en muchos aspectos, por ej: trabajo, y exceptuando todo lo referente al sistema delirante.
- Las ideas son incorregibles.
- Existe el claro antecedente que habría convencido al hijo inválido de la certeza de sus ideas delirantes, lo que se llama en psiquiatría "Delirio a Dos".

Por todo lo anterior queda claro que la Sra. María Inés Rodríguez González padece de una enfermedad mental psicótica que la priva de razón, en lo que se refiere a sus ideas delirantes, denominada Paranoia de Perjuicio.

INFORME PSIQUIÁTRICO DEL SR. PEDRO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Entrevista psiquiátrica

El Sr. Pedro Martínez Rodríguez es traído en silla de ruedas por padecer una parálisis cerebral que le impide

de deambular. Establece un contacto amable y solícito, dándose a entender claramente. Dice tener cuarto medio y haber estudiado primer año de periodismo; ser productor de eventos y empresario de ropa, agregando de inmediato: "Donde nos han boicoteado de manera terrible". "Nos contaminaron los alimentos, la misma gente que ha trabajado con nosotros. Tenemos sospechas y es una mafia tan grande que parece increíble. Para usted es fácil pensar que estamos locos porque supera todos los parámetros creíbles. Ayer mandamos comprar comida a un restaurante y nos llegó con líquido aceitoso, el mismo que tenemos en el cuerpo" (él y su madre). Añade: "Mi mamá está vomitando como una cosa aceitosa; yo no entiendo que en los análisis que nos hicimos en el Instituto de Salud Pública no salió nada. Nadie se va a estar inventando sentir mal olor, ahogos, o que vaya a la Posta por envenenamiento. Yo no podría emitir un juicio, pero es cosa de medirnos la grasa que tenemos en el cuerpo".

Luego agrega: "La gente que trabaja con nosotros nos boicotea; tenemos algo que entregar y no van a trabajar, nos manchan los vestidos; en las telas nos hacen unos monos".

Le preguntamos si realmente cree que los envenenan, y responde enfáticamente: "Por supuesto que es envenenamiento. Hace años atrás vivimos una situación semejante, nos contaminaban los alimentos. Fueron los operarios que trabajaban; el móvil era asesinar a mi mamá por plata, porque había dos departamentos, una casa y seguros de vida. Yo pasé esa época en la clínica: me daban veneno de ratones y me salía lorazepam por la sangre".

Le preguntamos: ¿Por qué volvieron actualmente a esto? "Es porque estamos vendiendo bastante en la tienda y estamos llegando a una estabilidad; en este rubro de la moda hay envidia y celo profesional". Luego dice: "A mi mamá hace tres años la demandó toda la gente que trabajaba en el taller en un juicio insólito; nos mandaban notificar a la casa cuando vivíamos en el departamento y así quedaba mi mamá en rebeldía y persistentemente nos venían a embargar". Añade: "El abogado contrario le dijo a la receptora que sabía nuestros movimientos porque tenía gente infiltrada y que si no conseguía dinero iba a matar a mi mamá; la receptora me dijo a mí tal cual".

Respecto de la fundamentación del daño sufrido dice: "Mi mamá empezó a bajar de peso en septiembre de 2005, 18 kilos, hasta la fecha. Le salieron moretones en las piernas y le siente mal olor a los alimentos. A mí fue en menor cantidad por una razón lógica, porque yo soy discapacitado". Luego añade: "Ella (la madre) me dijo que primero fue en el café, empecé a sentir

olor también a los perfumes, los desodorantes, en los alimentos, en el ambiente, en las telas con que confeccionamos la ropa; es olor a ratón muerto. Algo nos está provocando daño, y por lo que nos había dicho un toxicólogo, podría ser arsénico". Dice: "Recruedece todo porque ahora le está yendo bien a mi mamá".

Me pregunta si nosotros atendimos a su madre, y le contestamos que sí. "Entonces usted se dará cuenta que mi versión es igual a la de ella. Eso significa que no mentimos porque cuando una persona miente hay diferentes versiones". Le comentamos que lo notamos bien físicamente, a lo que contesta: "Lo logro porque mi mamá se preocupa de comprar mis alimentos". Añade: "¿Usted no se pudo dar cuenta de la pierna de mi mamá? ¿Cómo se explica que una persona de septiembre a esta parte pueda estar en franco deterioro de su salud física y que los médicos digan que no hay nada? Para mí hay una situación irregular. Hay cosas difíciles de probar. Nadie vomita porque sí; ¿usted encuentra normal que a alguien se le inflame una pierna porque sí?... Es porque algo está pasando". Entonces pregunta: "¿ustedes enviaron un informe a la Fiscalía? Allá me dicen que todavía no hay nada. Ustedes ven lo que pasó con Eduardo Frei Montalva. Imagínense que a Frei, con todos los recursos que dispone todavía no se sabe lo que le pasó".

Respecto de su enfermedad explica que a los tres meses de haber nacido tuvo asfixia por negligencia médica. Luego nos hace ver que él es quien apareció en televisión por haber sido discriminado en un Instituto de Santiago y que la justicia falló a favor del colegio, lo que al menos podría haber servido para poner el asunto en el tapete.

Por último, refiere: "Me he dado cuenta que aparece en mi persona porque me están saliendo ampollas en las piernas y en los pies. Mi mamá no obra en varios días y tiene que ayudarse con el dedo; yo tengo estitiquidad y es lo mismo en menor escala".

