



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

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

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 5, VOLUMEN 5, Nº 1 MARZO DE 2009

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

## IMPORTANTE

El nuevo correo del editor de GPU es: [psiquiatriauniversitaria@gmail.com](mailto:psiquiatriauniversitaria@gmail.com)

El antiguo [cojeda@vtr.net](mailto:cojeda@vtr.net) ha quedado desactivado.

El sitio actual de la GPU es: [www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl](http://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](mailto:cyc@consultoriaycapacitacion.cl)

Fono: (56-2) 269 7517

\* Suscripción por 1 año (cuatro números).

Si usted es psiquiatra y no ha recibido esta revista, por favor actualice su dirección en el siguiente correo: [cyc@consultoriaycapacitacion.cl](mailto:cyc@consultoriaycapacitacion.cl)

Revisiones · 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](http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl)

Psiquiatría Universitaria

Facultad de Medicina, Universidad de Chile  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente  
Av. Salvador 486  
Santiago de Chile  
Fono: 274 8855

Representante legal: Jorge Las Heras Bonetto  
Edición gráfica, distribución y comercialización: C&C Ediciones

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

Toda la correspondencia, así como las colaboraciones, se prefiere sean enviadas electrónicamente al Editor General, Dr. César Ojeda, Email: [psiquiatriauniversitaria@gmail.com](mailto:psiquiatriauniversitaria@gmail.com)

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-1981 (Versión en línea)

## NUEVO MIEMBRO DEL CUERPO EDITORIAL

---

**¡BIENVENIDO!**



### **HERNÁN VILLARINO HERRERÍA**

Médico-Psiquiatra (Universidad Complutense de Madrid). Magister en Filosofía (UAH). Master en Bioética (Institut Borja-UDD). Diplomado en Teología (UAH). Autor de diversos artículos de psiquiatría y filosofía, y de los libros *Medicina y Humanidades* (UDP 2005), y *Karl Jaspers: La comunicación como fundamento de la condición humana* (Mediterráneo 2008). Ejerce como psiquiatra clínico en el Servicio de Psiquiatría del CABL, y es Profesor Asistente de Bioética en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Campus Sur).



**JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS**

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

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

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

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

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

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

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



**CLAUDIA ALMONTE KONCILJA**

Estudió medicina en la Universidad de Chile, División de Ciencias Médicas Occidente, entre 1984 y 1990. Premio mejor interna Sede Occidente y mejor egresado(a) promoción 1990. Beca "Excelencia Académica"

Universidad de Chile en Psiquiatría de la infancia y adolescencia, Sede Norte, Hospital Roberto del Río, 1991-1994. Cargo Docente Asistencial en Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, 1996-1998. Ejercicio privado de la profesión desde 1998 a la fecha.



**FÉLIX BACIGALUPO I.**

Médico Psiquiatra, Académico Universidad de Los Andes.



**MARÍA LUZ BASCUÑÁN RODRÍGUEZ**

Psicóloga, Master of Science (MSc) Universidad de Londres, Diplomada en Bioética Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Se desempeña como psicóloga clínica de adultos en el Servicio de Salud Mental de la Cámara Chilena de la Construcción y como Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental (campus Oriente) y de Bioética y Humanidades Médicas. Realiza actividades de investigación en ambos departamentos y de docencia de pre y post grado en las Escuelas de Medicina, Enfermería, Kinesiología.



**ALBERTO BOTTO VALLE**

Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta de la Universidad de Chile.

Postítulo en Psicoterapia Psicoanalítica Focal de la Corporación Psicoterapéutica Salvador/Universidad de Chile.

Diplomado en Psicopatología Clínica (mención adolescencia y violencia) del I. Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Docente de pre y postgrado del Departamento de Psiquiatría Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Profesor encargado del curso de Psiquiatría y Salud Mental de la carrera de Medicina en el Departamento de Psiquiatría Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Subeditor Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria.

Psiquiatra Clínico de la Unidad de Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago.

Miembro Titular de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN).

Ha realizado investigación sobre enfermedades del ánimo, estrés posttraumático y docencia en consultoría psiquiátrica en atención primaria (APS).

Autor de la monografía "Estabilizadores del Ánimo" editada por Gaceta de Psiquiatría Universitaria. Temas y Controversias (2007).

Temas de interés: Docencia en psiquiatría, enfermedades del ánimo, psicopatología del desarrollo, apego, psicoterapia psicoanalítica, psicoanálisis y neuropsicoterapia.



**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 posttraumático, la depresión y la psiconeuroendocrinología.



**MARÍA PATRICIA CORDELLA MASINI**

Médica psiquiatra. Psicoterapeuta.

Magister en Psicología mención psicoanálisis.

Formada en psicoterapia grupal gestáltica, es además terapeuta familiar y de pareja

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



**SUSANA CUBILLOS MONTECINO**

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

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



**GUILLERMO DE LA PARRA CIECIWA**

Médico Cirujano Universidad de Chile.

Psiquiatra Conacem.

Psicoterapeuta.

Psicoanalista Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional.

Doctor en Medicina Universidad de Ulm, Alemania.

Profesor auxiliar Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Jefe de la Unidad de Psicoterapia Adultos Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile.

Organizador, junto a diversos grupos de trabajo, de las unidades de psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, del Instituto Psiquiátrico "José Horwitz" y del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Católica.

Se ha dedicado a la divulgación y al trabajo en investigación empírica en psicoterapia, siendo ex presidente del Capítulo Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research y actual coordinador del comité local de dicha sociedad.

Autor de numerosas publicaciones y presentaciones en los temas de psicoterapia, investigación en psicoterapia y psicoanálisis.



**ANNELIESE DÖRR ÁLAMOS**

Licenciada en Psicología, 5 de noviembre de 1991.

Formación en Psicoanalítico 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 Universitaria 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 Académicos:*

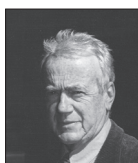
Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile Coordinadora Unidad de Salud Mental y Estudios Psicosociales, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Campus Oriente, U. de Chile

Coordinadora Asignaturas de Humanidades Médicas, Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

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

*Líneas de Investigación:*

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



**FRANCISCO HUNEEUS COX**

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

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-ZUVIC R.**

Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Profesor Asociado, Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad

de Chile.

Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesor Escuela de Psicología Universidad La República.



**ENRIQUE JADRESIC**

Médico Psiquiatra, especializado en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres. Es Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Past-President de la Sociedad

de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), y representante de SONEPSYN ante la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). En la Clínica Psiquiátrica Universitaria fue Jefe de la Unidad de Hospitalización de Mujeres y Subdirector Clínico y, como representante de la psiquiatría y la salud mental, fue miembro de los Grupos de Estudio de Medicina del Fondo Nacional para el Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT). Autor y/o coautor de numerosos trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales. Es editor, en conjunto con el Dr. Eduardo Correa, del libro "Psicopatología de la Mujer" y es, además, miembro de los comités editoriales de la *Revista Médica de Chile*, *World Psychiatry* y *Trastornos del Animo*. También es miembro de la Task Force on Evolutionary Psychiatry de la WFSBP (World Federation of Societies of Biological Psychiatry).



**JUAN PABLO JIMÉNEZ**

Médico Psiquiatra, Universidad de Chile, Doctor en Medicina, Universidad de Ulm (Alemania). Psicoanalista, miembro titular en función didáctica y ex presidente Asociación Psicoanalítica Chilena (APCh)

perteneciente a la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Primer Presidente (fundador) del capítulo sudamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR). Miembro de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN). Ex becado Fundación Alexander von Humboldt. Profesor Asociado, Director Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.



**JUAN FRANCISCO JORDAN MOORE**

Médico Psiquiatra. Psicoanalista. Se graduó en Medicina en la Universidad Católica de Chile y realizó su formación de post grado en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile y posteriormente en el Hospital del

Salvador e Instituto Nacional Psiquiátrico "Dr. Jose Horwitz Barak". Ex Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Ha realizado docencia de pre y post grado en la Universidad de Chile, en la Pontificia Universidad Católica de Chile y en la Universidad Andrés Bello. Realizó su formación psicoanalítica en el Instituto de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Ex Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena de la cual es Miembro Titular con función didáctica. Profesor Titular del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena, Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional, en la cual es actualmente Co-Presidente para América Latina del Comité Internacional de Nuevos Grupos. Miembro del Comité Editorial del International Journal of Psycho-Analysis y Editor Delegado para América Latina. Miembro del Consejo Consultivo de la *Revista de Psicanálise 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 bilógica 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.



**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. Ac-

tualmente 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 [droplivos.googlepages.com](http://droplivos.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 Magister y del Doctorado de la Universidad de Chile.  
Participación activa en diversos cursos y reuniones científicas de Psiquiatría y Neurociencias.

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



**POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI**

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

Se desempeña como Jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago, y en la Fundación San Cristóbal.  
Pertenece a diferentes sociedades nacionales e internacionales: Sociedad Médica de Santiago  
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía  
Sociedad Chilena para el estudio del Dolor  
Miembro internacional en:  
IASP: International Association for the Study of Pain  
APA: American Psychiatric Association  
McLean Hospital International Psychiatric Society



**PEDRO RETAMAL C.**

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

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

Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (período 2004-2006), Coordinador del Grupo de Trabajo Enfermedades del Ánimo de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Director Médico de la Agrupación de Pacientes Bipolares y Depresivos del Hospital Salvador, Director Médico de la página [www.psiquiatriachile.cl](http://www.psiquiatriachile.cl), Miembro del Grupo de Psiquiatría de la Clínica Santa María.

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



**ARTURO ROIZBLATT**

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

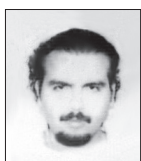
Miembro del Board of Directors International Family Therapy Association.  
Miembro del Comité Editorial del Journal of Family Psychotherapy.



**GRACIELA ROJAS**

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

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



**PABLO SALINAST.**

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 estadia 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](mailto: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<sup>1,2</sup>.
5. Se sugiere, si cabe, iniciar el artículo con un resumen en castellano (e inglés si el autor lo desea) con la estructura que el autor estime más conveniente para el tema tratado. Los escritos no tradicionales no necesitan resumen.
6. Los editores se comunicarán personalmente con los autores a efectos de cualquier sugerencia, y se reservan el derecho de rechazar una colaboración por fundamentos que deben ser comunicados por escrito al autor.
7. Los trabajos recibidos podrán ser publicados, además de en los números regulares de la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, en suplementos y/o separatas de la misma revista.

---

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

<sup>2</sup> Angst J, Hochstrasser B. (1994) Recurrent Brief Depression: The Zurich Study, *J Clin Psychiatry*, 55: 3-9

# ÍNDICE

---

## 11 EDITORIAL

- 11 RECORDANDO EL CEREBRO HUMANO  
*César Ojeda*

## 14 RESONANCIAS NUCLEARES

## 17 ACADÉMICAS

## 21 COMENTARIO DE LIBROS

- 21 APORTES CLÍNICOS A LA PRUEBA DE RORSCHACH  
Editores: Angélica Paredes M. y Carmen Gloria Micheli I.  
Editorial Ciceros Ltda., Santiago de Chile 2008, 277 páginas.  
*Comentarista: Hernán Silva*
- 23 THE COMPLETE GUIDE TO ASPERGER'S SYNDROME  
Autor: Tony Attwood  
Editorial: Jessica Kingsley publishers UK, 2007, 397 páginas.  
*Comentarista: Claudia Almonte*
- 25 WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL  
BLUSHING  
Autor: Enrique Jadresic  
Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.  
*Comentarista: Gustavo Figueroa*
- 27 HISTORIA DE CHILE EN LA VIDA DE UN MÉDICO  
Autor: Alfredo Jadresic  
Editorial Catalonia, Santiago, 2007  
*Comentarista: Cecilia Valenzuela*
- 29 KARL JASPERS: LA COMUNICACIÓN COMO FUNDAMENTO DE LA  
CONDICIÓN HUMANA  
Autor: Hernán Villarino  
Editorial: Mediterráneo, Santiago, 2008, 372 páginas.  
*Comentarista: César Ojeda*
- 33 LOS ESTOICOS ANTIGUOS  
Autor: Marcelo T. Boeri  
Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2003  
*Comentarista: Ramón Florenzano*
- 35 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU
- 39 DEBATE
- 39 REFLEXIONES SOBRE EL MATRIMONIO HOMOSEXUAL  
*Sergio Peña y Lillo*

- 44 RESPUESTA AL DR. SERGIO PEÑA Y LILLO  
*Francisco Bustamante*

- 47 ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL MATRIMONIO Y EL  
MATRIMONIO HOMOSEXUAL  
*Hernán Villarino*

## 61 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

- 61 PSICOTERAPIA DINÁMICA DE TIEMPO LIMITADO:  
ENTREVISTA A HANNA LEVENSON  
*Randall C. Wyatt y Victor Yalom*

## 71 ENSAYO

- 71 LOGOPATÍAS Y TIMOPATÍAS: HACIA UNA NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN  
DE LAS ENFERMEDADES ENDÓGENAS EN PSIQUIATRÍA  
*Otto Dörr*
- 80 ANTE LA INTEMPERIE EXISTENCIAL: ¿VERTICAL U HORIZONTAL?  
*Francisco Huneeus*
- 88 ALGUNAS REFLEXIONES PARA UN MARCO REFERENCIAL INTEGRADOR  
EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA  
*Marcelo Cárcamo*
- 96 UN ALEGATO CONTRA EL NEUROPSICOANÁLISIS  
*Rachel B. Blass y Zvi Carmelli*

## 111 TEORÍA

- 111 REGULACIÓN EMOCIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES  
*Dolly Figueroa*

## 126 TERAPÉUTICA

- 126 UNA APROXIMACIÓN A LA COTERAPIA DESDE EL PSICOANÁLISIS  
*Lilian Tuane*

## 133 TALLER

- 133 DE LA TRISTEZA A LA CREACIÓN  
*Susana Cubillos y Gisella Galliani*

## 139 INVESTIGACIÓN

- 139 TENDENCIA DE SUICIDIO EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE  
SANTIAGO DE CHILE, SEGÚN EL MES Y LA ESTACIÓN DEL AÑO  
*Mariana Nuño, Cristóbal Adriaola y Francisco Bustamante*

## RECORDANDO EL CEREBRO HUMANO

El cerebro humano es una compleja red de información celular. Las neuronas tienen relaciones de contigüidad y no de continuidad entre ellas. Los vínculos informacionales que ligan a las neuronas de proyección, es decir, a aquellas que actúan cubriendo largas distancias, están mediados principalmente por neurotransmisores químicos de dos clases: excitatorios e inhibitorios. El primer tipo de función es desempeñado por el glutamato y el segundo por el GABA. Ambos actúan muy rápidamente y por cortos periodos. Además de las neuronas de proyección, existen otros tipos, uno de los cuales es conocido como "inter-neuronas" y que cumple funciones modulatorias. Estas funciones de las interneuronas están también mediadas por sustancias químicas denominadas neuromoduladores, como péptidos (encefalinas y endorfinas), aminas (serotonina, dopamina, epinefrina, norepinefrina y acetil-colina) y hormonas (estrógenos, testosterona, esteroides). Las interneuronas actúan de manera más difusa y por periodos más largos. Sin embargo, el punto crucial aquí es que estos nodos que llamamos neuronas tienen un umbral, es decir, "disparan" o descargan sobre otras neuronas, cuando los estímulos que reciben sobrepasan cierto nivel de intensidad. Las interneuronas, mediante los neuromoduladores, justamente actúan determinando tal umbral en el juego permanente de excitación e inhibición que representa el glutamato y el GABA. En este sentido, las interneuronas tienen el papel de regular el tráfico sináptico controlando la actividad de las neuronas de proyección.

La "fuerza sináptica", es decir, la probabilidad de que una señal recibida por una neurona dispare el mecanismo post-sináptico, es un proceso extraordinariamente dinámico y que muestra una notable propiedad: la de aprender. Donald Hebb<sup>1</sup>, un importante investigador en esta área, postuló hace años que el aprendizaje

consiste fundamentalmente en el cambio de la "fuerza" de las conexiones sinápticas. La más elocuente demostración experimental de un proceso de aprendizaje neuronal es el conocido condicionamiento clásico pavloviano, consistente en la "unión" de un estímulo auditivo con una respuesta autonómica, como la salivación. Es de sobra conocido que el sonido de una campanilla inmediatamente antes de darle comida a un perro, después de un número de ensayos, finalmente determina que el sonido de la campanilla, en ausencia de comida, genere salivación. Este condicionamiento clásico implica que alguna conexión neural ha sido creada entre regiones auditivas y vegetativas del cerebro. Pero además, esta conectividad puede ser recordada, al menos por un tiempo.

Estudios recientes en ciencia cognitiva, específicamente en el campo del procesamiento de información, han demostrado la capacidad de la "mente" humana de establecer y aprender simples input-output covariaciones, a partir de estímulos enormemente complejos<sup>2</sup>. En este sentido, el cerebro, y en general cualquier ser vivo, aunque no posea un sistema nervioso, actúa como un simplificador. Es evidente que los seres vivos no reaccionan, responden o varían su estado interno frente a cualquier movimiento del medio ambiente y a la infinita cantidad de "estímulos" que desde él reciben. De manera muy diferente, "enactúan" un mundo, es decir, modifican selectivamente su estado interno sobre la base de su organización autónoma, clausura operacional y acoplamiento estructural con el ambiente.

El conocimiento de la operación de las neuronas que hemos brevemente expresado en las líneas anteriores ha permitido generar un modelo, conocido como "red neural" (*neural-network model*), que a su vez ha permitido recursivamente iluminar aspectos del funcionamiento cerebral desde el que surge, y que además

<sup>1</sup> Hebb DO. *The Organization of Behavior*. John Wiley & Sons, New York, 1949.

<sup>2</sup> Ripley, BD. *Pattern Recognition and Neural Networks*. Cambridge University Press, 1996.

presenta una gran utilidad para analizar y predecir el comportamiento de sistemas complejos no biológicos. En pocas palabras, una "red neural" consiste en una gran cantidad de unidades simples, densamente conectadas, que actúan localmente de acuerdo a la suma de sus *inputs*, y que luego descargan una señal binaria si el total de los *inputs* excede cierto nivel. Cada nodo de este conjunto está, por alguna vía, conectado con el resto. La información discurre al interior del sistema desde nodos de entrada (al modo de receptores sensoriales) hacia los nodos de salida (al modo de efectores motores) y depende de las diversas vías posibles establecidas por la fuerza de los vínculos entre nodos intermedios (fuerza sináptica). Usualmente, una red neural opera en dos etapas. La primera etapa es una fase de aprendizaje en la que los nodos y enlaces de la red deben enfrentar perturbaciones en el sistema de entrada y ajustan la fuerza sináptica de acuerdo a las características y posibilidades de su propia estructura (autonomía). Podemos imaginar que una perturbación A, actuando en un sistema neural X, produce un encendido de la conectividad interna del sistema, distinto al provocado por una perturbación B sobre un sistema neural X, o de una perturbación A actuando sobre un sistema neural Z. El ajuste de la fuerza sináptica genera (o no) a su vez algún tipo de output en la salida del sistema. En la segunda etapa, si el sistema es perturbado de la misma manera, es decir, si la estimulación de los nodos de entrada tiene una configuración ya acontecida, el sistema la reconoce rápidamente y en este sentido funciona ahora como un sistema que ha aprendido y que, por lo mismo, posee memoria.

La característica más interesante de este modelo es que, en la segunda fase, opera "como si" fuera un sistema tradicional dotado de reglas prediseñadas que "instruyen" la operación de toda la red. Aunque nadie haya establecido ninguna clase de reglas de operación el sistema opera "como si" poseyera un conjunto normativo de reglas relacionadas con objetos pre-dados en un mundo con configuraciones propias. Una segunda y sorprendente característica de este modelo es la solidez del sistema. Removiendo o dañando algunos nodos o enlaces, el sistema se degrada suavemente y es capaz de recuperar gran parte de los "datos" a partir de pocos nodos. En los sistemas construidos a partir de reglas, el daño en algunas de sus partes provoca una abrupta caída y una pérdida irrecuperable de datos.

Se suele pensar que el cerebro humano es anatómicamente único, que tiene un tamaño relativo mayor que otros vertebrados, que posee una mayor corteza cerebral, particularmente en las zonas pre-frontales, y que, además, posee estructuras y funciones que no se encuentran en otros animales. La mayor parte de

estas creencias es falsa. Todos los cerebros de los tetrápodos poseen una formación reticular dentro de la médula oblonga, un puente y un mesencéfalo ventral incluyendo un núcleo cerúleo noradrenérgico, núcleos serotoninérgicos en el rafe y un sistema reticular activante ascendente; cuerpos estriados, globus pallidus, núcleo acumbens, substancia nigra, un septum basal del cerebro anterior, amígdala en el telencéfalo ventral, un pallium lateral, homólogo a la corteza olfatoria de los mamíferos, y un pallium medial, homólogo al hipocampo<sup>3</sup>.

Todas estas estructuras anatómicas pueden sonar, para el lector poco habituado, sólo como un montón de nombres complicados. No obstante, ellos significan que compartimos con los vertebrados (anfibios, reptiles, aves y mamíferos) un cerebro muy similar y las estructuras funcionales (conectividad y distribución de neurotransmisores, neuromoduladores y neuropéptidos) necesarias para los procesos de atención, memoria declarativa, emociones, motivación y guía y evaluación de acciones voluntarias.

Del mismo modo, siendo efectivo que poseemos el cerebro más grande entre los primates existentes, los extintos neandertales nos superaban. El cerebro humano es el 2% de la masa corporal pero, en algunos roedores, esa cifra es de 10%. Algo semejante ocurre con la idea de que la corteza asociativa en el ser humano ha tenido un crecimiento absoluto.

Tal vez la diferencia esencial entre el cerebro humano respecto de los otros vertebrados radica en el desarrollo de la corteza pre-frontal (mirada por muchos neurocientistas y neurofilósofos como el sitio de la conciencia), en los tiempos de maduración y en la presencia del área de Broca y su rol en la temporalidad sintáctica del lenguaje. El cerebro de los pro-simios se completa a los dos años de edad, el de monos y simios alrededor de los seis o siete años, en cambio el cerebro humano continúa madurando hasta los treinta años. Esta diferencia es muy significativa si se la mira desde las capacidades de aprendizaje y memoria, pero también si se lo hace desde el ángulo de la vulnerabilidad a trastornos del neurodesarrollo dependientes de una gran variedad de noxas<sup>4</sup>.

No obstante, con independencia de esas semejanzas y diferencias, hasta el más simple de los cerebros

<sup>3</sup> Roth G. Is the Human Brain Unique? En: *The Social Brain: Evolution and Pathology* (Editores: Brüne M, Ribbert H y Schiefenhövel W). John Wiley & Sons, London, 2003.

<sup>4</sup> Ojeda C. Evolución, Neurodesarrollo y Esquizofrenia. En: *Monografía 2. Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica*. CyC Aconcagua, Santiago, 2005.

es una maravillosa formación biológica. El cerebro humano está determinado en su estructura general por un patrón heredable obtenido mediante los vínculos genómicos que nos constituyen. Todos los seres humanos tenemos la corteza visual en el lóbulo occipital y el área de Wernicke en el lóbulo temporal. De hecho, la reproducción sexuada en humanos da como resultado un hombre contemporáneo y no alguno de nuestros ancestros homínidos. Sin embargo, el afinamiento y refinamiento de los detalles de la estructura cerebral son muy complejos y diferentes entre un ser humano y otro. El premio Nobel Gerald Edelman<sup>5</sup> ha mostrado que la diversidad de los cerebros humanos y los detalles de su neuroanatomía no están programados por un código molecular. Por el contrario, tales refinamientos surgen del proceso de desarrollo cerebral mediante regulaciones epigenéticas de la división celular, adhesión, migración, muerte celular, y extensión y retracción neurítica. En este proceso intervienen células gliales, moléculas morforreguladoras de adhesión

(CAMs) y moléculas de substrato de adhesión (SAMs). Estas moléculas actúan sobre las superficies neuronales y afectan su dinámica de interacciones. Pero, además, importantes montos de muerte celular ocurren en las poblaciones neuronales durante el desarrollo cerebral. Nada de esto tiene una determinación genética, interviniendo allí factores guiados, entre otras cosas, por leyes de azar.

Sin embargo, el neurodesarrollo no se detiene en este punto. Este afinamiento de la estructura cerebral no es sólo materia de patrones genéticos y de factores epigenéticos. Se requiere además de lo que se conoce como "experiencia", es decir, de la interacción del ser vivo con "lo otro" que él, interacción que, como hemos señalado en otros editoriales y desde diversos ángulos, además de las múltiples contingencias ambientales, se produce de manera fundamental con otros seres humanos.

CÉSAR OJEDA

---

<sup>5</sup> Edelman G. *Wider than the Sky: The phenomenal gift of consciousness*. Yale University Press, London, 2004.

# RESONANCIAS NUCLEARES

## EL VERANO DE FLUYAMA

por Pu-Edser

La línea del mar parece cortar la foto en dos y en el medio Lena (la sueca) sonriendo en Caleta Abarca. El pelo se desparrama en el fondo del cielo claro y la mano que lo disciplina no alcanza a sostener el orden perdido.

Fluyama la había pasado a buscar a su hotel en Providencia y, cumpliendo con su promesa en el café, la había llevado a la quinta región. Se había levantado temprano, hecho su serie de ejercicios, tomado su desayuno macrobiótico y, sin dar explicaciones a la señora que lo cuida, salido de pantalón corto y sandalias. En la mochila llevaba un traje de baños: por si la situación de helarse los huesos en el Pacífico era propicia; un naípe: por si la falta de tema con la desconocida creaba un vacío insostenible; un libro: por si definitivamente no había forma de componer la conversación.

La salida de Santiago había sido por la vía rápida y velozmente se encontraron pasando por las casonas de las viñas de Casablanca. El sol hacía lagunitas allá adelante del pavimento y desdibujaba los bordes del camino. Lena vestía blue gins, una polera y en su mochila llevaba el bikini, el mp3, un libro, un pareo y una crema hidratante: full playa. Había leído que el clima era cambiante y en sus hombros dejaba colgar un polerón negro con capucha por si era cierta la información. El idioma que los conectaba era ese inglés que se entiende y habla fácil entre dos que no nacieron anglo. Se reían y asentían frecuentemente uno al otro aún sin saber a qué se dedicaba cada cual. Se comenzó hablando de lo verde y ordenado de la ciudad de Santiago, del contraste con el prejuicio europeo del sudaca y se siguió hablando de Atacama, que ella había conocido y Fluyama no, de Las Torres del Paine, que ella también había conocido y Fluyama tampoco, y de cómo Santiago ha transformado sus habitantes con sólo hacerlos

subirse a buses largos y demorosos. Un promedio de dos horas sólo en traslados, se ha calculado, dice Fluyama, ya sea que uses o no automóvil. Luego, inevitablemente, la conversación había seguido con el tema del smog de la ciudad, tópico que ensambla con el calentamiento global, el que a su vez se encadena a como hace frío ahora en los inviernos, lo que se une a si hay o no que hacer centrales hidroeléctricas para producir energía propia en el país, que a su vez remite al tema de las fronteras con los vecinos que no nos venden gas y que además quieren nuestro mar.

Acotado así el contexto se podría seguir hablando del hotel, pero, Fluyama no le pareció una buena idea y hace la inevitable pregunta del ¿a-qué-te-dedicas? que parece abrir la posibilidad de entender si es posible o no llevarse con alguien. Por ejemplo él no podría llevarse con una empresaria de transportes o con una empleada de banco porque no le gustan ni los motores ni la contabilidad y ya se sabe que los temas del quehacer son redundantes y hegemónicos a la hora de los tópicos triviales. A la pregunta ella responde con una risa entrecortada y exagerada, se mueve en su asiento y justo pregunta por el Santuario de Lo Vásquez que se ve un poco más allá. Fluyama, entendiendo que podía no ser tan cómoda la pregunta como lo había pensado, decide lanzar la primera piedra:

—Yo me dedico a las personas.

—Qué interesante —responde ella—. ¿A qué clase de personas?

—A las que sufren —intentó resumir, para no decir de lleno a esas que no saben qué hacer con sus particulares locuras.

—¿Sufren: de qué?

Ella lo miraba sin prestar atención al camino, su foco se concentró en el perfil del hombre que manejaba, trataba de averiguar, casi como en un juego, antes que él dijera exactamente a qué se dedicaba, si era tal vez un pintor que transfiguraba el dolor de la carne en una pasión artística incontenible o si, por el contrario, era pastor de alguna iglesia evangélica y curaba a través de la retórica.

En el espacio de organización discursiva de Fluyama giraban en ese momento conceptos como figurativización de la experiencia inmanente; espacio transicional somatopsíquico; relativización fenoménica del Es; Temporización del yo-no yo en

el percepto trascendente, pero intentó, de nuevo, resumir —Sufren de ser...o sea sufren de ser... personas. Ahora que te lo digo es extraño escucharlo, porque de ese sufrimiento ¿quién podría escapar en verdad?, en fin a eso me dedico, al sufrimiento de ser quien se es.

—¿Eres un Shrink? —se rió ella— ¿y de cuáles? ¿De los que medican o de los que hacen soñar?

—Terapeuta —contestó él casi orgulloso de su condición humanista.

—¡Wau! Qué coincidencia, yo soy escritora de manuales para la vida. He escrito el manual del escape, el de la conciencia y ahora estoy en uno muy especial

—¿Y cómo llegaste a eso? —pregunta Fluyama curioso, ¿cómo era esto de escribir manuales? Nunca le habían gustado los manuales desde que leyó el Manual del agrofóbico y le sugerían al paciente “pasearse tomando un helado de crema por los pasillos del mall acompañado de un amigo de confianza: ojalá su perro” como segura cura de su fobia.

—Resulta que con mi editor descubrimos, hace años, que la gente es adicta a los manuales. Les gusta que alguien de forma sencilla y puntedada les dé instrucciones. No es que las sigan, pero los hace sentir en senda, les da un norte, un sentido al que atenerse. Los hemos llamado los manuales de los 10 puntos, no confundir con los doce pasos, ese que se ha usado para alcohólicos.

—Me suena, en realidad, más cerca a los 10 mandamientos, en versión moderna.

—Sí, hay algo de eso.

—Pero ¿cómo llegaste a dedicarte a eso? Fluyama no lo podía creer. Fíjate que hay gente que hace esto, se conversaba a sí mismo mientras escuchaba.

—En mi país teníamos problemas con los adolescentes: cualquier idea novedosa y extravagante prendía, como si ellos quisieran probar nuevas recetas para la vida y no seguir con la de sus padres. Hubo quien dijo que podía alimentarse de sol, otro sólo de elementos crudos, otro de podridos naturales, algunos de huevos de diferentes especies y otros simplemente no le prestaban atención a la comida sino a los límites del cuerpo: dormían colgados cabeza abajo o en la tina de agua helada; se enterraban en la nieve. Pero, te digo, no eran hechos aislados, tipo vamos a tirarnos en benji o hagamos parapente, no, se trataba de

tribus con organización, reuniones, líderes, y una precaria filosofía a la base que sustentaba sus actividades. Lo sorprendente era que esas filosofías eran exactamente el polo del modo de vida actual: una vuelta al sacrificio, la pobreza, la castidad, el amor en sus formas puras y verticales, amar y venerar el sol por ejemplo, como las más básicas de las culturas.

— ¿Y qué pasó?, ¿por qué lo hablas en pasado?

—Nuestro Ministerio de la Cultura encargó un estudio a un grupo de doctorados en semiótica acerca de los fenómenos actuales. Ellos se preguntaron: ¿Cuál es el decante que está dejando toda esta actividad de significación social? La respuesta se acercaba a describir esa especie de malestar freudiano. Hay una incomodidad, un descentramiento, dijeron, propio de la convivencia y tal vez originado en el afán de coordinarnos. Es la coordinación de unos con otros que produce sumas de restas. Es decir, se van acumulando restos de lo que soñamos, amamos y deseamos. Restos que nos alejan de lo que somos.

—¿Te refieres a que para articularse con otro hay que reprimir parte de lo que sentimos, cierto? —dijo Fluyama, buscando en sus coordenadas entender el punto.

—Así es, es como dejar de tener pasión para ser entendido como hombre de bien.

—Hummm, ¡¡pero eso es como perder el deseo!! —exclamó Fluyama, recordando su propia experiencia dolorosa con la depresión.

—Es posible que sea la falla de la especie, lo que las religiones han llamado el pecado original o podríamos llamar la falla de fábrica.

—¿Y dónde crees que está la falla? —preguntó Fluyama

—Mas en la cultura que en la genética, si me permites la dicotomía un tanto obsoleta.

—Hummm. Tal vez más que falla es falta —dijo Fluyama y avistando de lejos el letreiro bajó la velocidad de la camioneta para parar en una fábrica de dulces chilenos.

—Vamos a pasar a comprar estos embelecados nacionales, el tema me dio ganas de comer dulce —dijo intentando no hacerse su propia interpretación (falta → dulce → madre → falla → angustia → falta → dulce → mujer).

—Te van a gustar —siguió. Es una forma que inventaron las monjitas que venían en

las congregaciones junto con los misioneros en la colonia, de conservar la leche y los huevos en estado propicio para el consumo humano.

Lena se bajó de la 4x4 prestando atención al suelo de piedrecillas. Dejó la mochila dentro de la camioneta y se arregló la polera. Fluyama se acercó al mostrador para hacer la compra y ella preguntó por el baño. Es al fondo, le dice la chica que atiende. Un pasadizo de baldosas rojas enceradas y pulidas que termina en una puerta pequeña pintada de verde. Lena la abre y percibe un olor extraño como de alcanfor. El baño es muy pequeño y tiene sus propias instrucciones: 1-limpie el contorno, 2-use cloro de ser necesario (está detrás de la taza) tire la cadena, 3-cierre la tapa, y 4-hará feliz al próximo usuario.

La sueca sonríe, cada país con su adecuado manual, cada país siguiendo la solución de sus problemas existenciales.

Al volver al negocio Fluyama se la acerca con una bandeja de pasteles blanquecinos. Lena se sorprende.

—Vas a necesitar una servilleta y una botella de agua: aquí están ambas esperándote.

—Gracias, eres muy amable en pensar en todos estos detalles. Parece que me quisieras alimentar, cuidar, proteger —dice Lena para luego agregar directamente—. ¿Te he dado la sensación de ser alguien frágil o se trata de tus prejuicios acerca de qué es una mujer?

Fluyama casi se sonroja, así de sorpresa lo tomó el comentario, una chilena habría interpretado bien el código: “él trata de seducirte, es decir, quiere que tú te portes “como si fueras una mujer frágil y necesitada” de modo que él pueda portarse “como si fuera fuerte y poderoso” así, se podría reproducir la pauta básica de dominio, sumisión que en toda la especie animal hace que la hembra se agache, se quede quieta y acepte la cópula, quedando sometida a los movimientos del macho y transformada en receptáculo de semillas. “Si tú no te portas como hembra, yo no puedo hacerlo como macho”, ese es el juego que aprendí de niño, pensó Fluyama, pero ¿cuál será la pauta-sueca? ¿Habré metido la pata?

Tenía que contestar algo y sólo se le ocurre decir:

—Es el modo que tenemos aquí de decirle a alguien que lo consideramos —y sonrió

apostando que la sonrisa como fluidificador social es universal, esto lo había aprendido en pediatría, así es que no podía fallar.

Lena toma el chileno (el pastel, no el psiquiatra) con sus dos manos, era un verdadero pastel colonial, no era que parecía un chileno: era un chileno. Alto, completamente bañado en merengue y relleno de manjar. Abre su boca y le da una mascada quedando con el contorno de los labios y la nariz untados de dulce aún fresco y de manjar con sabor a canela. Fluyama le toma una foto y le promete enviarla por mail bajo el título: Lena y el chileno dulce. Ambos ríen y ella le devuelve el pastel.

—No podría comer todo esto ¿me quieres ayudar? —Ante lo cual Fluyama lo prueba (no le gustan los dulces y tal vez no fue buena idea parar...) y no sabe dónde dejar el resto, hasta que lo mete a su mochila.

—Me estabas contando de tu libro de mandamientos. ¿En qué trabajas ahora?

—Estoy escribiendo el Manual de la pasión.

—Difícil vencerla, imposible satisfacerla —dice Fluyama recitando un texto que ya no sabe de dónde salió.

—Creemos que podría acabar con muchos males actuales. Es lo que cree el ministerio de cultura que gestó el proyecto.

—Sin pasión, sólo el vacío —dijo Fluyama dándose cuenta que estaba pareciendo brevario de frases célebres.

—Así es: vacío y aburrimiento son como dos hermanos terroristas. Entran a tu casa, borran el sentido, eliminan la pasión y te poseen para destruir lo más valioso: la ilusión —explica la escritora—. El mal de los tiempos es el terrorismo pasional. Te deja chato, en acidia, en ausencia de ti, colmo. Extrañamente es porque falta algo, que se despierte la pasión, es porque no has llegado, es porque quieres alcanzar, es porque tienes un sueño, una ilusión que de pronto vuelves a ser feliz. El terrorismo es practicado curiosamente por los medios que se preocupan de dejarte, por ejemplo, pegado a un programa de televisión aunque tu conciencia te diga: párate de aquí, acaban de despojarte, ya no te está pasando nada. Salir del sistema te da una posibilidad, transgredir, transgredirte. “Señor: danos hoy la transgresión de cada día”, tendría que ser la oración para la vida.

—¿Y me quieres decir que con un manual las personas pueden despertar, volver

a apasionarse? Es contradictorio que un manual que “dice lo que hay que hacer” logre que trasgredas, es decir, te diga cómo hacer “lo que no hay que hacer” –pensó y dijo Fluyama (el tema lo había integrado y ahora estaba completamente allí) –Y más curioso aún que la pasión esté en el borde de la trasgresión.

–Sólo hay pasión si hay riesgo. Por eso la pasión es de la carne, porque está en lo sensible, y lo sensible marca el límite conocido. Sentir es salir de la domesticación, saltar más allá de la seguridad establecida para el cuerpo en tanto elemento de una red solidaria y seriada. Se padece el sentir, por entrópico y díscolo.

–Pero, ¿todo esto transformado en manual?

–Es fácil hacerlo –dijo ella–. Si las instrucciones son cortas y directas. Cada persona las ajustará a su propio estado del arte. El manual es un pequeño libro que comienza enunciando los 10 mandamientos y luego relata ejemplos variados. En fin, los 10 mandamientos para vivir apasionado son:

1. El verbo es buscar
2. El nombre no importa
3. El tiempo no es cronológico
4. La dimensión no es real
5. El espacio tiene más de tres dimensiones
6. Se comparte sólo parcialmente
7. Se padece en el camino a su encuentro
8. Nunca se alcanza

9. Se goza acercarse

10. Se deja escapar si se cree alcanzarlo.

–Tendré que verlos escrito para pensarlos –dijo Fluyama mientras el paisaje lo salva de entrar en profundidades

–¡Mira, ahí está el Pacífico! –Lena saca su máquina de fotos y hace tomas del camino que va bajando hasta llegar a la ciudad. Ella piensa: si no registro estos momentos se perderán como el vuelo de un pájaro; sólo recordaré la trayectoria pero no sus alas. Y se da cuenta que el pronóstico del tiempo estaba equivocado: hay sol por todas partes y hasta parece que Fluyama se ha iluminado con una nueva energía que se adivina en el tono de su voz cuando dice:

–¿Vamos a tirarnos por las dunas?



**NUEVO DIPLOMADO POSTGRADO EN TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN 2009**

ESCUELA DE MEDICINA Y ESCUELA DE TEATRO

Pontificia Universidad Católica de Chile

Con una novedosa metodología de aprendizaje que combina la información teórica, el darse cuenta experiencial y la reflexión distribuida en grupo, se dispone al alumno para que sea capaz de implementar en su lugar de trabajo metodologías clínicas, educacionales, terapéuticas, reparadoras y preventivas relacionadas con los trastornos de alimentación.

Para esto hemos reunido los saberes de la Medicina y el Teatro ofreciendo una combinación ventajosa para el aprendizaje en adultos que facilite la emergencia de las capacidades profesionales de cada uno de los participantes. El diplomado se organiza a través de los siguientes módulos:

**A. EXPERIENCIA TEÓRICA: CLÍNICA Y AVANCES EN TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN:**

**Nutrición:** Manejo ambulatorio y hospitalario de los aspectos nutricionales en los Trastornos Alimentarios. **Psiquiatría:** Psicopatología: historia y evolución; Diagnóstico co-morbilidad; Trastornos de personalidad y farmacología de los TAL. **Familia:** Tipos de familia, Relaciones enfermas; Manejo familiar de los Tal; terapia familiar; Diadas y triángulos. **Identidad:** Autorregulación del *self*; Regulación intersubjetiva; Imagen corporal; Ontología de la identidad familiar y social.