Examen psicopatológico de la entrevista clínica

Es claro que en el Sr. Martínez existe la misma convicción delirante que en su madre, en el sentido de estar siendo envenenado progresivamente. Interpreta y aduce los mismos argumentos que ella: los empleados de la oficina, la servidumbre de la casa, la contaminación de los alimentos, las lesiones de la pierna de la madre, la aparición de ampollas en piernas y pies, la eventual participación del abogado de acuerdo a la versión de la receptora judicial en el sentido de estar en riesgo de ser asesinados, el comienzo de todo el proceso persecutorio hace años por parte de operarios de la madre,

el líquido aceitoso amarillento que los contamina a ambos, etcétera.

Es importante destacar su insistencia en la coincidencia total de su versión con la de la madre, lo que para él es un argumento a favor de la realidad de los hechos persecutorios por ellos consignados.

Esta coincidencia delirante es lo que se llama en psiquiatría "Delirio a dos" o "Trastorno Delirante Inducido", cuyas pautas para el diagnóstico según la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son:

- a. Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.
- b. Ambos comparten una relación extraordinariamente estrecha.
- c. Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes están inducidas en la persona pasiva (dominada) de la pareja por el contacto con la persona activa (dominante).

En el caso estudiado, el Sr. Martínez es el dominado, su madre es la dominante y es quien padece la enfermedad llamada Paranoia de Perjuicio. Pedro Martínez padece de un Trastorno Delirante Inducido o Delirio a Dos.

Análisis psicopatológico de este caso de *folie à deux*

Estamos frente a un cuadro de delirio a dos sin lugar a dudas, en el cual la madre presenta un sistema delirante de perjuicio que se ha gestado en el tiempo con abundantes reinterpretaciones del pasado las que han fundamentado su idea de daño (envenenamiento por arsénico). Atribuye el punto de partida de todo el proceso a la época en que se separó del esposo, quien le habría "secuestrado al hijo", que ella posteriormente habría logrado recuperar. Nos parece que esta vivencia adquiere el carácter de "vivencia llave", a partir de la cual se gestan todas las producciones delirantes. Notamos claramente la participación de un instinto de conservación y el instinto maternal acendrado, que la mueve a temer por su vida propia y la de su hijo inválido, quien padece de un cuadro de parálisis cerebral.

El poder de convicción de la madre es de tal fuerza que le traspasa las ideas a su hijo quien las acepta directamente sin objeción y las incorpora dentro de un bagaje delirante similar, de modo que la madre padece de una enfermedad mental que clásicamente se llama

Paranoia de Perjuicio, en este caso, de envenenamiento y que contagia al hijo que no padece de una psicosis endógena, pero que comparte el delirio en forma absoluta por el mecanismo de la sugestión.

Hemos usado la palabra sugestión, que nos parece desde el punto de vista psicopatológico la más acertada para comprender el mecanismo de contagio que se produce en esta situación clínica.

La palabra sugestión tiene tres acepciones diferentes:

- d. El acto de 'sugestionar' o hacer 'una sugestión'.
- e. El proceso en virtud del cual dicho acto se realiza o tiene lugar en el sujeto recipiente.
- f. El efecto del mismo

El primero, es decir, el acto de sugestionar o "acción sugestionante", lo denominaremos *influjo sugestivo o sugerencia*. El proceso en virtud del cual ésta actúa y se realiza lo llamaremos *proceso de sugestión* y a su resultado, cuando es positivo, *efecto sugestivo o sugestión* propiamente dicha. En nuestro caso el efecto sugestivo o sugestión sería la incorporación en el hijo de la idea delirante de perjuicio iniciada por la madre.

A la propiedad de algunas personas de sugestionar fácilmente a las demás la designaremos como *sugestividad* y a ellas las llamaremos *sugestivas*, que en nuestro caso es la situación de la madre. A la recíproca propiedad que algunas personas tienen de dejarse influir por los estímulos o influjos sugestivos (sugerencias) la calificaremos de *sugestibilidad* y a tales sujetos los consideramos *sugestionables*, antes de operar en ellos el proceso de sugestión, y de *sugestionados*, después que tal operar se ha hecho efectivo. En nuestro caso el hijo sería el sugestionado después de haber incorporado y de compartir la idea de perjuicio de su madre.

Luego de estas aclaraciones podemos ya emprender la tarea de analizar en qué consisten estos tres hechos, comúnmente englobados bajo el calificativo de sugestión.

El primero de ellos queda definido por un propósito, el de hacer aceptar un contenido intencional del sugestionador al sugestionable y conseguir que éste lo realice (en sí mismo o en el ambiente exterior) convirtiéndose en sugestionado, incapaz de modificarlo o resistirse a él. Expresado en otros términos, el acto o acción sugestionante intenta obtener que una idea afectivamente matizada se instale en el sujeto sugestionable y pase a la categoría de creencia y de "conación" decidida, sin tener que sufrir el control de su conciencia personal, o desbordándolo con tal fuerza que lo haga inefectivo. La mente del sujeto sugestionado se comporta entonces como una blanda cera en la que se inscribe lo que desea el sugestionador (consciente o inconscientemente), que pasa así a obtener de aquél una absoluta sumisión y una "obediencia ciega" a sus propósitos (sugerencia ciega) en la medida que se excluye la acción de su crítica y autodeterminación.

Obran sugestivamente aquellas ideas que van cargadas de emoción y cuanto más intenso es el contenido afectivo de un idea, tanto más sugestiva resulta. Es el caso de la situación clínica planteada, donde el temor a ser envenenado adquiere connotaciones afectivas tan intensas que el sugestionado lo acepta delirantemente.

La idea delirante compartida por la madre y el hijo se asocia a componentes emocionales muy primarios, como es el instinto de conservación de ambos, y al instinto maternal de la madre. La sugestión depende en alto grado del conjunto de relaciones afectivas establecidas entre el que sugestiona y el sugestionado, quienes establecen una verdadera estructura simbiótica de subsistencia.

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