**B. EXPERIENCIA CORPORAL**

1. Movimiento y conciencia corporal 2. El cuerpo intersubjetivo 3. Imaginarios y experiencias del cuerpo.

**C. EXPERIENCIA REFLEXIVA: BIBLIOGRAFÍA**

Lectura actualizada y reflexionada en grupo de los últimos adelantos en el tema: clínica, neurociencia, familia, vínculo, cultura.

**Inscripción:** Con entrevista de ingreso a contar de enero 2009 hasta 31 de marzo 2009.

**Horario y duración:** Desde el 23 de abril hasta el 17 de diciembre 2009

- Los módulos teóricos y bibliográficos se realizarán en Campus San Carlos de Apoquindo, Clínica **San Carlos de Apoquindo, Camino del Alba 12351** los días **jueves de 13.00 a 16.30 horas**.
- El módulo del taller del cuerpo se realizará en el campus Oriente Escuela de Teatro (**Av. Jaime Guzmán Errázuriz 3300, Providencia**) los días **sábados de 10.00 a 13.00 horas**.

**DIRECTORAS DEL DIPLOMADO** **Dra. Patricia Cordella** mpcordella@gmail.com (psiquiatra. Jefa Unidad trastornos de alimentación. Pontificia Universidad Católica de Chile)  
**Dra. Pascuala Urrejola** purrejol@med.puc.cl (Pediatra. Nutrióloga Pontificia Universidad Católica de Chile)  
**Sra. Milena Grass** (Directora Escuela de Teatro de la Pontificia Universidad Católica de Chile)

**Secretaria del diplomado:** Ps. Consuelo San Martín sanmartinconsuelo@gmail.com

**Asistente Dirección de Extensión Relaciones Públicas Escuela de Medicina UC:** Srta. Alejandra González,  
 Fono: 354 6425 - 354 6430. Lira 44 Dirección Extensión Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile e-mail: alegonza@med.puc.cl; agonzal8@uc.cl

DETALLES EN: [http://www.psiquiatriauc.cl/trastornos\\_alimentacion](http://www.psiquiatriauc.cl/trastornos_alimentacion)

CERTIFICACIÓN: Diploma otorgado por la Vicerrectora Académica de la PUC.



OFICINA DE  
**APOYO A LA DOCENCIA**  
DIRECCIÓN ACADÉMICA

**HOSPITAL CLÍNICO**  
UNIVERSIDAD DE CHILE  
LÍDER EN MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD

D  
I  
P  
L  
O  
M  
A  
D  
O

**DIPLOMADO EN  
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:  
ETIOPATOGENIA, CLÍNICA Y TERAPÉUTICA**



**20 de marzo 2009 al 30 de abril 2010**

## DIPLOMADO EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: ETIOPATOGENIA, CLÍNICA Y TERAPEÚTICA



### DOCENTES

- **Karla Álvarez**  
Ps. académica, U. de Chile.  
Magíster en Psicología Clínica  
Infantil y Adolescente.
- **Rosa Behar**  
Profesora titular de Psiquiatría,  
U. de Valparaíso.
- **María Leonor Bustamante**  
Psiquiatra, U. de Chile.  
Doctora en Ciencias Biomédicas.
- **Jaime Coloma**  
Psicoanalista.  
Profesor titular, U. Católica.  
Magíster en Psicología Clínica,  
mención Psicoanálisis.
- **Horacio Foladori**  
Psicoanalista.  
Magíster en Psicología Clínica,  
Universidad Nacional Autónoma  
de México.
- **Muriel Halpern**  
Psiquiatra académica, U. de Chile.  
Magíster en Psicología Clínica  
Infantil y del Adolescente.
- **Andrés Heerlein**  
Profesor asociado de Psiquiatría,  
U. de Chile.
- **Enrique Jadresic**  
Profesor asociado de Psiquiatría,  
U. de Chile.
- **Juan Francisco Jordán**  
Psicoanalista didacta.  
Instituto Psicoanalítico de Chile.
- **Angélica Montenegro**  
Terapeuta Ocupacional.  
Académica, U. de Chile.
- **Cristián Montes**  
Psicólogo. Magíster en Psicoanálisis,  
U. Andrés Bello.
- **María Elena Montt**  
Profesora asistente de Psiquiatría,  
U. de Chile.  
Terapeuta Familiar
- **Lorena Pumarino**  
Psicóloga. Académica, U. de Chile.
- **Graciela Rojas**  
Profesora titular de Psiquiatría,  
U. de Chile.

■ **DIRIGIDO A**  
Médicos psiquiatras titulados y egresados de la especialidad.

■ **COMITÉ ORGANIZADOR**  
**Directores y docentes del Curso**  
Prof. Dra. Sonia Jerez C.  
Prof. Dr. Hernán Silva I.  
**Coordinadoras y docentes del Curso**  
Dra. Juana Villarroel G.  
Ps. Natalia Roa.

■ **HORARIOS**  
Primer viernes y sábado del mes.  
Viernes: 13:30 a 18:30 horas.  
Sábado: 08:30 a 13:30 horas.

■ **VALOR:** \$1.200.000.-

■ **ORGANIZA**  
Clínica Psiquiátrica Universitaria, Hospital Clínico U. de Chile.

■ **CERTIFICA**  
Escuela de Postgrado, Universidad de Chile.

■ **FECHA DE POSTULACIÓN**  
02 al 19 de marzo de 2009

■ **INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES**  
Srta. Elisa Benavides, Secretaria postgrado, Clínica Psiquiátrica  
Avda. La Paz 1003 Recoleta, Santiago  
Teléfono: 978 8761  
MAIL: postgrado@redclinicauchile.cl

AUSPICIA



Society for Psychotherapy Research (SPR)

## 40º CONGRESO MUNDIAL DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

“CONSTRUYENDO PUENTES ENTRE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN”

CENTRO DE EXTENSIÓN PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA

Santiago 24-27 junio 2009



SAMY BENMAYOR CHILE 2005

Asistirán los más importantes investigadores en psicoterapia del mundo.

Alrededor de 400 trabajos serán presentados en formato posters, panels, trabajos libres, grupos de discusión.

El idioma oficial será el inglés con excepción de los plenarios: "Diálogos entre el Clínico y el Investigador", donde habrá traducción simultánea.

	Valor de Inscripción en Dólares		
	Hasta el 30/4/2009	Después de 1/5/2009	Inscripción en el congreso
Miembros regulares de la SPR	390	470	525
No miembros	550	660	740
Estudiantes/miembros honorarios	290	350	395
Miembros Latinoamérica y de Europa Oriental*	335	400	450

\* Inscripción incluye cóctel inaugural y dos almuerzos.

### ORGANIZAN:

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

Inscripciones a través de <http://www.psychotherapyresearch.org/>

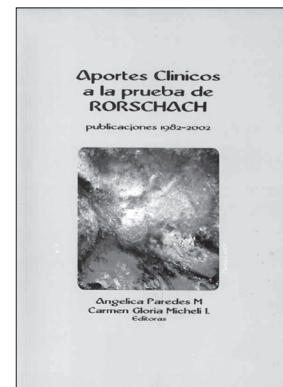
Contacto para mayor información: [delaparraspr@gmail.com](mailto:delaparraspr@gmail.com)

Hacerse miembro de la SPR cuesta U\$85 anuales. Da derecho a los 5 números anuales de la revista, rebaja en congresos, acceso a instrumentos de investigación, colaboración en línea, entre otros.

# APORTES CLÍNICOS A LA PRUEBA DE RORSCHACH

**Editores:** Angélica Paredes M. y Carmen Gloria Micheli I.  
Editorial Cicerós Ltda., Santiago de Chile 2008, 277 páginas.

(Rev GPU 2009; 5; 1: 21-22)



Hernán Silva

El libro "Aportes clínicos a la prueba de Rorschach" reúne una serie de trabajos publicados por Angélica Paredes Merino (Premio Nacional del Colegio de Psicólogos 2004) y sus colaboradores entre 1982 y 2002, y fue editado en conjunto con Carmen Gloria Micheli.

El libro recopila una serie de trabajos publicados en diversas revistas y libros y ordenados en forma cronológica. Constituyen un material de estudio de alto valor para psicólogos y estudiantes, quienes tenían dificultad en acceder a ellos porque las publicaciones originales se encuentran agotadas. Por este motivo resulta loable el esfuerzo de Carmen Gloria Micheli –compañera, colaboradora y amiga de Angélica Paredes– por reunir y volver a editar estos trabajos en la forma de un libro.

El texto es precedido de un prólogo de Natalia Roa y de una introducción de Ximena Rubio. Entre los trabajos incluidos destaca el *Manual de Rorschach Clínico* que fuera publicado originalmente en 1995. El resto de los trabajos se refiere a diversos aspectos de la aplicación de la prueba, en especial a entidades clínicas que van desde los trastornos de personalidad hasta los cuadros orgánicos y esquizofrénicos. La perspectiva con que se abordan es esencialmente clínica y fenomenológica, poniendo el acento en la descripción de los fenómenos psicopatológicos más que en las interpretaciones basadas en alguna teoría psicológica, lo que la aleja de dogmatismos e ideologías estrechas.

Este texto es un más que merecido homenaje a quien fuese formadora de muchas generaciones de psicólogos, a quienes entregó generosamente sus

conocimientos durante muchos años de trabajo en la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Habiendo compartido con ella ese periodo, quisiera destacar algunas de sus características personales. Angélica Paredes trabajó en estrecha relación con los médicos psiquiatras, constituyéndose en un ejemplo de integración entre la psicología clínica y la psiquiatría. Sin duda, dentro de su trabajo destaca particularmente el estudio y la investigación en la prueba de Rorschach. Desde un punto de vista clínico, un examen hecho por ella constituía un elemento fundamental para la comprensión de la psicopatología del paciente. En particular en aquellos casos más complejos, sus informes y comentarios resultaban decisivos para esclarecer un diagnóstico. El grado de confianza y precisión alcanzado era producto de un trabajo profundo, dedicado y reflexivo sobre el tema. En una época caracterizada por la búsqueda de resultados rápidos, de logros al corto plazo y de reconocimiento precoz, ella oponía los frutos de un trabajo de largo aliento. Se trata de años de dedicación a un tema, de reflexión sobre él, de indagación y búsqueda constante.

Esto se refleja claramente al leer los diferentes trabajos que conforman el presente libro. Se advierte en ellos una perfecta continuidad, un sólido desarrollo a partir de un hilo conductor que les otorga coherencia y unidad interna. Pareciera que en los veinte años que se abarcan se desarrolla un programa de trabajo con una línea temática sólida y maciza.

Sólo la práctica continua y prolongada hace al virtuoso. Y ello no sólo en la música o la literatura sino

también en la clínica. Porque Angélica Paredes era esencialmente clínica. No partía desde las seguridades o las trincheras de una teoría o una escuela para, desde ahí, entender a los pacientes. Su punto de partida eran los enfermos mismos; en un esfuerzo por desentrañar sus características y acceder a lo esencial de su cuadro, se detiene en sus particularidades y en su irreductible individualidad. Desde ese punto de partida, la prueba proyectiva es capaz de ampliar el horizonte de la mirada clínica, los fenómenos adquieren un sentido particular e iluminan aspectos que no son accesibles a la entrevista psiquiátrica, por minuciosa que ésta sea.

Ello se expresa de modo esclarecedor cuando Angélica Paredes describe el propósito que tuvo Herman Rorschach al crear la prueba:

“El psicodiagnóstico de Rorschach nació por tanto como una prueba eminentemente clínica, diseñada para emitir aseveraciones respecto del funcionamiento mental que concluyera finalmente en una hipótesis diagnóstica... Esta prueba se diseñó además desde una teoría psicológica precisa (Bleuler) para pesquisar las proposiciones de ella derivadas. El necesitar de un marco teórico para pensar las desviaciones ya sea éste estadístico, descriptivo, psicoanalítico, fenomenológico, sistémico, cibernético, conductista, fundamenta el quehacer científico. No es por ello una falencia de la prueba el que deba estar de acuerdo a ángulos determinados. Por el contrario, el ser usada en Norteamérica desde casi exclusivamente una visión psicoanalítica del yo, en Europa desde una

mirada más fenomenológica o analítica ortodoxa y en nuestro país y otros de América del Sur... con matices y combinaciones de escuelas europeas y norteamericanas, hablan que el instrumento que diseñó Rorschach, efectivamente sigue siendo polivalente y generoso, puesto que permite variadas lecturas. Es tan libre como limitado, siguiendo estrictamente la ley de realidad y es un telón donde no sólo se proyectan los conflictos, sueños, dramas y frustraciones personales sino también las ideas y creencias que se tienen en torno al cómo y por qué se producen las alteraciones, con sus inevitables limitaciones propias de toda concepción humana”.

Para lograr esa mirada es necesaria la existencia de una base de conocimientos que, a nuestro parecer, va más allá de los límites de la psicología misma. Un amplio bagaje en el campo de la literatura, el arte, la filosofía, la clínica y la psicopatología, constituye esa base. Porque sólo ellas abren al conocimiento del ser humano en toda su complejidad. Quien más sabe, comprende que todo saber es limitado y, paradójicamente, el conocimiento de los límites amplía la comprensión de la realidad. Nunca el conocimiento de un tema se puede considerar acabado. Quien realmente sabe es humilde, precisamente porque conoce esas limitaciones.

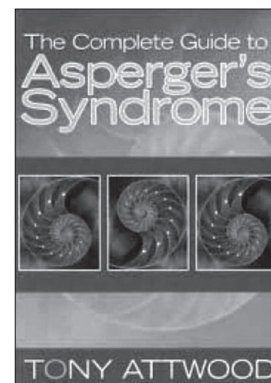
Quienes tuvimos el privilegio de trabajar con Angélica Paredes pudimos apreciar su solidez, lealtad, entereza y entrega al trabajo con los pacientes. Esperamos que este libro transmita ese espíritu y sirva de guía a las nuevas generaciones de psicólogos y psiquiatras.

# THE COMPLETE GUIDE TO ASPERGER'S SYNDROME

**Autor:** Tony Attwood

Editorial: Jessica Kingsley publishers UK, 2007, 397 páginas.

(Rev GPU 2009; 5; 1: 23-24)



**Claudia Almonte**

En los primeros años de mi desempeño clínico como psiquiatra infantojuvenil tuve la oportunidad de ser invitada, por la doctora Cecilia Breinbauer, a un taller teórico que impartió sobre los “trastornos regulatorios” en los trastornos generalizados del desarrollo. Ésta fue, tal vez, la primera aproximación que tuve de profundizar en el estudio de un grupo heterogéneo de pacientes que despertan inquietudes y desafíos relevantes a los que trabajamos en salud mental. Posteriormente, trabajamos en conjunto en la atención clínica de pacientes de este espectro diagnóstico, encontrando respuestas, pero, tal vez, más preguntas. El entrar en el universo de los trastornos generalizados del desarrollo (trastornos autísticos de diversa severidad, síndrome de Asperger, entre otros), permite trabajar cercanos a equipos multi-profesionales (fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, psicopedagogos, profesores, etc.), observando el relevante trabajo rehabilitador que realizan en éstos niños; conocer las peculiaridades de cada niño, en su contacto afectivo, sus disarmonías del desarrollo, sus dificultades en la integración sensorial, etc.; y, también conocer, orientar, acoger y, principalmente, aprender de los padres de estos niños, quienes, muchas veces, son los que en su afán de tener respuestas, introducen activamente al médico tratante en novedades diagnósticas, terapéuticas y misceláneas. Precisamente fue una madre de un paciente con síndrome de Asperger quien me facilitó este libro que comento, junto a dos más del tema (uno autobiográfico y otro dedicado a Síndrome de Asperger del adulto), que espero presentar próximamente.

El autor, que es un psicólogo clínico de vasta experiencia, pretende dar una guía práctica para padres, profesionales y pacientes con Síndrome de Asperger. Usa términos comprensibles, no extremadamente técnicos, para facilitar su lectura en un público lego, y provee las referencias también para académicos o profesionales que quieran profundizar más en algún punto. Incluye tópicos obtenidos de autobiografías de pacientes con Síndrome de Asperger, con citas textuales de ellos, recomendándoles la lectura del libro con el fin de que puedan entender el por qué de sus diferencias y, así, no sentirse menoscabados.

Este libro se publicó el año 2006, por primera vez, año en que se cumplió un siglo del nacimiento de Hans Asperger, pediatra vienés, quien describió con una magnífica acuciosidad el cuadro clínico en cuatro niños (Fritz, Harro, Ernst y Hellmuth), hace ya sesenta años. El autor, si bien no conoció personalmente a Hans Asperger, sí compartió con su hija, María, una psiquiatra infantojuvenil suiza, quien le relató las habilidades, personalidad y circunstancias de trabajo de su padre en Viena en 1930. De ella recibió una publicación hecha en el año 1938, cuando por vez primera describió las características clínicas que muchos años después recibirían el nombre de “desorden de personalidad autística”, y, finalmente, Síndrome de Asperger (S.A.) en 1981.

El autor plantea un lineamiento cronológico, desde el pasado (cómo se origina la terminología), el presente (los conocimientos actuales del tema) hasta los desafíos futuros, en cuanto a lograr posicionarlos en la

sociedad a través de la educación, inserción laboral y, por cierto, aprender también de ellos beneficiándose de sus talentos. Los objetivos del texto son, por tanto, difundir los conocimientos más recientes y cambiar las actitudes frente al cuadro.

El libro consta de 15 capítulos, al final de los cuales hay un cuadro resumen con los puntos principales (muy útil). Se analiza el cuadro clínico dedicando varios capítulos a profundizar en las diversas manifestaciones, tales como el estilo cognitivo, el lenguaje, la psicomotricidad, las problemáticas en las áreas de la socialización, el manejo emocional, el perfil de integración sensorial, los malos tratos o bullying, las áreas de intereses peculiares, etc. En la presentación del diagnóstico critica los criterios del DSM-IV por no incluir síntomas relevantes, como serían los trastornos de integración sensorial, e incluir otros que no siempre estarían presentes, como la indemnidad en el logro de las habilidades propias del desarrollo (cognitivas, etc.). Los criterios diagnósticos más útiles en el desempeño clínico serían los de Christopher Gielberg, por ser los más fidedignos a las descripciones originales. Se muestran, también, criterios diagnósticos y escalas de evaluación específicas para adultos con S.A. Mención especial sería el capítulo dedicado a las atipicidades en el perfil sensorial, ya que en general los autores definen el S.A. por los problemas sociales, la falta de empatía, las peculiaridades del lenguaje, el estilo cognitivo, etc., siendo que en los reportes autobiográficos y de los padres este tema es clave y, muchas veces, central en las dificultades para adecuarse al mundo. Se analizan los trastornos en los cinco sentidos (vista, oído, tacto, gusto, olfato), incluyendo el sistema vestibular y la propiocepción. Éstos van desde la hiper-hipo sensorialidad, a distorsiones sensoriales, sobrecarga sensorial y procesamiento sensorial atípico; se muestran estrategias de intervención. En el capítulo de la teoría de la mente el autor explica las dificultades centrales en el desarrollo del cerebro social, siendo las áreas neuroanatómicas implicadas los lóbulos frontales y temporales, la amígdala y

el cerebelo. En los primeros años de vida estos pacientes tendrían un crecimiento cerebral acelerado, pero sólo en base a sustancia gris. El estilo cognitivo sería disarmónico, con dificultades en las funciones ejecutivas, pero con un desarrollo de habilidades destacadas como las matemáticas y las artísticas. Tras muchos científicos y artistas exitosos hay un paciente con S.A. En este sentido, una paciente ingeniera de elite comentaba que si fuera por desarrollar tanto el aspecto de la sociabilidad, "aún estaríamos en cavernas conversando". De la misma manera, en cada capítulo se analizan junto a los déficit, las habilidades y fortalezas. Al abordar la temática de las áreas de intereses peculiares se muestra que sería mejor "unirse" a éstas que luchar contra ellas. El autor se refiere a la frecuente comorbilidad con los trastornos del ánimo, los trastornos ansiosos, el trastorno obsesivo-compulsivo y el Síndrome de La Tourette, entre otros. El último capítulo que se titula "preguntas frecuentes", en realidad lo son en la práctica clínica. Por dar un ejemplo, se pregunta si estos pacientes estarían más involucrados en crímenes, por algunas noticias dadas en los medios de comunicación (para ver la respuesta de ésta y otras interesantes, sugiero leer el libro).

Se dan técnicas terapéuticas, principalmente en la línea cognitivo-conductual, de gran utilidad y facilidad en la aplicación clínica.

Me llamó la atención el excesivo optimismo del autor, quien en forma reiterada habla de que la problemática de estos pacientes serían diferencias más que perturbaciones, situación que en la experiencia clínica es bastante difícil de plantear. Pienso que, tal vez, sea porque es un texto que se recomienda como lectura para los mismos pacientes o que el espectro diagnóstico sea tan amplio que permite en un extremo tener genios, como también, en el otro, pacientes con perturbaciones invalidantes.

De todas formas, este libro es una completa guía, didáctico, claro, de fácil lectura y muy recomendable para los que trabajamos en salud mental.

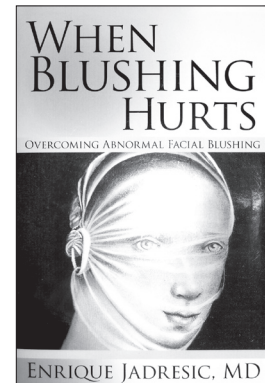


## WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING

**Autor:** Enrique Jadresic

Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.

(Rev GPU 2009; 5; 1: 25-26)



**Gustavo Figueroa**

La existencia humana esencialmente está referida al otro –se ejecuta con el otro, se está junto al otro y se actúa en vista del otro. Nuestro ser es ser-con(-el-otro), como dice Heidegger certeramente. Esta constitución fundamental hace que nos movamos en un espacio que, más que físico, es interhumano, y donde cercanía y lejanía no se miden tanto por la distancia mensurable objetivamente como por los deseos, necesidades o anhelos que tenemos de nuestro vecino –al que nos desprecia lo sentimos muy lejano aunque se encuentre al lado de nosotros y al que tememos nos inunda con su presencia aunque se halle a una hora de camino. Nuestra vida íntima y nuestra vida corporal se despliegan en este espacio interpersonal donde lo que realmente cuenta e importa es el sentido que le otorgamos nosotros y el significado que le imprime la sociedad y cultura en que estamos insertos.

Ortega y Gasset intuyó con especial perspicacia que en este ámbito el otro siempre es un “peligro” y el propio yo nunca es totalmente traslúcido, es una “sorpresa” jamás resuelta. De ahí que las buenas costumbres, como el saludar, el darnos la mano, el besarnos en la mejilla, son modos tanto de aplacar al prójimo como de tranquilizar-nos a nosotros mismos; así también, en cada momento nos podemos descubrir comportándonos hacia un amigo como jamás hubiésemos esperado de nosotros mismos, como si algún desconocido habitara en nuestra intimidad sin nuestro consentimiento. En una especial forma de este encuentro intersubjetivo se concentra Enrique Jadresic en su notable texto “When blushing hurts”.

Un buen día y por casualidad él descubrió que un rubor abrasador lo inundaba de manera incontenible desde su interior y, a partir de ese momento, su vida sufrió un giro inesperado. Las circunstancias eran muy precisas. En cada oportunidad que tenía que llevar a cabo un encuentro público, fuera con parientes, compañeros o desconocidos, reaparecía el rubor o, lo que era más desazonante, el temor a que se repitiera. Lo que no sospechaba era que, a partir de estas circunstancias indeseadas su modo de ser personal se trastocó y convirtió en su identidad permanente: se transformó en un sujeto que tenía que luchar sin cuartel contra esta proclividad a volverse rojo o, en caso contrario, huir y encerrarse en su interior aterrorizado, avergonzado, desazonado y desconcertado. Comenzó un ocultamiento de su intimidad, más bien dicho, una pugna sorda entre manifestación y ocultamiento de sí. Pero es cierto el perspicaz aforismo de Nietzsche de que “aquello que no nos mata nos hace más fuertes”. Al menos lo fue en el caso de Enrique. Aunque el precio que tuvo que pagar por ser seguro, feliz, confiado y exitoso en su vida emocional y profesional fue muy alto. Cada paso era un tener que vencerse, cada avance un no dejarse someter por su cuerpo que se había vuelto un organismo extraño para él, cada superación individual una obligación de volver a comenzar todo desde el principio como si no hubiera aprendido nada –a modo de Sísifo, arrastraba el peso de su existencia por una empinada pendiente.

Wilhelm Dilthey definió al hombre como una extraña mixtura de carácter, destino y azar. El encuentro

casual con un cirujano, Claudio Suárez, terminó con su destino que hasta esos instantes le parecía inaltable y marcado a fuego. Como decían los griegos, fue un *kairós*, un momento propicio y singularísimo. Una sencilla operación le produjo un alivio insospechado y, con ello, trajo consigo un nuevo giro a su existencia, esta vez más afortunado. El frecuentar e interactuar con hombres y mujeres de su medio no sólo le permitió volver a ser natural y enriquecedor para él sino, para su propio asombro, su persona misma mutó, pasando desde un escrutinio agobiante dirigido hacia sí a un dejarse llevar sin recelos ni sospechas por los simples avatares de la vida cotidiana.

El resto de la historia proviene del juramento que hizo Enrique hace años a su maestro Hipócrates: poner sus conocimientos al servicio del “enfermo, según mi capacidad y recto entender”. Investigó las quejas de múltiples pacientes, las analizó con detención, aplicó rigurosamente el método fenomenológico descriptivo y configuró con valentía intelectual el Trastorno de Rubor Facial Patológico. Su casuística ha ido aumentando con celeridad creciente durante los últimos años producto de la insospechada alta prevalencia del desorden, así como de su exitoso tratamiento quirúrgico y, en parte, farmacológico, sin olvidar la ayuda o acompañamiento psicológico.

Pero el libro de Enrique Jadresic es especialmente logrado porque estimula con singular acierto a meditar sobre las dos dimensiones esenciales de la patología: una antropológica y otra teórica. Por su vertiente antropológica, nos enseña que toda enfermedad del hombre (no así la del animal) recién se entiende cuando se descubre la estructura fundamental que está a la base como su condición de posibilidad. Aquí irrumpe una paradoja: como seres humanos no nos comprendemos por lo que somos sino, regular y primeramente, por lo que “no” somos, vale decir, por lo que “se” dice y “se” comenta, por lo que “la gente” habla, opina y dictamina sobre nosotros –el “se” de Heidegger. Vale decir, habitualmente nos encontramos perdidos de nosotros mismos, prófugos de nuestra más auténtica intimidad, somos encubrimiento y ocultamiento de nuestra más peculiar interioridad, somos “uno” antes que yo. Así, ¿qué es el rubor? Un momento de la verdad. El fracaso de la máscara edificada por el decir insustancial de los demás, la hecatombe de

la caída de la fachada que nos protegía hasta entonces de nosotros mismos, y que experimentamos ahora como enrojecimiento porque nuestro ser más propio se revela bruscamente ante mí y ante los demás tal como es y no como “uno” quiere que sea, o como “la gente” quiere que sea, o como “se” debe ser. Si la culpa se experimenta ante mi conciencia moral, la vergüenza surge ante los ojos del prójimo y la mirada insobornable de mi interioridad más recóndita. Como recordó Max Scheler, no hay que olvidar que los latinos denominaron “persona” a nuestra identidad, esto es, la máscara trágica o cómica que los actores utilizaban durante la función teatral.

Su vertiente teórica nos enseña que en el trastorno de Rubor Facial Patológico se muestra de manera impresionante, como en pocas afecciones, la unidad biopsicosocial que somos hasta nuestra raíz. Noradrenalina y cerebro límbico, distorsiones cognitivas y necesidad profunda de exhibicionismo, presentación del *self* en la vida cotidiana y rituales de interacción social –Erving Goffman–: todas condiciones necesarias, pero ninguna suficiente por sí sola.

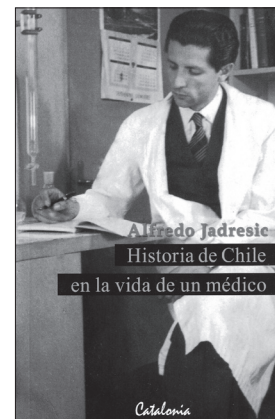
La suerte ha tocado por segunda vez la puerta de Enrique. Una editorial americana ha publicado recientemente en inglés el texto original español “El color de la vergüenza. Testimonios y reflexiones sobre el rubor facial”. Afortunada traducción desde su título porque en ese idioma tan pragmático resaltan mejor las intenciones que animan el libro, propósitos que apuntan a señalar tanto lo central de la patología, su herida dolorosa, así como la esencia del hombre que sufre penetrantemente por su apariencia ante los demás, su ignominia ruborizante. ¿No resulta algo paradójico que sean los extranjeros los que vean antes y con mayor perspicacia nuestros méritos y logros? En cualquier caso, esperamos que algún día, ojalá muy pronto, veamos la versión original en nuestra lengua porque Enrique escribe con fina destreza en español.

*In minimis, perfectio*, “en los pequeños detalles está la perfección”, dice el viejo adagio latino. Así podríamos caracterizar de manera adecuada el libro de Enrique Jadresic que, con seguridad, será apreciado tanto por los especialistas como particularmente por los legos, aquellos seres humanos que padecen esta afección y que encontrarán en sus páginas esperanza y comprensión. ¿No es ésta la misión última del médico?

## HISTORIA DE CHILE EN LA VIDA DE UN MÉDICO

**Autor:** Alfredo Jadresic  
Editorial Catalonia, Santiago, 2007

(Rev GPU 2009; 5; 1: 27-28)



Cecilia Valenzuela<sup>1</sup>

Quiso el destino que el título del libro fuera “Historia de Chile en la vida de un médico”, y no “Historia de Croacia...”. Quiso bien, por cierto. Mejor para nuestro país. Porque su autor es el doctor Alfredo Jadresic, profesor emérito de la Casa de Bello y ex decano de la Facultad de Medicina para la época de la Reforma Universitaria. En sus páginas repasa los acontecimientos más relevantes para la nación y para nuestra institución ocurridos durante el siglo XX, los cuales vivió como protagonista y con un sentido profundamente humano, a decir de los presentadores de la obra en su lanzamiento, realizado el 6 de septiembre de 2007.

Se refirieron al título el también profesor emérito de la corporación, Enrique Silva Cimma; la decana de la Facultad de Medicina, doctora Cecilia Sepúlveda; el Premio Nacional de Literatura, José Miguel Vargas y el gerente general de Editorial Catalonia, Arturo Infante.

El rector de la Universidad de Chile, profesor Víctor Pérez, manifestó su agradecimiento y cariño al autor, diciendo que “al leer estas páginas hice un descubrimiento más allá de lo que es conocer la vida y trayectoria del doctor Jadresic. Entendí una manera de ver la universidad mediante los ojos cristalinos de uno de los nuestros”. A ello, añadió que, a su parecer, los capítulos que mejor reflejan su aspecto personal son el quinto y décimo, en los que se refiere a su relación con su

esposa, Patricia Samsing, de los cuales destacó un poema escrito por ella, llamado “Te miro”, lo cual arrancó espontánea ovación del público.

Por su parte, Arturo Infante aludió al proceso de convertir los manuscritos del doctor Jadresic en el libro presentado, diciendo que “leerlo fue iniciar un viaje por los acontecimientos personales del autor, un texto de memorias hecho y derecho”. Agregó que en él se muestran su vida y circunstancias, así como las de su mujer y su familia, su pasión científica, su dedicación a la Universidad de Chile, sus inclinaciones éticas individuales y colectivas.

### UN UNIVERSITARIO POR SOBRE TODAS LAS COSAS

Enrique Silva Cimma recordó los inicios de su amistad con el doctor Alfredo Jadresic, nacida cuando ambos integraban el Consejo Universitario, en la década de los años 1960, época convulsionada en todos los frentes. Así, narró que “Alfredo fue excluido de la comisión de modernización de la facultad que él mismo dirigía. Yo hice notar la incongruencia de esta decisión, especialmente en una universidad estatal y laica. Pero la defensa que hizo el mismo doctor Jadresic fue notable, de un humanismo sin vericuetos; la solidez de su alegato me impresionó por su mesura, no vista en la época. Allí forjamos una amistad que llegó a la edad adulta”.

<sup>1</sup> Subdirección de Comunicaciones y Marketing. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Luego, sentenció que la “Historia de Chile en la vida de un médico” es “una bella obra, la vida de un ser humano caminando por los difíciles senderos sin dejar de mirar adelante y sin dejarse envenenar por el rencor, en la que deja un profundo sello humanístico y entra con paso firme en las convicciones que labraron su existencia”.

La doctora Cecilia Sepúlveda rememoró la labor como decano del doctor Jadresic, en la época en que ella era estudiante de Medicina, diciendo que él no era ni es un médico común y corriente sino que, por sobre todo, es un universitario, comprometido con su institución y con el país. Por ello, se refirió a las contribuciones vitales que hizo el autor a la corporación, liderando la Reforma Universitaria en la Facultad de Medicina, participando en la formulación del nuevo estatuto, actualmente vigente, y en el área científica, con más de 200 publicaciones en su disciplina, la endocrinología. “En todas ellas destacó por su humanismo, siempre preocupado de los demás y agradecido del apoyo del trabajo colaborativo. El exilio de 17 años no lo alejó de la Universidad de Chile; de hecho, la propia Presidenta Michelle Bachelet lo ha mencionado como una de sus mayores influencias durante su formación estudiantil”.

## LA SOLIDARIDAD Y LA HUMANIDAD

José Miguel Varas prodigó a la audiencia la sagacidad de sus comentarios y su fina ironía, pues partió diciendo que el doctor Jadresic manifiesta en el libro sus dos mayores amores: “La medicina y la Patricia, no necesariamente en ese orden”, frase que remató añadiendo que otros de sus afectos son “la Universidad de Chile, el atletismo y la patria”.

Respecto a lo literario, expresó que el texto “está escrito en una prosa comparable al bajo continuo de

la música barroca, porque éste es otro de los amores del autor, la literatura, pues su uso del lenguaje está acorde a la tradición de los mejores memorialistas”. Así, destacó el relato autobiográfico como un libro de valor histórico documental, relatando el interés que desató en su lectura los capítulos referidos a la organización educativa en la medicina, los cuales calificó de muy atractivos tanto para público especializado en salud como general. Luego de recorrer diferentes episodios del título, terminó diciendo que “éste es un libro excelente, conmovedor, profundo y bien escrito, de lectura deleitosa”.

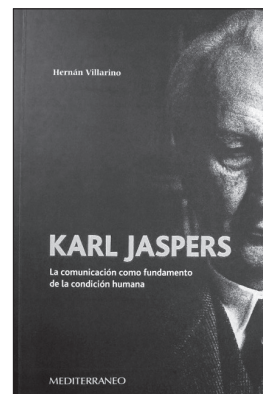
Emocionado, el doctor Jadresic agradeció las palabras de sus predecesores, a quien prologó su libro, el ex Presidente de Chile, Ricardo Lagos, y a los presentes, diciendo que el motivo para escribir esta obra fue el deseo de dejar testimonio de una época, “de un siglo denominado el más extraordinario de la historia en el que se destacaron avances notables en las áreas científica y tecnológica, imposibles de predecir, como las interpretaciones respecto del origen del Universo, la energía nuclear, la exploración espacial. Pero también fue un siglo de confrontaciones ideológicas, y si bien grandes sectores teníamos el ideal de construir una sociedad mejor, por el contrario, finalmente predominó el individualismo. Pero creo que se puede recuperar ello, el trabajar en términos solidarios y no competitivos. Quizás hoy comienzan a aflorar caminos para corregir esta situación, entendiendo los derechos humanos más allá de la vida y la libertad, sino también el derecho a la educación, la salud, la previsión, el trabajo. Debemos cambiar de actitud para volvernos a lo solidario, porque se pudo vivir de otra manera. Si podemos recuperar un gran mensaje de los fracasos del siglo pasado es entender que la solidaridad no viene de los partidos sino que es inherente a la condición humana”.

# KARL JASPERS: LA COMUNICACIÓN COMO FUNDAMENTO DE LA CONDICIÓN HUMANA

**Autor:** Hernán Villarino

Editorial: Mediterráneo, Santiago, 2008, 372 páginas.

(Rev GPU 2009; 5; 1: 29-32)



César Ojeda

*“Como la libertad se halla en el origen de nuestro obrar y de nuestra conciencia de ser, lo que el hombre sea, no sólo es contenido de saber sino de fe. Cómo el hombre tenga certidumbre de su ser humano, es un rasgo fundamental de la fe filosófica”.*

K. Jaspers

El Dr. Hernán Villarino ha escrito un gran libro, entre muchas otras razones porque ha centrado su revisión y discusión del pensamiento de Jaspers en el corazón mismo de su filosofía: la comunicación Existencial. “El hombre sólo puede advenir a sí mismo –dirá Jaspers– en la comunidad de destino con los otros”<sup>1</sup>. Karl Jaspers es tal vez uno de los filósofos más finos y delicados del pensamiento contemporáneo. A pesar de ser habitualmente considerado dentro del movimiento “existencialista”, su obra no tiene los trémulos desgarramientos de Kierkegaard o la mirada somática de Merleau-Ponty o el atrapamiento de Heidegger en un lenguaje ontológicamente inepto o la desesperanza nihilizante de la ontología de Jean Paul Sartre. Basta con mencionar la belleza de los conceptos de “fe filosófica” y “comunidad de destino” para comprender el carácter amoroso del pensamiento de Jaspers, conceptos que se anudan sin esfuerzo con las ideas de libertad y trascendencia.

Además, este filósofo alemán parece estar siempre mirando hacia el lugar en el que habitan los otros, aquellos que nos hacen parte de sus vidas y que se intersectan con la nuestra. No obstante, ese “alrededor” es aún mucho más amplio e indescriptible y sólo puede ser mirado de reojo, pues se trata de un alrededor trascendente que nos envuelve como un manto de sentido, denominado por él lo “circunvalante” (*das Umgreifende*): aquello que contiene y acoge al ser humano y al mundo.

Jaspers desarrolló gran parte de su obra filosófica después de habersele prohibido hacer docencia en su casa universitaria (Universidad de Heidelberg) y de publicar por cualquier medio. La razón: su esposa Gertrud Mayer, a la que Jaspers amaba profunda e incondicionalmente, era judía. Corrían los tiempos del Tercer Reich y de la segunda guerra mundial. Karl y Gertrud resistieron estoicamente el riesgo de ser detenidos y asesinados, y mantuvieron el compromiso de quitarse la vida si eran víctimas de la GESTAPO. Pero sobrevivieron. Paradojalmente, después de haber vivido en disposición para la muerte, terminada la guerra la administración estadounidense de la Universidad resultó en

<sup>1</sup> *Esencia y crítica de la psicoterapia*. Compañía General Fabril Editora S. A., Buenos Aires, 1959.

una profunda transformación de la conciencia existencial de Jaspers. No pudo resistir la pérdida del sentido y de la profunda universalidad que había caracterizado a Heidelberg desde tiempos remotos, y verla ahora administrada con el pragmatismo propio de un Mac Donald. Para Jaspers la tradición alemana se había perdido con Hitler y, la Universidad, con la administración de los recién llegados. Si nada quedaba allí para él, decidió emigrar a Suiza, específicamente a Basilea, donde murió en el año 1969.

El libro que nos ofrece el Dr. Villarino tiene como fuente prácticamente todos los escritos de Jaspers traducidos al castellano, además de una extensa bibliografía complementaria. Consta de nueve capítulos, de los cuales destacan los dedicados a la comunicación Existencial, a la historicidad y libertad de la Existencia, y, luego, varios referidos al concepto de límite aplicado al saber científico, histórico y psicológico. Villarino llega entonces de manera natural a lo que Jaspers denominaba, precisamente, situaciones límite, como el sufrimiento, la muerte, la lucha, la culpa y el acaso. Estas situaciones son necesarias para llegar a la conciencia absoluta y a la evidencia del ser. Esto último ocurre siempre en el aperplejante borde de nuestra condición finita: el no saber, el vértigo, la angustia, la conciencia moral, el amor, la creencia y la fantasía. Finalmente, el autor nos conduce con mano experta por el problema Existencial de la fe filosófica, las cifras y la trascendencia.

Comentar este libro no es tarea fácil, pero sí grata, puesto que cada uno de los capítulos abre universos completos de sensibilidad intelectual y afectiva. El autor usa el idioma de una manera inusualmente rica, pero a la vez sutil y refinada, lo que sumado a su capacidad de penetración conceptual nos conduce con precisión y belleza por los senderos de una de las obras filosóficas más hermosas que hayan sido jamás escritas. Por lo mismo, intentaremos poner de manifiesto tan sólo un aspecto, justamente el que da nombre a la obra: la comunicación existencial. Esta elección, sin embargo, tiene que ver con la reaparición, en el ámbito psiquiátrico y psicológico-clínico, de lo que se ha denominado orientación intersubjetiva o perspectiva relacional en clínica y psicoterapia. El buen éxito de esta perspectiva se debe, probablemente, a que ha despertado el ansia dormida de reencontrar al otro entre quienes nos dedicamos al oficio de psiquiatras y psicoterapeutas. Ese otro, como tal, se había perdido en las perspectivas científicas dominantes en las décadas de 1970 y 80. La ciencia utiliza metodologías en tercera persona, dirigiéndose al otro como un objeto de estudio e intentando, desde sus orígenes en el positivismo de Comte, eliminar la subjetividad del observador con

el fin de acceder y poseer el objeto (el otro) descontaminado y puro. Tal pretensión, que toma como modelo a la ciencia empírica en su sentido más estrecho, no se hace cargo de ninguno de los temas humanos esenciales, como la conciencia, la libertad y la trascendencia<sup>2</sup>.

## LA COMUNICACIÓN EXISTENCIAL

El ser humano es en tanto se comunica: “nadie se basta a sí mismo y en la soledad la vida se torna insípida e insoportable” (p. 53). Pero esta comunicación tiene, por así decirlo, estratos. Hay una comunicación práctica, empírica, mediante la cual ocupo un lugar preciso en mi red de relaciones, lugar que me hace ser este padre, este amigo, este profesional y este esposo que soy, y donde nadie puede ocupar, estrictamente, mi lugar. Ese vínculo tiene mis medidas y mis medidas se deben a esos vínculos. Necesito de los demás y soy en algún grado responsable de ellos y no sólo de mí mismo. Es a partir de la necesidad de los otros que se entra en comunidad con ellos y se da nacimiento a la cohesión social. Por ello, por tener su fundamento en la necesidad, esta comunicación está normada: están normados el matrimonio, la paternidad y la maternidad, los vínculos laborales y todas las relaciones sociales.

La comunicación existencial, en cambio, trasciende la existencia empírica pues es “estrictamente personal” aunque, tal vez, debiéramos decir, estrictamente interpersonal. Se trata del sí mismo en tanto para otro sí mismo, en el cual cada uno, mediante una mutua creación puede, precisamente, ser ese sí mismo. Esto ya no responde a la necesidad práctica sino a la libertad. Pero no estamos hablando de “la” libertad en un sentido genérico sino de la libertad siempre encarnada en cada persona y ejecutada en la comunicación Existencial con otro: “yo sólo soy yo mismo cuando el otro es y quiere ser sí mismo y yo con él” (p. 55). La comunicación Existencial deriva de la libertad y, por lo mismo, es no condicionada ni forzosa ni objetiva, y es allí donde me constituyo junto al otro. No obstante, ¿qué tienen en común los seres humanos que les permite comunicarse unos con otros de manera personal y libre? Jaspers usa aquí una expresión que ha ido perdiendo sentido al extinguirse el siglo XX: los seres humanos tienen en común la verdad.

Anticipo que el lector puede detenerse aquí, pues “la” verdad parece resonar en nuestros oídos contemporáneos como una creencia tozuda acerca de algo,

<sup>2</sup> Para una ampliación del tema de la conciencia, ver Editorial de GPU, N° 4, Vol. 4, 2008

como la pretensión arrogante de estar en lo cierto. No obstante, en la primera mitad del siglo XX, época en la que Jaspers escribe, la palabra verdad reservaba aún cierto prestigio y había recorrido muchos siglos como lo buscado por distintas formas del pensar. Pero Jaspers advierte que la verdad raramente comparece en la vida de los hombres, pues se oculta, se deforma y se manipula en la búsqueda de satisfacer necesidades prácticas, como ocurre en los litigios jurídicos. ¿Hay algo más usual que la negación de la verdad del otro? ¿Cómo entonces puede haber comunicación existencial? Villarino nos conduce al lugar en el que Jasper trata acerca de la verdad: su *Filosofía de la Existencia*<sup>3</sup> y su monografía titulada *Nietzsche*<sup>4</sup>.

Distingue el filósofo alemán cuatro niveles para hablar de la verdad. La primera es la verdad como "validez general". Las tres alturas de un triángulo se cruzan en un punto, diría Husserl, y eso no depende de quién, cómo o dónde se ejecute el pensamiento que a esa conclusión arribe. La segunda es la verdad de la existencia empírica, la de todos los días, y que no es ni puede ser concluyente. Al revés, se muestra desgarrada y contradictoria, y por lo mismo sometida a litigio y a pruebas. ¿Es verdad lo que dice el testigo, el acusado o el fiscal? La tercera, la verdad del espíritu, tiene el carácter de totalidad y le otorga sentido, puntos cardinales y prisma a mi existir. Tal vez el ejemplo más profundo de esto sean las religiones y todas las cosmologías.

Pero, ¿cuál es la verdad de la Existencia, esa que tenemos en común? Responder esta pregunta requiere intentar expresar quiénes somos. De partida, no somos sólo una presencia objetiva y, por lo mismo, susceptible de ser estudiada por las ciencias: "el hombre es siempre más de lo que se sabe de él" —dirá Jaspers<sup>5</sup>. En tanto vivos somos cambio y devenir, pero además, cada uno es *posibilidad de ser*. Como dirá Heidegger, fuertemente comunicado e inspirado en Jaspers<sup>6</sup>, nuestra temporalidad parte del futuro e inunda nuestro presente y nuestro pasado. Las posibilidades siempre estarán allá, en aquel lado en el que se dejará de ser, en el preámbulo de la línea que pondrá fin, en cada caso, a nuestra Existencia. Por lo mismo, no somos sólo presencia, sino tiempo, lo que significa que nuestro ser es histórico. Este ser histórico sostiene a todas y cada una de nuestras

acciones, sostiene a las verdades empíricas, a las de validez general y a las espirituales. Sin embargo, la verdad de la Existencia no es nunca una posesión, puesto que, el poder ser, no es un objeto dado y menos concluido. Además de estar sostenido en un futuro abierto y a la vez finito, me capto a mí mismo (estoy abierto a mi ser —dirá Heidegger) y, en ese sentido, soy. Dice Villarino explicando este punto: "Yo no sólo tengo un cuerpo, un carácter, impulsos, metas, habilidades, etcétera, sino que sé que los tengo, pero sé que los tengo *porque eso es lo que soy y en virtud de lo cual actúo...*" (destacado mío) (p. 59)

Sin embargo, estamos anclados en nosotros mismos como punto de referencia para el mundo que constituimos. Es decir, somos perspectiva, punto de vista y, como hemos señalado en otras partes, sesgo. ¿No interpretamos el mundo de manera diferente y muchas veces contradictoria? ¿Cómo leemos los actos culturales y creemos en esto o aquello, si no es sobre la base de una perspectiva? Y las perspectivas son múltiples y dependientes: no ve el mismo mundo un budista que un católico, ni ve el mismo hecho político un neoliberal que un socialdemócrata. El sesgo es inevitable e impulsa narrativas de diversa naturaleza. Todas las narraciones son, en algún sentido, verdaderas y, a la vez, relativas. Desde mi entender, éste es el punto nodal desde el que surgen todas las controversias humanas: ¿darwinista o creacionista? ¿Neoliberal o marxista? ¿Psicoanalista o terapeuta conductual cognitivo? La verdad Existencial contestaría: la interpretación del mundo es siempre una verdad y un error al unísono, es apariencia, es *doxa* (opinión) como gustaban decir los filósofos griegos clásicos. El problema es que mientras más se avanza en un punto de vista y en una interpretación, más pronto aparece lo incomprensible. El conocer, en definitiva, se topa siempre con la pregunta de Leibniz: ¿por qué hay entes (mundo) y no más bien nada? El problema es que no puedo salir de la interpretación, estoy siempre sumido en alguna. La pregunta es entonces: ¿cómo advierte el ser humano su sesgo? ¿Por qué duda? Reaparece aquí, engrandecido, el maltratado Descartes: la duda es siempre epistemológica, y la certeza es siempre ontológica, es decir, estoy cierto de mi existencia, de mi ser abierto y libre en sus posibilidades venideras. Todo lo demás puede ser engañoso. El saber ontológico no es un conocimiento, ni menos un conocimiento de las cosas y el mundo, sino que surge desde lo incomprensible, de lo que está más allá de todo saber objetivo, y que, a la vez de constituirlo, lo detiene. Un límite, más allá del cual está siempre lo circunvalante, lo que nos contiene y hacia lo cual trascendemos mediante lo que Jaspers denomina la fe filosófica. Esta fe

<sup>3</sup> Jaspers, K. *Filosofía de la Existencia*. Planeta, Madrid, 1984

<sup>4</sup> — *Nietzsche*. Sudamericana, Buenos Aires, 1962

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

<sup>6</sup> *Correspondencia*. Jaspers K, Heidegger M. Síntesis, Madrid, 1990

es lo que me orienta. Pero me orienta como un poder ser y no como algo que ya esté allí determinado. “En tanto la fe anticipa el ser que soy y me impulsa a serlo, es la fuente de mi constante conversión en lo que yo soy; la raíz del renacimiento y palingenesia en que consiste la Existencia, es el impulso para mi transformación en lo que quiero y debo ser en virtud de mi poder ser” (p.62) Mis posibilidades se abren por medio de mi propia actividad y nunca se completan: nada precede a mi actividad y, mi esencia, me la doy haciendo. En este punto aparece el otro, ese que siempre ha estado allí, pero que a veces pareciera ilusoriamente esfumarse y pasar inadvertido. “La verdad de la Existencia, que es devenir, sólo puede ser si se comunica” (p.66). Pero, ¿quién es este otro con el que me comunico Existencialmente? No es el otro como fuente de gratificación, simpatía o de un buen negocio, sino ese otro con el cual llego a ser yo mismo, ese otro que me regala esa posibilidad sin yo merecerlo, ese otro que puede ser cualquier ser humano. Naturalmente no se trata de abandonar el

mundo y sus afanes concretos, y de buscar relaciones sublimes con un otro especial, sino de algo que ocurre en medio de la vida cotidiana, con el otro cotidiano. Mediante la comunicación existencial así establecida se produce un mayor grado de esclarecimiento (*Erhellung*) y autoesclarecimiento (*Selbsterhellung*).

En nuestro oficio Jaspers orienta no sólo la psicopatología sino también los fundamentos de la comunicación terapéutica, que no es más que un modo de la comunicación Existencial. La persona que consulta puede ser considerada como un acontecer biológico o natural, científicamente aprehensible, pero también como libertad. Es en este último plano donde se establece el vínculo terapéutico, aquel que hace posibles todas las formas de psicoterapia<sup>7</sup>. Terminamos este comentario con la sensación de haber podido continuar reflexionando acerca de cada uno de los capítulos del libro del Dr. Villarino. Con eso expresamos nuestro entusiasmo por obras bien escritas, bien pensadas y que encantan la experiencia humana.

---

<sup>7</sup> Ver Ojeda C. Karl Jaspers: filosofía y psicoterapia. GPU 2008; 4; 3: 291-295



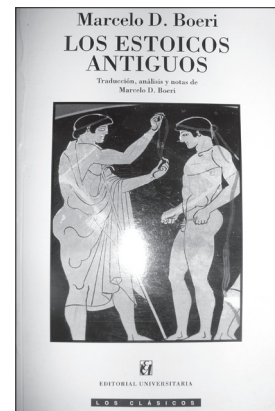
## COMENTARIO DE LIBROS

# LOS ESTOICOS ANTIGUOS

**Autor:** Marcelo T. Boeri  
Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2003

(Rev GPU 2009; 5; 1: 33-34)

Ramón Florenzano



El pensamiento psiquiátrico ha sido influenciado indudablemente por la gran filosofía idealista alemana, desde Kant a Hegel primero, y por la fenomenología de Husserl y Heidegger después. En el mundo anglosajón ha predominado el pensamiento de los empiristas ingleses, de Locke a Hume, y en el francés, el racionalismo subjetivista de Descartes. La raíz primaria de todos los autores anteriores está en la gran tradición griega, y en numerosos escritos de psiquiatras con formación filosófica encontramos alusiones a los presocráticos, Platón y Aristóteles. Menos atención se le ha prestado a la influencia de los pensadores posteriores, sean helenísticos, sean latinos.

Esta obra sobre los estoicos antiguos corresponde a una traducción, con análisis y comentarios del profesor Marcelo T. Boeri, quien conoce profundamente el pensamiento helenístico después de la muerte de Aristóteles, de autores tales como Zenón de Citio, Cleantes y Crisipo, autores que junto a otros, tales como Aristón de Quios, Panecio, Posidonio y Epicteto, influyeron en los estoicos latinos, tales como Séneca, Cicerón y en el pensamiento de la posterior escuela galénica. La formación médica europea estuvo dominada por centurias por la obra de estos últimos autores.

El pensamiento estoico en relación a las pasiones entra en oposición al pensamiento realista clásico de la escuela aristotélica de modo directo. Para Zenón, "la pasión es un movimiento del alma que es irracional, o sea, contrario a la naturaleza". Para los estoicos, la pasión (*pathos*) es un impulso excesivo, literalmente patológico (*pathon-logoi*), o sea contrario a la razón. La pasión es por definición, ilógica. La conexión con el juicio racional es descrita por Plutarco así: "lo irracional

se da cuando lo rector del alma, por la fuerza dominante del impulso excesivo, se ha visto arrastrado por algo absurdo y contrario a la razón selectiva". Cicerón toma la tradición estoica antigua cuando afirma que "la *per-turbatio*, el término latino para el griego *pathos*, es una agitación del alma contraria a la recta razón y contraria a la naturaleza. Desde esta perspectiva, la clasificación de los trastornos afectivos sería continuación de esta tradición, al considerar los efectos de la bipolaridad patológicos en el sentido literal del término: alteraciones del juicio influido por impulsos excesivos en el sentido descrito por Galeno, quien hablaba de *contracciones irracionales*, *abatimientos* y *aflicciones*, *expansiones* y *exaltaciones* que se dan en estos juicios pasionales.

Lo anterior se inserta en la polémica clásica entre las teorías acerca del alma (*psykhe*): Platón inaugura la idea de la tri-partición del alma, y su consecuencia, la de que ésta puede entrar en conflicto consigo misma. Plutarco y Galeno son claros representantes de la psicología platónica de las partes del alma en conflicto, siendo para ellos la razón y las pasiones dos cosas claramente distintas, con motivaciones e intereses diferentes. En la lucha entre ambas debe predominar la razón. Esta tesis difiere de la aristotélica, para la cual las pasiones o emociones son constitutivos esenciales de nuestra naturaleza, y no podemos desentendernos de ellas. Una tarea importante, sigue señalando Boeri, es modelarlas dentro de los parámetros apropiados que dicta la razón. Aristóteles sugiere que la virtud se expresa en el logro del término medio en la acción, pero también dando con el término medio en las emociones: aquel en el cual la pasión es apropiada a la situación en un caso concreto de acción. Los estoicos no están

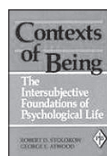
interesados en moderar las pasiones con la razón sino en eliminarlas por completo. Este es el método terapéutico adecuado para el individuo que pretende ser virtuoso, lo que probablemente significa reformularlas de modo radical. Lo anterior muestra cómo las polémicas actuales ya estaban intuitidas por estos pensadores: Freud no sólo es explícitamente kantiano sino platónico en su propio modelo tripartito del alma (Yo, Ello y Super Yo), y su terapia psicoanalítica implica conquistar las emociones disfóricas (angustia o depresión) desde el principio rector del Yo, en forma racional. Ellis, autor

de la terapia racional cognitiva, y quienes plantean reestructuraciones cognitivas, tomarían el camino de la Estoa. Los neurofisiólogos actuales dan más razón a Aristóteles, al mostrar el rol necesario del procesamiento emocional previo a la cognición.

En resumen, un libro de interés para el número creciente de profesionales de la salud mental interesados en la fundamentación filosófica del pensamiento psicopatológico, que permite también teorizar de modo etimológicamente correcto acerca de lo patológico de las emociones.

## 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.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl](http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl). Las compras por internet se realizan mediante tarjeta de crédito. En el caso de editoriales nacionales, la gestión también puede ser hecha llamando por teléfono.



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

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



### LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



### TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



### NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



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

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



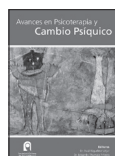
### JUICIO A LA SICOTERAPIA

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



### FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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



### AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



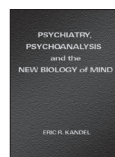
### IDEA MÉDICA DE PERSONA: LA PERSONA ÉTICA COMO FUNDAMENTO DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y DE LA CONVIVENCIA HUMANA

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



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

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



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

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



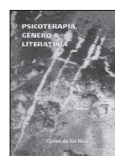
### TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



### TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



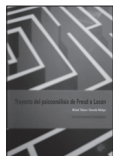
### PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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

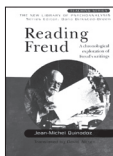


### SCHIZOPHRENIC SPEECH

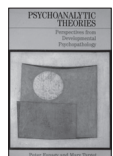
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh  
Ed: Cambridge University Press, London, 2005  
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232  
Compra: [www.amazon.com](http://www.amazon.com)



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



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



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



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



**PSICOSIS EPILÉPTICAS**  
 Autor: Fernando Ivanovic-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



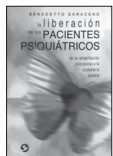
**EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD**  
 Editor General: Hernán Silva  
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



**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



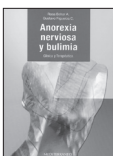
**DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS**  
 Autores: Raúl Schilkut y Maité Armendáriz  
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22  
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



**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



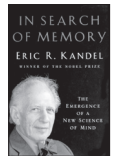
**MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA**  
 Autor: César Ojeda Figueroa  
 Ed: C&C Ediciones  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



**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



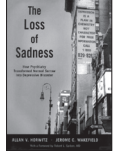
**IN SEARCH OF MEMORY**  
 Autor: Eric R. Kandel  
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136  
 Compra: www.amazon.com



**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



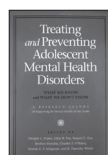
**DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA**  
 Autor: Benzión Winograd  
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254  
 Compra: www.paidos.com



**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



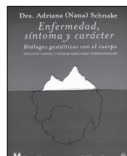
**SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA**  
 Autor: Mauro Mancia  
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386  
 Compra: www.tematika.com



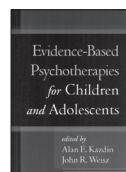
**TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW**  
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh  
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005  
 Comentario: Rev GPU 2007;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



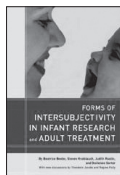
**LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE**  
 Autora: Alcira Mariam Alizade  
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390  
 Compra: magisterio@commet.com.ar



**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



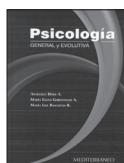
**EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS**  
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz  
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22  
 Compra: www.amazon.com



**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



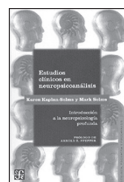
**SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO**  
 Autor: Pedro Torres-Godoy  
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34  
 Compra: www.psicodrama.cl



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



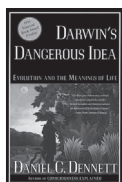
**GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA**  
 Editor: Dr. Hernán Silva  
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva  
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago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



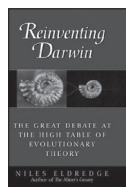
**ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA**  
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms  
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164  
 Compra: www.libreriasdelfondo.com



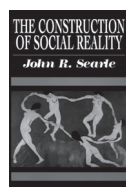
**EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA**  
 Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad  
 Autora: Emilce Dio Bleichmar  
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166  
 Compra: www.libreriangeles.com.mx



**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



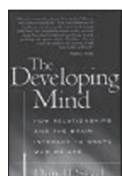
**PROBLEMAS DE FAMILIA**  
 Autor: Hernán Montenegro Arriagada  
 Editorial: Mediterráneo, 179 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 3: 283-284  
 Compra: www.mediterraneo.cl



**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



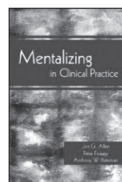
**EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS**  
 Tomo II. Melanie Klein  
 Autora: Julia Kristeva  
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.  
 ISBN : 950-12-3809-1  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387  
 Compra: www.amazon.com



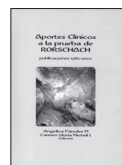
**THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE**  
 Autor: Daniel Siegel  
 Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391  
 Compra: www.amazon.com



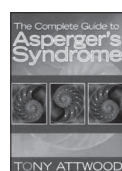
**WHAT IS LIFE?**  
 Autor: Erwin Schrödinger  
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396  
 Compra: www.mediterraneo.cl



**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



**APORTES CLÍNICOS A LA PRUEBA DE RORSCHACH**  
 Editores: Angélica Paredes M. y Carmen Gloria Micheli I.  
 Editorial Ciceros Ltda., Santiago de Chile 2008, 277 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 18-19  
 Compra: Clínica Psiquiátrica, Universidad de Chile



**THE COMPLETE GUIDE TO ASPERGER'S SYNDROME**  
 Autor: Tony Attwood  
 Editorial: Jessica Kingsley publishers UK, 2007, 397 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 20-21  
 Compra: www.amazon.com



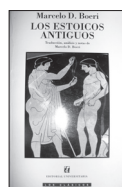
**WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING**  
 Autor: Enrique Jadresic  
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23  
 Compra: www.amazon.com



**HISTORIA DE CHILE EN LA VIDA DE UN MÉDICO**  
 Autor: Alfredo Jadresic  
 Editorial Catalonia, Santiago, 2007  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 24-25  
 Compra: www.catalonia.cl



**KARL JASPERS: LA COMUNICACIÓN COMO FUNDAMENTO DE LA CONDICIÓN HUMANA**  
 Autor: Hernán Villarino  
 Editorial: Mediterráneo, Santiago, 2008, 372 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 26-28  
 Compra: www.mediterraneo.cl



**LOS ESTOICOS ANTIGUOS**  
 Autor: Marcelo T. Boeri  
 Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2003  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 29-30  
 Compra: www.universitaria.cl

## DEBATE

*En esta sección GPU publica opiniones y reflexiones que suelen generar intensos debates. Dentro de la libertad que nos caracteriza como publicación, damos cabida a todas las opiniones, las que son de responsabilidad de sus autores. Invitamos a nuestros lectores a enviar sus comentarios acerca de los puntos de vista expresados en esta sección.*

# REFLEXIONES SOBRE EL MATRIMONIO HOMOSEXUAL<sup>1</sup>

(Rev GPU 2009; 5; 1: 39-43)

Sergio Peña y Lillo<sup>2</sup>

**La desconcertante solicitud, en varios países, del llamado “matrimonio homosexual” era la consecuencia previsible del escándalo mundial que provocó la exclusión de este antinatural trastorno, sin duda la perversión más radical, del conjunto de las Parafilias, por la Asociación Americana de Psiquiatría y su estimación como una mera variante de la conducta erótica normal.**

Esta insólita decisión, que fue conocida a través de su órgano oficial de divulgación, los Manuales de Diagnóstico Estadístico de las Enfermedades Mentales (D.S.M.) se efectuó en dos tiempos. Primero, en el DSM-III, editado en 1980, se eliminó su forma egosintónica (aceptada por el sujeto) y sólo se incluyó entre los trastornos sexuales a su forma egodistónica (que es rechazada por el sujeto). Posteriormente, el DSM-IV, editado en 1994 y actualmente vigente, ante la imposibilidad de justificar este absurdo de haber estimado normal a la modalidad más grave y completa del trastorno y sólo patológica a su modalidad parcial y más benigna, optó por excluir a todas las formas de homosexualidad del conjunto de las perversiones sexuales.

Tal como he dicho, estos manuales son meramente estadísticos y no tienen mayor validez clínica, y es por eso que los tratados de Psiquiatría continúan incluyendo al trastorno entre las perversiones o parafilias. No obstante, la mayoría de los psiquiatras jóvenes los utilizan por comodidad, como si fueran textos de psicopatología, manteniendo el equívoco y la confusión. Ahora, si se piensa que las perversiones sexuales son anomalías del objeto de satisfacción erótica, al excluir la homosexualidad ya no existiría ningún criterio para estimar patológico al resto de las parafilias, como el fetichismo, la pedofilia, el voyerismo, el exhibicionismo, la zoofilia y, aun, la necrofilia o deseo sexual por los cadáveres.

<sup>1</sup> Extracto tomado de un nuevo libro sobre *Sexo, erótica y amor*, que publicará la Editorial Nueva Patris.

<sup>2</sup> Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Chile. Miembro Honorario de la Academia de Medicina.

Sin duda existen homosexuales con personalidad normal y comportamiento socialmente adecuado. No obstante, el criterio de lo anormal o patológico no se restringe a los trastornos de la conducta interpersonal ni al daño a terceros, como es el caso de las psicopatías amorales o delictivas (violación). La anormalidad, en medicina, que es siempre patológica, debe definirse por sí misma; por su estructura aberrante y se refiere a la pérdida de la norma vital que sólo existe en lo biológico; en las células vivas y en las disposiciones genéticas. Es por eso que no existe una patología familiar o social como pretenden quienes afirman que lo anómalo de la homosexualidad sería sólo un problema cultural. Otra cosa es la mayor o menor aceptación del trastorno en las diferentes épocas, pero la anormalidad se refiere específicamente al trastorno de una función y, en el caso de las perversiones, a la aberración del objeto erótico. Es por lo mismo que las perversiones no son psicógenas, como pretendió y aún pretende el psicoanálisis, sino estrictamente biológicas y es ésta la razón por la que sus formas más graves y completas (como la homosexualidad egosintónica) no son susceptibles de corrección psicoterapéutica sino sólo sus formas egodistónicas, que rechazan su tendencia perversa y tienen simultáneamente deseos sexuales por el sexo opuesto, lo que permite un porcentaje de mejoría utilizando técnicas basadas en los reflejos condicionados ya sea con el modelo clásico de premio y castigo físico (por ejemplo con electricidad) o de imágenes inhibitorias del defecto en relajación subhipnótica.

Es por eso esencial el que particularmente la juventud no se deje confundir con el pretexto falso y engañoso de que la homosexualidad sería una mera variante de la erótica normal o que obedece a trastornos psicotraumáticos infantiles que alterarían su aprendizaje correcto y adecuado. Es frecuente, en este sentido, que se recurra al ejemplo de la pseudo homosexualidad de los espartanos, donde jóvenes sexualmente sanos tenían vínculos homoeróticos, exclusivamente debido a que permanecían recluidos desde los ocho años en cuarteles militares hasta alcanzar la edad madura que les permitía el matrimonio y la vida sexual normal. En la erótica juvenil deben distinguirse siempre las conductas electivas y las sustitutivas. Así, los frecuentes juegos homosexuales de adolescentes no son producto de una real perversión sino que, al igual que la masturbación, una necesidad sustitutiva por la imposibilidad de tener relaciones sexuales normales que es lo que realmente desearían.

También debe estimarse como otra falacia intencionada el recurrir como justificación de la conducta homosexual a la llamada "efebofilia" de los intelectuales, artistas y filósofos de la Grecia clásica, que no era

propriamente una homosexualidad sino la costumbre de estimar como un vínculo formador de los adolescentes una entrañable amistad, pero no exenta de cierta erótica, con hombres sabios que les transmitían su experiencia y su conocimiento. Sin duda, debieron existir reales casos de homosexualidad, ya que el trastorno parecería ser tan antiguo como el hombre, pero no corresponde a la "efebofilia intelectual helénica" que, si bien pudo llevar, al menos transitoriamente, a confundir la admiración con el amor, fue común en jóvenes que tenían una vida sexual por completo normal. Es posible que algunos maestros sobrepasaran este erotismo ambiguo, pero sólo con sus alumnos adolescentes, ya que jamás se supo de una pedofilia (niños impúberes) ni de la continuación, ya en la vida adulta de los jóvenes "efebos", de una conducta homosexual. Al contrario, fueron hombres normales casados y con frecuencia "mujerigos". No se sabe de una efebofilia similar entre las mujeres, ya que por lo general eran iletradas y, tal como ahora, es común en ellas un cierto ambiguo pseudoerotismo adulto que no es propiamente lesbianismo y no altera su vida heterosexual normal.

No puede olvidarse que los griegos tuvieron un extraordinario culto por la belleza física tanto del hombre como de la mujer, pero no fue jamás, como ocurre en nuestra "sexolatría publicitaria", una valoración de las meras formas ni menos de las actitudes pornográficas, sino una estimación estética superior que sólo podía provenir de la armonía del cuerpo y del espíritu. Es por eso que la "efebofilia" sólo se daba entre los hombres sabios y no en el ciudadano común. Al respecto, algo similar sucedió con las "heteraidas", mujeres de refinado talento, como el caso de la bella Friné o de la genial poetisa Safo, cuya "promiscuidad erótica" nada tiene que ver con la vulgaridad degradante de nuestra prostitución actual.

Definitivamente, la genuina homosexualidad no obedece a la educación ni a la cultura y siempre constituye una perversión biológica del instinto sexual, que implica la más radical trasgresión del propósito y del sentido natural del impulso genésico, destinado precisamente a la reproducción y preservación de la especie. Otra cosa es que esta anomalía de la sexualidad no sea algo voluntario y, por lo mismo, una "conducta ética". Se nace homo o heterosexual; es una polarización del sexo, normal o pervertida, con la que "nos encontramos" al comienzo de nuestra pubertad; una tendencia no buscada y por completo ajena a nuestra libertad de opción, ya que no es una alternativa susceptible de escoger. Es por eso que al homosexual, en sí mismo, se lo debe respetar como a cualquier otra persona humana. Pero otra cosa es pretender estimarla como algo natural



y, menos aún, como una variante normal de la erótica humana.

Si la homosexualidad no es una patología, quiere decir que no existe ningún criterio médico o biológico, ya no sólo para definir las perversiones sino que tampoco para diagnosticar cualquier otra enfermedad que, tal como se ha dicho, es precisamente la pérdida del correcto funcionamiento del organismo y la alteración de esa normatividad psicosomática que permite tener un concepto de salud, condición necesaria para poder diagnosticar lo mórbido.

Ahora, una cosa es respetar la personalidad humana de quienes padecen una homosexualidad y otra avalarla como una forma más de la sexualidad normal, lo que llevó finalmente a que se solicitara el derecho de "matrimonio homosexual". Así, entre abril y mayo del año 2005 se nos informó que la Asociación Americana de Psiquiatría había aprobado una declaración de apoyo a la solicitud de ciertos grupos de homosexuales, a que se reconociera legalmente el "matrimonio" entre personas del mismo sexo, con todos los derechos, beneficios y responsabilidades conferidas al natural matrimonio entre un hombre y una mujer.

Esta legislación, semi aceptada o todavía pendiente en algunos países, conlleva impredecibles consecuencias sobre el concepto mismo a la dignidad del matrimonio y, sobre todo, de la educación sexual de nuestra juventud. Es por eso que desató en nuestro país una polémica, a través de las cartas al director de *El Mercurio*, que duró más de dos meses. No obstante, sólo aparecían escritos de legalidad constitucional, como si se tratara de un asunto exclusivamente de derecho civil, ignorando por completo su real significación médica y antropológica. Por esta razón intervine en el debate, sosteniendo en una carta publicada el 6 de junio del 2005 que debiera ubicarse la discusión en su único "marco real", que no podía ser jurídico sino psico-biológico y médico.

Para quienes no tuvieron la oportunidad de conocer las múltiples tergiversaciones que se hicieron de mi posición, que fue estimada como de "homofobia" y de una "aversión fanática y desconsiderada a la calidad humana de los homosexuales, he decidido transcribirla, no como una defensa a mi visión, que estimo innecesaria, sino con el propósito de prevenir las falsedades con las que se intenta imponer esta profunda desnaturalización del vínculo amoroso y sexual de la pareja humana. La carta fue la siguiente:

"Lamentablemente, ya está en nuestro país la insólita solicitud de legalizar el llamado "matrimonio homosexual". Pero los argumentos que he leído en

esta sección del diario son meramente jurídicos, lo que me obliga a pensar que no se ha comprendido su real significación ni tampoco las complejas repercusiones que tendría para la educación de la normalidad sexual, y la adecuada comprensión del más hondo sentido del propio matrimonio que, en cualquiera de sus formas civiles o religiosas, constituye la culminación natural del amor de pareja y de su común anhelo de formar un hogar para los futuros hijos.

Debe quedar en claro que no se trata de una descalificación prejuiciada de la homosexualidad, que no es un vicio ni un delito sino una desconcertante anomalía genética que invierte la dirección del instinto y que algunos padecen, al margen de su voluntad, ya sea que la acepten o la rechacen. No es tampoco, en sí misma, una inmoralidad; lo ético no se refiere a un deseo o una tendencia sino al modo en que se la actualiza y, en mi condición de psiquiatra, puedo dar fe de cómo muchos homosexuales tienen una conducta erótica más moral que algunos heterosexuales.

No es éste el problema y, de hecho, se respeta la dignidad humana de los homosexuales, al igual que su libertad para escoger sus vínculos de pareja. El verdadero conflicto es otro y obedece a que una aceptación legal del matrimonio homosexual implica, quiérase o no, el incorporar a esta grave y radical anomalía al grupo de las meras variantes de la conducta erótica, avalada por la "hipocresía" de estas "caricaturas maritales".

Ahora, esta "farsa conyugal", que curiosamente los homosexuales no necesitan, conlleva un descalabro de los principios y valores de la sexualidad normal. Así, por dar un ejemplo, ¿en virtud de qué fundamento podríamos justificar frente a nuestros hijos esta "paradoja erótica" y reprobar, simultáneamente, la promiscuidad sexual juvenil, el incesto, la poligamia o el adulterio?

Definitivamente, el hombre no puede violar las normas de la naturaleza y particularmente el médico, ya que su compromiso más radical es con la verdad de la existencia, que no es otra que esa normalidad psicobiológica, que define la ética de la vida".

(26 de Junio 2005 en *Las mejores cartas a El Mercurio del año 2000 al 2006*. Aguilar Chilena de Ediciones S.A., año 2006)

Existe un antiguo aforismo en derecho que dice: "Cuando no se puede convencer hay que confundir". Esto es precisamente lo que intentaron hacer mis

detractores, tal vez homosexuales, al tildarme, sin ningún fundamento, como se desprende de mi carta, como de un “fanatismo homofóbico”.

Quien haya leído sus respuestas verá que no se dio ningún fundamento ni médico ni antropológico sino que volvieron, al margen de las descalificaciones y los insultos propios de quienes ya no tienen argumentos, a intentar una insensata defensa del “matrimonio homosexual”, utilizando “figuras legales”, sacándolas de su contexto, tan vagas como contradictorias y sosteniendo una vez más que la homosexualidad no era un problema médico sino meramente jurídico.

Así, algunos recurrieron a nuestra Constitución Política que, en su artículo 19, dice: “se prohíbe a la ley realizar discriminaciones de carácter arbitrario.” Claro que eludieron definir el concepto de arbitrario, omitiendo también el que un “matrimonio homosexual” constituiría para la propia Constitución una prohibición no arbitraria sino consecuente con el espíritu de la ley, ya que se define el matrimonio como “la unión legal de personas de diferente sexo con el propósito de establecer una unión estable y permanente, que permita formar un hogar para tener y educar a sus hijos”.

En el marco de esta ambigüedad, el propio proyecto de ley en trámite, elaborado por el movimiento de Integración y Liberación Homosexual (Novik), señala hipócritamente que lo que se propone es “un contrato de unión civil entre personas del mismo sexo y que éste no habilita a la pareja para acceder a los derechos y beneficios que se contemplan para el vínculo matrimonial (Boletín N° 3283-18).

Este intento de desconcertar a las opinión pública con confusas diferencias entre matrimonio y vínculo legal de parejas homosexuales es falso y posiblemente una “estrategia transitoria” debido al repudio internacional. Esto queda en evidencia leyendo el propio texto aprobado a comienzos del 2005 por la Asociación Americana de Psiquiatría que solicitó explícitamente el reconocimiento del “matrimonio civil” de personas del mismo sexo y donde se dice textualmente “con el fin de promover la salud, la Asociación Americana de Psiquiatría apoya el reconocimiento legal del matrimonio civil del mismo sexo, con todos los derechos, beneficios y responsabilidades conferidos por el matrimonio civil y se opone a las restricciones de dichos derechos, beneficios y responsabilidades” (Carta a *El Mercurio* de don Andrés Silla, MD, del 12 de junio del año 2005). Esta solicitud demuestra que el verdadero propósito de los homosexuales no es otro que el de ser reconocidos como simples variantes de la sexualidad normal, lo que sería implícitamente aceptado si se aprobara el matrimonio de personas del mismo sexo.

Al margen de la confusión que esto provocaría en los conceptos de normalidad y de patología sexual, surgen otros problemas, como, por ejemplo, el que aparentemente se considera a la homosexualidad en globo, como si fuera una entidad única, en circunstancia que existen múltiples síndromes clínicos. Así, junto a los casos de personalidad normal, hay modalidades psicopáticas perversas y aun delictivas, como las formas afeminadas y travestistas, generalmente prostituidas o las pedofílicas. De no establecerse estas diferencias, se caería en el absurdo de estimar como normales las mismas conductas que constituyen delito entre los heterosexuales.

Además, aunque no existen legislaciones aprobadas, al menos que yo sepa, la solicitud de la Sociedad Americana de Psiquiatría de promover el “matrimonio homosexual” con iguales derechos y beneficios que los del matrimonio normal, implica la posibilidad de adoptar hijos. Ya se ha hablado, aunque no oficialmente, de utilizar “úteros arrendados”, lo que significa, lisa y llanamente, el crear una nueva forma de comercio y “prostitución neonatal”.

Es claro que, en el caso de eventuales “matrimonios entre lesbianas”, esto es diferente, ya que ambas pueden embarazarse en forma natural o recurrir a las técnicas de inseminación artificial. Tal vez por eso la solicitud parecería sólo haber sido hecha por homosexuales masculinos y, en el caso de las mujeres, incluso ya podría estar ocurriendo, desde el momento que pasaría desapercibida la condición de niños que viven con una supuesta madre soltera y una tía. El problema realmente grave está, por lo tanto, en los casos de matrimonios de hombres homosexuales que deseen adoptar hijos. Quienes estiman que éste es un derecho que pueden otorgar las leyes olvidan que toda legislación se detiene en el límite del respeto al ser humano, tanto de su vida como de la normalidad de su existencia.

Es por eso que, en el caso de aprobarse esta aberración de una “paternidad homosexual”, surgen decisivas interrogantes, como, por ejemplo, ¿quién y en virtud de qué autoridad se atribuye el derecho a determinar las condiciones de vida de estos futuros niños? ¿Se han cuestionado seriamente quienes así lo estiman, qué ocurrirá con ellos cuando sean conscientes de su anómala realidad familiar? O ¿cómo enfrentarán la burla y el desprecio de los compañeros de colegio o de los que fueron previamente sus amigos? Es claro que se les puede conceder la libertad de escoger un nuevo hogar normal, pero, ¿no se ha pensado en el dolor de abandonar a los que creían eran sus padres y a los que seguramente amarían por su cariño y protección? ¿Qué alternativas tendrían? ¿Tal vez la solución del suicidio?

Definitivamente no se puede “jugar” con la vida humana, al igual que la ciencia no tiene derecho a realizar todo lo que técnicamente le es posible, aun cuando la legislación se lo permita. Es efectivo que este “anhe-lo homosexual” de paternidad puede ser excepcional y que en la actualidad parecería estar en receso, pero ¿quién nos asegura que sólo sea una medida táctica y un “tiempo de espera” para volver a replantearse, en el futuro, cuando la actitud cultural sea más favorable?

Es aquí donde radica el real desafío, difícil pero ineludible, tanto de la sociedad como de la medicina, ya que una posible “alienación sexual” es previsible si se observa la progresiva decadencia de los valores morales de la erótica que, inevitablemente, influirá en las generaciones futuras como, por ejemplo, la naturalidad y el descaro con que connotadas figuras públicas declaran ser homosexuales y conservan su prestigio y sus atribuciones. ¿Qué educación sexual podemos ofrecer a los jóvenes cuando la actual “erótica permisiva” los incita obstinadamente al “voyerismo televisivo”; a la fascinación de las conquistas ocasionales, a la “pornografía de los vínculos ambiguos”; a la promiscuidad irresponsable, a la satisfacción inmediata del deseo y al placer fácil, sin restricciones ni compromiso personal alguno?

Es por eso que quienes somos, moral y sexualmente sanos, tenemos la obligación de proteger a nuestros hijos y a las nuevas generaciones dándoles una sólida formación ética, especialmente con nuestro propio ejemplo, que sea capaz de mostrarles la necesidad de respetar la normalidad del sexo, no por temor o represión sino por

su íntima nobleza. Sólo así podrán superar con éxito los posibles desafíos del mañana. Y no me refiero sólo a la homosexualidad sino a toda degradación de la erótica sana y natural, que no puede ser sino aquella que es como debe ser, es decir, la expresión biológica y superior del amor. No se trata ya sólo de defender la dignidad del matrimonio sino del propósito mismo del propio instinto genésico, en el sentido de la preservación y continuidad de nuestra especie.

No será una tarea fácil, pero sí necesaria, en la que todos, y especialmente los psiquiatras, debemos participar. Sin duda, en el caso concreto de la homosexualidad, sólo la medicina puede tener la “última palabra”, ya que no se trata, como muchos todavía pretenden, de “figuras legales o jurídicas” sino de diferenciar entre lo normal y lo patológico. Y, en este sentido, el médico no es sólo un terapeuta sino también el custodio del desarrollo natural de la vida humana en todos sus planos.

Sin duda, es el médico quien debe indicar los límites de lo sano y de lo mórbido; aquello que es y no es natural, pero somos todos los hombres los que debemos preservar una sexualidad que sea conforme con su naturaleza. La historia nos muestra que no es infrecuente la inversión de los valores y es por eso que debemos estar preparados para defender nuestra propia normalidad. No podemos dejarnos confundir por el engaño de las simples “variantes de la sexualidad”, que es la verdadera finalidad que se oculta bajo el pretexto del “matrimonio homosexual”; y conservar así la íntima dignidad del amor normal de pareja y del genuino vínculo matrimonial.

## RESPUESTA AL DR. SERGIO PEÑA Y LILLO

(Rev GPU 2009; 5; 1: 44-46)

Francisco Bustamante<sup>1</sup>

**Gracias al interesante artículo "Reflexiones sobre el Matrimonio Homosexual" enviado a GPU por el Dr. Sergio Peña y Lillo, se me ha otorgado la oportunidad de tratar una serie de temas relacionados con la homosexualidad a modo de propiciar un debate constructivo. No me referiré al tema de si corresponde o no legalizar el matrimonio homosexual, ya que implica un debate más amplio, sino al plano estrictamente médico de la homosexualidad como enfermedad.**

### ¿ES LA HOMOSEXUALIDAD UNA ENFERMEDAD?

El concepto de "enfermedad" en psiquiatría es un término complejo. Si ya lo es para la práctica médica en general (recordemos que todavía no existe una definición de "enfermedad" universalmente aceptada y probablemente nunca lo habrá), lo es mucho más para la psiquiatría ya que nuestro objeto de estudio está constituido por fenómenos intangibles.

Recordemos la definición de Griesinger: "Las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro". Este manifiesto positivista del siglo XIX ha sido reeditado en numerosas oportunidades a lo largo del siglo XX (un ejemplo de ello es Kurt Schneider) y que pareciera ser confirmado por los hallazgos neurobiológicos actuales.

Sin embargo, pienso que nos enfrentamos a una crisis de este paradigma de la causalidad neurobiológica: La biología por sí sola no es capaz de explicar –en su totalidad– cualquier enfermedad psiquiátrica (a

excepción de algunas demencias). Hasta el momento, no podemos hablar de una "fisiopatología" (en cuanto a establecer causas) sino que sólo podemos hablar de correlatos neurobiológicos o genéticos, y sólo para algunos trastornos y –peor aún– sólo en algunos casos. Tomemos como ejemplo la patología más frecuente de la psiquiatría, lo que se conoce según el DSM-IV como Trastorno Depresivo Mayor. Hemos visto numerosas teorías con algunos hallazgos orgánicos, pero hasta la fecha no rebasan el plano de meras hipótesis.

Por sus argumentos, el Dr. Peña y Lillo toma el criterio de anormalidad biológica para definir anormalidad psiquiátrica: "La anormalidad, en medicina, que es siempre patológica, debe definirse por sí misma; por su estructura aberrante y se refiere a la pérdida de la norma vital que sólo existe en lo biológico; en las células vivas y en las disposiciones genéticas. Es por eso que no existe una patología familiar o social como pretenden quienes afirman que lo anómalo de la homosexualidad sería sólo un problema cultural".

---

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

¿Qué es lo que debe entenderse como anormalidad? Siguiendo al Dr. Peña y Lillo, sería toda “estructura biológica aberrante” (me permito agregar “y/o función biológica aberrante”). Si esto fuera exclusivamente así, la psiquiatría correría serio peligro de desaparecer.

El autor señala en numerosas oportunidades que la homosexualidad es una enfermedad por tener un sustrato biológico, sin embargo en ninguna oportunidad describe cuál es este correlato. Hasta la fecha, no se ha podido probar en forma válida y sistemática ningún correlato neurobiológico, endocrino o genético en las personas homosexuales<sup>2</sup>. Es cierto que habitualmente se citan los estudios de Le Vay sobre núcleos cerebrales y de Hamer en genética, ambos publicados en *Science*, pero dichos estudios adolecen de rigurosidad metodológica y no han podido ser corroborados por otros autores<sup>3</sup>.

El hecho que una conducta sexual nos parezca perversa no garantiza su correlato biológico, es más, en la mayoría de las parafilias no se han podido encontrar hallazgos de esta índole<sup>4</sup>.

Por todo lo anterior, el concepto de “enfermedad” en psiquiatría no puede abstraerse solamente de lo biológico.

Conuerdo con el Dr. Peña y Lillo en que los diagnósticos estadísticos operacionales (DSM y CIE) tampoco son la solución. Las enfermedades no pueden definirse por criterios estadísticos ni por presiones políticas (como la exclusión de la homosexualidad), tampoco por su egosintonía o por conclusiones de *petit comité*. Éstas deben ser definidas por las sociedades científicas después de un amplio y profundo debate académico, sin dejarse llevar por presiones externas.

## ENTONCES ¿CÓMO DEFINIR “ENFERMEDAD”?

Ya en el Freud de *Tres Ensayos sobre la Sexualidad* se habla sobre los mecanismos psicológicos relacionados

con la homosexualidad, los cuales serán desarrollados posteriormente por Adler, Stekel y demás discípulos. No es éste el espacio para describir los conceptos postulados por dichos autores, pero sí son apreciables en la clínica el complejo de inferioridad y la dinámica familiar característica. De este modo, de acuerdo al marco teórico que otorga fundamento a esta práctica psiquiátrica, puede ser conveniente entonces hablar de neurosis, en el sentido psicodinámico del término.

Siendo la homosexualidad una neurosis, vale la pena recalcar que dicha denominación –que obedece al marco teórico psicodinámico– para nada debe ser considerada una valoración ética, en cuanto peyorativa o descalificativa para la persona que la padece. Esta afirmación es extensible también para otras neurosis.

## ¿ES EL TÉRMINO “NEUROSIS” APTO PARA DEFINIR ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA?

El término neurosis conlleva otro peligro para la psiquiatría: puede desembocar en un psicologismo extremo que se olvide de la biología. Me acuerdo del caso de un alumno de Echegoyen que realizaba un análisis a un hombre mayor que presentó rectorragia y que fue interpretado por el alumno como una menstruación masculina. Afortunadamente el maestro intervino en forma oportuna para derivar un cáncer de colon galopante al tratante adecuado.

Ambos aspectos de la persona no pueden desconocerse: Psique y Soma en estrecha relación. Un ejemplo de un concepto integrado de enfermedad lo da el médico alemán Viktor von Weizsäcker<sup>5</sup>.

Dado que Psique y Soma son aspectos constitutivos del ser humano, inseparables y que determinan su ser, pudiera ser precisa una definición de enfermedad que abarque a la persona desde su aspecto ontológico. Siguiendo a Heidegger, la esencia del ser humano es el *Dasein*<sup>6</sup>, y en tanto ser-en-el-mundo, cada persona manifiesta un *cómo* ser-en el mundo y una determinada *actitud* hacia ese mundo<sup>7</sup>. Este modo de ser, puede

<sup>2</sup> Remito a los lectores a una exhaustiva revisión de la literatura realizada por los doctores Gaete y Valenzuela: Jorge Gaete y Carlos Valenzuela. Bases Biológicas de la Homosexualidad. En: Beatriz Zegers, María Elena Larraín y Francisco Bustamante, editores. *Sobre la Homosexualidad*. Santiago: Editorial Mediterráneo, 2007.

<sup>3</sup> William Byne. *Biological Evidence Challenged*. Scientific American, 1994; Mayo: 50-55.

<sup>4</sup> Con respecto a la pedofilia sugiero la siguiente revisión: Fagan PJ, Wise TN, Schmidt CH, Berlin FS. *Pedophilia*. JAMA 2002; 288:2458-2465.

<sup>5</sup> Viktor von Weizsäcker. *El Hombre Enfermo*. Barcelona: Editorial Luis Miracle, 1956.

<sup>6</sup> Martin Heidegger. *Ser y Tiempo*. Santiago: Editorial Universitaria 2005. Traducción de Jorge Eduardo Rivera.

<sup>7</sup> Ludwig Binswanger. The Existential Analysis School of Thought. En: Rollo May, Ernst Angel y Henri Ellenberger editores. *Existence*. New York: Simon and Schuster, 1958

manifestarse en una serie de fenómenos que agrupamos en entidades que podríamos calificar como enfermedades o alienaciones existenciales que se explican por la existencia histórica del *Dasein* en el mundo, y en tanto que corpóreo, la corporalidad simboliza dicho modo de ser propio y particular de cada persona. Es mediante un "Dasein Analysis"<sup>8</sup>, método creado por Ludwig Binswanger, donde se puede llegar a una interpretación ontológica y existencial de la enfermedad y de su significado, incorporando todos los aspectos constitutivos de la persona.

## CONCLUSIÓN

El término enfermedad en psiquiatría es un término ambiguo y determinado por el marco teórico usado. El Dr. Peña y Lillo define a la homosexualidad como enfermedad, basado en supuestas alteraciones biológicas que no menciona. Hasta la fecha, para la homosexualidad no se han comprobado válidamente alteraciones biológicas. Para definir enfermedad en psiquiatría es necesario incorporar el aspecto psicológico y, mejor aún, ontológico, para poder definir en forma más precisa dicho esquivo concepto.

---

<sup>8</sup> Ludwig Binswanger. The Case of Ellen West. En: Rollo May, Ernst Angel y Henri Ellenberger editores. *Existence*. New York: Simon and Schuster, 1958

# ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL MATRIMONIO Y EL MATRIMONIO HOMOSEXUAL

(Rev GPU 2009; 5; 1: 47-60)

Hernán Villarino

*Una vida sin examen no merece ser vivida.*

Sócrates

**Este trabajo está elaborado en relación con el artículo *Reflexiones sobre el matrimonio homosexual*<sup>1</sup>, del Dr. Peña y Lillo. Vaya por delante el que conocemos, si no todo, al menos buena parte de su producción, cuyo rigor, información y estilo la constituyen, a nuestro juicio, en ese tipo de literatura psiquiátrica que deja honda huella en quienes la leen. Pero lo que realmente nos admira del autor es su coraje para abordar los temas de un modo no convencional, incluso “políticamente incorrecto”, es decir, exteriorizando esa convicción personal que es el lugar donde parece radicar la verdad y, por ende, la posibilidad del encuentro aun en el disenso.**

Sin embargo, como al menos una fracción importante de lo que el autor dice en el suyo es cuando menos opinable, nos ha parecido legítimo discutir llanamente sus asertos, de modo que es justamente su ejemplo lo que nos animó a escribir este artículo. Al hilo de la argumentación también hemos dejado manifestarse nuestras propias ideas, que no tienen como referencia ni están motivadas por el artículo mentado. El lector eventual sin duda sabrá reconocer qué es cada cosa.

Puesto que el elemento del debate es esencial en la génesis de este artículo, y quizá en cualquier escrito, es necesario decir, previamente, qué entendimos en general de aquel texto, para entrar después en un estudio más detallado.

La perspectiva del matrimonio homosexual, para el Dr. Peña y Lillo, tiene su origen en dos instancias. La primera es la iniciativa emprendida por los manuales DSM de excluir la homosexualidad de entre las perversiones sexuales, y la segunda es la mala y errónea comprensión que existe en la actualidad sobre el homosexualismo en Grecia, asunto que discutiremos más adelante.

Sin embargo, no cabe duda que un rol fundamental lo jugó el movimiento americano por los derechos civiles, donde coincidieron las protestas contra el racismo, la guerra de Viet-Nam, la medicina paternalista (que dio origen a la bioética), el movimiento de liberación sexual, etc. Este complejo proceso social, que

---

<sup>1</sup> Peña y Lillo, S. *Reflexiones sobre el matrimonio homosexual*. Ver en este mismo número de GPU.

tiene muchas aristas, es la probable inspiración de las decisiones adoptadas por los redactores de los manuales DSM, como de muchos otros cambios en la medicina que se remontan a esa época, y no al revés.

En efecto, entre los razonamientos que se hacen en USA para la concesión del derecho al matrimonio homosexual jamás, que sepamos, se ha citado a los manuales DSM. En cambio, con frecuencia se arguye que así como ya en 1948 no se hallaron razones jurídicas para impedir los matrimonios interraciales, hoy, por las mismas causas, tampoco habría motivos para no legalizar los matrimonios homosexuales. Las razones en torno a este asunto no han sido psiquiátricas sino políticas, jurídicas y éticas, y a nuestro juicio éste es el plano apropiado donde debe darse la discusión. Dicho de otra manera: a los actores influyentes del debate no les interesa mayormente la opinión psiquiátrica, que además se encuentra dividida, aunque no por ello desdeñen reforzar sus posturas con supuestas demostraciones provenientes de la ciencia médica pero que en ningún caso son tenidas como decisivas. La psiquiatría, en este envite, debe conformarse con un discreto y oscuro segundo plano.

Ahora bien, si se define la genuina homosexualidad como una perversión biológica del instinto sexual, que implica la más radical trasgresión del sentido natural del impulso genésico, destinado, precisamente, a la reproducción y preservación de la especie, no debe olvidarse que los homosexuales también se reproducen, preservan y multiplican la especie; en cambio, muchos heterosexuales no pueden o no quieren hacerlo. Por otra parte, el amor con que se unen las parejas libres y adultas no parece tener ningún fin biológico conocido. El amor, sexual o no, es su propio fin, y no la descendencia, que se agrega *ad intrinseco* como un bien y como un fruto pero no como su fin. Todo lo que biológicamente sucede en base al amor también podría ocurrir, y ocurrir, sin él. Por eso, se puede considerar al amor como un lujo y un exceso que no tiene sentido biológico, y respecto del cual la biología y la psiquiatría no saben nada; lo que no significa, claro está, que los biólogos y los psiquiatras tampoco sepan nada, pero *qua* hombres no *qua* biólogos o psiquiatras.

El texto del Dr. Peña y Lillo no pretende ni hace una censura ética de los homosexuales ni aspira a limitar su libertad para escoger sus vínculos de pareja, ni pone en duda su dignidad e integridad ni considera que su patología sea un vicio, antes bien, tiene elocuentes pruebas de su rectitud moral en muchos casos. El único asunto que discute es la aceptación legal del matrimonio homosexual, porque, a su juicio, "El hombre no puede violar las normas de la naturaleza, y particularmente el médico, ya que su compromiso más radical es con la

verdad de la existencia, que no es otra que esa normalidad psicobiológica que define la ética de la vida"<sup>2</sup>.

Para muchos otros autores contemporáneos, sin embargo, ni la verdad de la existencia ni la normalidad psicobiológica son patentes. Al oír la palabra hombre, dice Scheler<sup>3</sup>, creador de la antropología filosófica, brotan en la actualidad tres círculos de ideas: las de la tradición judeo-cristiana, las de la antigüedad clásica y las forjadas por las ciencias de la naturaleza. Ahora bien, estos tres círculos son inconciliables entre sí, como lo demuestra esta polémica del matrimonio homosexual, donde se cruzan argumentos de toda laya en un auténtico *totum revolutum*. Lo que el hombre sea y lo que deba ser es lo más problemático e incierto para la conciencia moderna, porque "El hombre ya no sabe lo que es y sabe que no lo sabe", como dice Scheler. Se vive hoy como desalojados del mundo y sin una morada. El hombre actual se sabe perdido y carece de certezas, por eso, quizá, como nunca antes experimenta consigo mismo nuevas formas de vivir la vida, aunque no siempre las someta a examen, ni sepa tampoco muy bien lo que quiere, ni por supuesto conozca las consecuencias de sus experimentos. En todo caso, no parece que la biología, ni mucho menos la psiquiatría, que sólo son una parte de uno de los círculos con que nos representamos al hombre, a saber, el de la exterioridad objetiva, sean capaces de orientar a esta enigmática criatura, cuya realidad, en la antropología filosófica, consiste, además de la mencionada, en exterioridad subjetiva, interioridad objetiva e interioridad subjetiva<sup>4</sup>.

Nos parece, en fin, que aparte de sus méritos, al adoptar en el artículo mencionado un punto de vista biológico como la variable independiente de todo lo demás, se han mezclado sin distinción clara conceptos naturales, éticos, jurídicos y políticos; y ésta, a nuestro juicio, es su mayor debilidad, o por lo menos a nosotros nos lo parece. Por eso, nos hemos planteado este trabajo como el de un cirujano, que mientras disecciona reconoce distintos planos, con tejidos de estirpe diversa, cada uno bien individualizado y con su propio carácter y función.

## ¿ES LA HOMOSEXUALIDAD ANTINATURAL?

En nuestra época muchos de los que oyen calificar a la homosexualidad como un "trastorno antinatural"

<sup>2</sup> Artículo citado.

<sup>3</sup> Scheler, M. *El puesto del hombre en el cosmos*. Losada. Buenos Aires, Argentina: 1960.

<sup>4</sup> Arregui, J.V.; Choza, J. *Filosofía del Hombre*. Rialp. Madrid, España: 1992.



piensan que es la simple emisión de un epíteto, de modo que no caracteriza el objeto así designado sino la actitud de quien lo pronuncia. Decir la "homosexualidad es antinatural" equivaldría a decir: "yo soy homófobo" o "a mí la homosexualidad no me gusta". Pero en gustos, ya se sabe, no hay nada escrito. Es cierto que, para Gadamer<sup>5</sup>, es sobre gustos y sobre el gusto casi sobre lo único que escribimos, empero, no por ello supone que tengamos siempre razón en lo que a su respecto digamos.

Sin embargo, es comprensible que aquella expresión sea considerada una injuria. Es que durante siglos se ha pintado una imagen inexacta de los homosexuales. Ha pasado con ellos lo mismo que decía Szasz<sup>6</sup> ocurrió con los negros: primero se los esclaviza y después se apela a su condición de esclavos para explicar su inferioridad y justificar su esclavitud<sup>7</sup>. No obstante, aunque por estas razones pueda resultar explicable considerar aquella afirmación un agravio, nos parece poco productivo, porque entonces el asunto se resuelve con otro apelativo. Por ejemplo: quien lo dice es un reaccionario, un carcamal o un intolerante. Pero por este camino se elude el debate y en realidad no se va muy lejos, y ni se aclaran los problemas ni mucho menos se resuelven.

La experiencia enseña, irredargüiblemente, que en el ámbito científico, no en el periodístico, se deben tomar las afirmaciones como vienen, tal como están dichas, nos gusten o no, y tanto si nos parecen sensatas como descabelladas. Pero no para contemplarlas o recrearnos con ellas sino para someterlas al análisis lógico y empírico, porque sólo allí pueden mostrar lo que valen, independientemente de quién y por qué las emitió. En la ciencia nada debiera escandalizarnos. Los que se perturbaron y vociferaron cuando oyeron que la tierra era redonda y giraba sobre su eje han quedado lo suficientemente en ridículo como para que sigamos sus pasos.

Decir "la homosexualidad es un trastorno antinatural" supone, en primer lugar, poner la homosexualidad como un suceso natural, aunque sea en el sentido de antinatural. Ahora bien, en la naturaleza no puede haber ningún hecho antinatural. "Trastorno antinatural" es una contradicción en los términos, como también esquizofrenia antinatural, leucemia antinatural, vuelo antinatural de un avión, transmisiones antinaturales

de un teléfono celular, etc. Todo lo que consideramos bueno o malo, recto o torcido, sano o enfermo, extravagante o irregular, maravilloso o baladí se da igualmente en la naturaleza, según leyes más o menos conocidas, y ya sea espontáneamente o producido por los hombres. Partiendo de lo que en ella observamos, nos plazca o no, de nada se puede decir que sea antinatural. La maduración y la degeneración, la perfección física o los teratomas, la vida y la muerte son todas naturales.

Desde que hay memoria humana, por otra parte, y documentos que la avalen, se pueden encontrar testimonios sobre la homosexualidad. La homosexualidad está en la historia desde siempre porque desde siempre ha estado en la naturaleza, como la luna, la radiación de fondo, los platelmintos y la heterosexualidad. También el fetichismo, la pedofilia, el voyeurismo, el exhibicionismo, la zoofilia y aun la necrofilia se dan naturalmente en la naturaleza. Y la pedofilia se da de tal modo que la única ley que coincidentemente se han dado todas las sociedades en todos los tiempos es la prohibición del incesto, ley que no tendría sentido si la pedofilia no estuviera fuertemente arraigada en la naturaleza. Por eso, si la homosexualidad consiste en el trastorno de una función, concretamente en la aberración del objeto erótico, tendríamos que decir que tal aberración es natural, no antinatural, como natural es la porfiria y la esclerosis múltiple, la genialidad y la estupidez.

Por eso nos parece lleno de sentido el consejo que el Dr. Peña y Lillo brinda a la juventud de nuestro tiempo, y aunque no soy joven lo suscribo plenamente: no dejarse confundir con el pretexto falso y engañoso de que la homosexualidad sería una mera variante de la erótica normal, o que obedece a trastornos psicotraumáticos infantiles que alterarían un aprendizaje correcto y adecuado. En realidad, es un producto de la naturaleza, opaco e impenetrable como todo lo que es natural, como la misma heterosexualidad y como todo lo que está dado en definitiva.

En fin, lejos de creer que la afirmación: "la homosexualidad es un trastorno antinatural" sea un epíteto, nos parece, más bien, una proposición que no instancia nada, porque en ella parecen amalgamados términos naturales y juicios éticos.

## NATURALEZA Y ENFERMEDAD

Se dirá, sin dudas, que nuestros argumentos son en extremo endebles. Hemos tomado una expresión y la hemos sometido a un análisis literal, y quizá desde ese punto de vista pueda resultar efectivamente equívoca. Pero en el lenguaje habitual usamos muchos giros con un sentido alegórico o metafórico, los que vistos

<sup>5</sup> Gadamer H. *Verdad y Método*. Sígueme. Salamanca, España: 2001.

<sup>6</sup> Szasz T. *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 2008.

<sup>7</sup> Por eso siempre hubo negros egodistónicos respecto del color de su piel. Léase al respecto a Franz Fanon: *Los condenados de la tierra*. F.C.E. México D. F., México: 1963.

literalmente resultan absurdos. Someter a un análisis literal una figura retórica no es más que una pedantesca pérdida de tiempo, y un modo de cerrarse a la comprensión del otro. Cuando se dice trastorno antinatural para referirse a la homosexualidad, lo que se quiere decir, en realidad, es que se trata de una enfermedad, por ejemplo, y es acerca de eso sobre lo que versa el asunto y no sobre expresiones más o menos felices que siempre se pueden corregir y cambiar porque no tocan a lo esencial.

Empero, la discusión respecto de si la homosexualidad es o no una enfermedad se ha tornado un asunto volcánico, por así decirlo. Las duras piedras de ayer han entrado en ebullición, se han disuelto y fluidificado. En efecto, las incommovibles certezas de antaño, y al respecto basta con comparar lo que decían los textos psiquiátricos de principios de siglo XX con lo que dicen hoy, se han tornado gaseosas e inestables. En todo caso, la incapacidad genésica, como lo dijimos más atrás, no puede dotar de carácter enfermizo a la homosexualidad, porque los homosexuales son fértiles y se reproducen. Por lo demás, si usáramos este tipo de argumentos tendríamos que ser justos, y decir entonces que los sacerdotes católicos, los monjes budistas y otra serie de personas que adoptan una vida acética también estarían afectados de una perversión biológica del instinto sexual, que está destinado a la reproducción y preservación de la especie. Serían, si se quiere, enfermos voluntarios, pero enfermos al fin de cuentas. Sin embargo, no creo que nadie admita esta inferencia, porque un diagnóstico médico, incluso acertado, queda siempre en la periferia de la persona.

No pretendemos, en todo caso, exponer ni discutir los argumentos respecto de si con el homosexualismo estamos o no frente a una enfermedad. Hay muchas y muy buenas referencias sobre el particular<sup>8</sup>, y a ellas remitimos. Más aún, vamos a dejar totalmente fuera de nuestro horizonte a los que piensan que no es una enfermedad; aunque sus razones sean plenamente atendibles no son relevantes para lo que queremos decir. La respuesta que nos parece digna de ser interrogada es la que dice que el homosexualismo efectivamente es una enfermedad. Insistimos, no vamos ni a exponer ni a evaluar sus argumentos, no nos interesan ahora: lo que aquí queremos indagar es que se podría deducir, desde un punto de vista médico y de cara al matrimonio homosexual, a partir de una proposición verdadera que afirmara: la homosexualidad es una

enfermedad. Adelantemos que, a nuestro juicio, no se podría inferir absolutamente nada, y ahora daremos nuestras razones.

Las enfermedades son sucesos naturales, y la naturaleza es lo que está dado de modo insuperable, o mejor dicho, la fuente y el origen de lo que está dado. Ahora bien, ¿es la naturaleza toda la realidad? De acuerdo con Kant no, porque junto a la naturaleza está la libertad, que siempre se puede negar con razón cuando es vista desde la naturaleza. La libertad tiene que verse con sus propios ojos, no con los naturales. Naturaleza y la libertad, por ende, refieren a sí mismas. Como dice Jaspers: sólo sé de la libertad cuando yo mismo soy libre.

Si Kant tiene razón, y apostamos a que la tiene, los predicados con que se caracteriza al hombre no pueden ser sólo naturales, porque la naturaleza ni es todo ni es ultimidad. Los predicados que aluden a lo bueno y a lo malo, por ejemplo, refieren a la libertad. El bien y el mal están en la voluntad, que es libre, y no en la naturaleza. Si hay cosas que nos parecen malas de ella, el término malo que empleamos no define un atributo natural sino la relación en que yo estoy con ese atributo. Es mala esta riada que se lleva mi casa, mis enseres y mi familia, pero la riada no tiene voluntad ni sabe lo que hace, no es libre. En realidad no es buena ni mala, porque el bien y el mal no están en el mundo. Nada hay verdaderamente malo, dice Kant<sup>9</sup>, excepto una mala voluntad. Por eso, la homosexualidad y la heterosexualidad, como datos brutos, naturales, enfermos o no, no son ni buenas ni malas. Lo que puede ser bueno o malo es lo que yo haga con ellas, el modo como ejercito mi voluntad respecto de lo que está dado y que yo mismo soy.

Cuando un médico diagnostica una enfermedad en realidad no sabe si ella va a ser el estímulo que necesita una voluntad para desarrollar obras creadoras. Por ejemplo: para que el/la paciente se retiren del mundo, se encierren con sus libros y produzcan una creación inolvidable, o simplemente para que alcancen una concepción más rica y más honda del mundo y de sí mismos. La enfermedad, aunque se pueda precisar médicamente, es ambigua respecto de su efecto sobre la persona, que es libre. Con ella no está todo dicho. La melancolía, por ejemplo, es un temperamento desagradable, o por lo menos así lo parece; pero Aristóteles, que sabía mucho de esto, decía que no se puede filosofar sin él. Y si esto es verdad, más de alguno que no es melancólico querría serlo para filosofar bien. Es curioso, pero quizá

<sup>8</sup> Zegers B, Larraín ME, Bustamante F. *Sobre la Homosexualidad*. Mediterráneo. Santiago, Chile: 2007.

<sup>9</sup> Kant, E. *Cimentación para la metafísica de las costumbres*. Aguilar. Buenos Aires, Argentina: 1968.

para desempeñar ciertos papeles en el mundo debemos estar enfermos, al menos eso pensaba Nietzsche, para quien la verdadera salud nunca es espontánea sino el vencimiento de una enfermedad. Para Klages<sup>10</sup>, desde siempre está entablada una lucha entre la vida y el espíritu, o entre la naturaleza y la voluntad, de modo que el progreso de uno significa la destrucción del otro. En Klages, la plenitud vital es la ruina espiritual, y viceversa. Por lo tanto, pareciera no existir ninguna armonía preestablecida entre salud y bondad o entre enfermedad y maldad, ni tampoco una relación absoluta entre enfermedad y bienes jurídicos y espirituales. Las combinaciones son infinitas, dependen del caso particular y los diagnósticos médicos, puramente naturales y universales, no discriminan suficientemente.

Si la naturaleza y la libertad son ambas reales, respecto del sentido de la enfermedad le cabe al enfermo decidir, no todo queda zanjado con el diagnóstico del médico. Por eso, un médico, y la medicina en el fondo, no pueden ni deben poner limitaciones o significaciones que el enfermo por sí mismo no se ponga. Pueden opinar y hasta aconsejar, pueden mostrar y discutir, pero no pueden imponer ni prohibir nada, mucho menos bienes jurídicos y espirituales como el matrimonio. Es que el médico es para el enfermo, como dice un antiguo aforismo, no su Señor.

Los médicos no pueden abogar en contra de sus pacientes ni pretender que hayan de vivir, por obligación, como ellos dicen que han de vivir. Por recordar un caso conocido por todos: un psiquiatra no debiera limitar el desarrollo matemático de un esquizofrénico, por mucho que su experiencia le enseñe que esa mezcla, en general, no se da bien. Tampoco debe intervenir en su decisión de casarse. En último caso, serán la realidad y la ley las que pongan límites, no el médico, que más bien debe comprender y ayudar, porque un diagnóstico casi nunca define absolutamente a una persona ni sus capacidades.

Se replicará que los médicos también resuelven cuestiones jurídicas. Por ejemplo, según la valoración de la capacidad sensorial deciden si este sujeto puede o no disponer de un carnet de conducir. Pero entonces no actúan como médicos sino como funcionarios de una institución que sigue fines jurídicos, de modo que, en este caso, el objeto primaria y directamente perseguido por el médico en su quehacer no es la salud del enfermo, que es lo que define al médico como médico, sino el cumplimiento de un cierto ordenamiento legal, que es

creación humana, no natural. Hay que distinguir, con la escolástica, entre actos del médico y actos de la medicina, del mismo modo que no hay que confundir actos del hombre y actos humanos.

Si es correcta nuestra argumentación<sup>11</sup> previa, el que la homosexualidad fuera una enfermedad no permitiría realizar ninguna inferencia respecto del matrimonio entre homosexuales, porque el matrimonio es una realidad jurídica, no natural, a la que accedieron, acceden y accederán muchos enfermos, de distinto tipo, a lo largo de la historia.

## LA LEY NATURAL

Hay, sin embargo, quienes ven más. Ven, por ejemplo, la Ley Natural, no la incomprendible naturaleza que todos vemos sino la Ley, orden y sentido que la rige y gobierna. Y la Ley Natural, para algunos, es el determinismo; para otros el indeterminismo, el azar, el caos, la evolución, etc. Hay quienes consideran que su realidad prohíbe el matrimonio homosexual o la homosexualidad en general. A nuestro juicio, sin embargo, tal Ley Natural<sup>12</sup> no existe o, de existir, no la conocemos. Lo que existe y conocemos son leyes naturales<sup>13</sup>, diversas y de muy distinto sentido. Y basados en la gravitación universal, por ejemplo, ¿qué se puede inferir de cara al matrimonio? Frente al instinto de sobrevivencia, ¿qué opinar en torno a los mártires y los héroes que se echan voluntariamente la muerte encima? Ninguna ley natural conocida parece poder decidir respecto de casi nada

<sup>11</sup> Argumentación que consideramos una aplicación al caso particular de la concepción jaspersiana, según la cual los pacientes poseen y muestran una profundidad que no pertenece a su enfermedad sino a este individuo en su historicidad.

<sup>12</sup> De acuerdo con Jaspers, la única Ley Natural en el universo es la libertad, porque nada tiene sentido a no ser que sea libremente consentido y con-sentido. Ahora bien, la libertad dice lo mismo que el capricho: quiero porque quiero. Pero el capricho afirma sin argumentos, la libertad se justifica. Por eso, diciendo lo mismo, el capricho dice menos y la libertad dice más.

<sup>13</sup> Para no prolongar en exceso este trabajo no vamos a discutir respecto de qué es lo que se conoce cuando se conoce la naturaleza científicamente, porque las respuestas, desde el convencionalismo hasta el positivismo, son múltiples y no existe unanimidad, excepto en que responden a un proceso histórico, no son definitivas y están sujetas a falsación, todo lo cual influye en el carácter de verdad que asignamos a las proposiciones científicas, incluidas las médicas, y por ende al sentido de lo que sea una ley natural.

<sup>10</sup> Klages, L. *Los fundamentos de la caracterología*. Paidós. Buenos Aires, Argentina: 1953.

de lo que realmente interesa a los hombres, tampoco en lo tocante al matrimonio.

Otros deducen la Ley Natural no de las observaciones de la naturaleza, donde realmente tal ley no se conoce, sino de los textos sagrados<sup>14</sup>. La Ley Natural encarnaría verdades eternas, morales o divinas. Y sin embargo, no por ello los tibeos disminuyen. ¿Cuál es el matrimonio moral, instituido por Dios? Creemos que nadie dudará de la autoridad de San Agustín para dilucidar este asunto.

Que al bien del matrimonio pertenezca la unión de un hombre con una mujer más que la de uno con muchas, lo indica suficientemente la primera unión conyugal instituida por Dios, para que de allí el matrimonio tome origen, donde se observa el ejemplo más honesto. Pero, al aumentar el género humano, algunas santas mujeres se unen a algunos varones santos de forma poligámica. De donde se concluye que la monogamia se acercaba más a la medida de la dignidad, mientras que la poligamia fue permitida por la necesidad de la fecundidad<sup>15</sup>.

Para San Agustín Dios santificó la poligamia por razones de fecundidad. Ahora bien, si Dios la aceptó como un bien, movido por muy particulares circunstancias históricas, ¿quien puede estar seguro que no admite hoy, con el mismo carácter, el matrimonio homosexual? ¿Por qué el desarrollo de la experiencia humana no habría de descubrir allí un bien, con la anuencia de Dios, quien lo permitiría en nuestra época, por una necesidad para nosotros aún desconocida, del mismo modo que lo hizo con la poligamia en otra incluso aunque no coincidiera con su propio ideal? ¿Quién puede ponerle condiciones a Dios, sobre todo a un Dios que nos exige cuestiones tan antinaturales como amar a los enemigos?

Lo cierto es que nadie es Dios, y nadie tiene derecho a hablar en su nombre. Podemos creer que pensamos lo mismo que Dios, y eso debiera regir nuestra conciencia, pero en el debate con los hombres, dice Jaspers, sólo podemos apelar a argumentos humanos, porque entre los hombres no hay otra autoridad que la que ellos mismos se den.

<sup>14</sup> Para Jaspers, Dios habla en la libertad. Allí donde obro libremente lo hago de cara a la trascendencia.

<sup>15</sup> San Agustín. *El matrimonio y la concupiscencia*. Bajado del portal: [www.catholic.net](http://www.catholic.net)

## LA EFEBOFILIA

Una de las preguntas cruciales que suscita la materia que analizamos es si existe o no el amor homosexual. Pero la respuesta a la cuestión planteada no puede ser directa, supone un análisis doble y ojalá articulado, que es lo que intentaremos hacer. En una primera parte diremos lo que entendemos por amor en general. En la segunda intentaremos poner en relación testimonios históricos griegos de amor homosexual con la discusión previa. Cabe preguntarse, para empezar, si el amor es un género o una realidad análoga. Esta pregunta puede parecer críptica, porque lamentablemente en la psiquiatría ya no se filosofa, aunque quizá sea indispensable. Por eso, aunque pueda resultar tedioso, es necesario que lo aclaremos para poder fundamentar nuestra opinión.

Los géneros, como se sabe, son intenciones lógicas obtenidas por abstracción, pero no existen en la realidad sino en nuestra mente. Todos sabemos lo que es un animal: es un género, una intención lógica, por eso nunca hemos visto al animal correteando por ahí, ni tampoco nunca hemos poseído al animal ni nos hemos encariñado con él como con una mascota. Lo que vemos correteando por ahí es un perro, un gato, un caballo, etc., no el animal. La verdad es que tampoco vemos ni un perro ni un gato ni un caballo, que son especies, sino que este gato, este perro y este caballo. Podemos intuir mejor y ver más claramente un perro, es decir, una especie, que un animal, es decir, un género, pero lo que existe y vemos en la realidad es este perro. Y aunque el animal no existe en la realidad, su realidad mental hace posible pensar y ver la unidad que existe, a pesar de todo, entre un perro, un gato, un caballo, etc.

El ser, en cambio, no es un género sino una realidad análoga. El ser, dice Aristóteles, se dice de muchas maneras, porque si bien todas las cosas son no todas son las mismas cosas. Aquello en que todos los entes coinciden es en que son, y el ser que tienen es lo más real. El ser no es una abstracción ni una intención mental por medio de la cual se unifica lo disperso, sino la realidad, actualidad y comunidad más honda de todos y cada uno de los entes, porque es evidente que sin ser serían nada.

En la tradición psiconalítica el amor es efectivamente una abstracción. En él, todos los amores son el mismo amor, pero con esa forma de unidad que se alcanza por medio de los géneros y las especies. La así llamada libido, a nuestro juicio, se dilucida desechando y abstrayendo todo lo que hay de particular e incommensurable en la realidad del amor. En la tradición cristiana, en cambio, y aunque se trata de una idea cristiana aquí la abordamos en tanto idea de modo que no

se precisa ser cristiano para admitirla como tampoco es perentorio ser aristotélico para aceptar la teoría psicoanalítica del amor, aunque está construida, consciente o inconscientemente, con las ideas lógicas del estagirita. El amor, decíamos, en el cristianismo es el atributo más secreto y fundamental del ser, por eso ser y amor se convierten: si el ser es amor también el amor es ser. En el cristianismo, como en el ser aristotélico, el amor no es un género sino un analogado que se dice de muchos modos. Se ama a la esposa, los hijos, la patria, el amigo, al perro, etc. Pero diciendo amor, en cada caso, aunque decimos algo que existe concretamente en la realidad nunca decimos lo mismo.

Es también oportuno recordar aquí dos cosas más. Primero. Desde un punto de vista lógico no existe la especie persona. "Persona", en efecto, no es una especie sino un nombre, y como dice Melendo<sup>16</sup>, un *nomen dignitatis*, porque las personas, a diferencia del resto de la naturaleza, son realidades particulares, individuales y concretas que se determinan a sí mismas y no son las determinaciones de un género o una especie. Es por eso que amar a esta persona es amarla de un modo particular, y no puede ser amada con el mismo amor con que se ama a esta otra. Amar, de acuerdo con una definición clásica, es afirmar lo amado en su propio ser. Por eso, amar es muy distinto que afirmar en su propio ser un género, por ejemplo, o una especie, bajo la cual caen millones de individuos, porque ninguna de ambas son propiamente seres sino intenciones lógicas. Segundo. El analogado principal respecto del ser es el ente. Es a través del ente que se vislumbra y se comprende el ser, aunque el ser no es un ente. Ahora bien, el analogado principal del amor es el amor sexual. Es a través de él que se vislumbra y comprende mejor el amor, aunque el amor no sea sexual como pretende el psicoanálisis, y por las mismas razones que el ser no es un ente. Incluso a través de imágenes sexuales es que se expresa el amor místico, aquel donde el cuerpo y la sensualidad menos participan. Pero si el analogado principal del amor es el amor sexual, es porque en él es donde con más evidencia se manifiesta que la más perfecta realidad del amor es la que se cumple entre personas, y para nosotros entre personas corporales, que es lo que somos.

Hasta aquí las disquisiciones abstractas que hemos realizado con miras a justificar lo que ahora diremos. A partir de ellas se pueden inferir dos tipos de hechos.

Respecto de lo primero. No es difícil, partiendo de la analogía del amor, coincidir con el Dr. Peña y Lillo en que un hombre puede admirar y amar a otro hombre sin que por eso se trate de amor homosexual, como sospecha el psicoanálisis, porque el amor es un analogado, en cada caso algo real y concreto, particular, y no la especie de un género. Nunca el amor es lo mismo aunque siempre sea amor, del mismo modo que nunca los entes son los mismos aunque todos sean. Esta experiencia del amor de amistad se dio entre los griegos, y en realidad en todos los tiempos y lugares.

Empero, en su esencia, amar a un amigo/a, en su esencia, insistimos, no en la realidad empírica, nunca entró ni tiene por qué entrar en disputas ni conflictos con el amor a la mujer, la patria, el perro, etc., ni con el carácter del amor que es propio de cada uno de ellos, porque el amor es un analogado. Uno puede amar muchas cosas y personas, y quizá a todas ellas, sin disputas, equívocos ni confusiones. Sin embargo, existen los celos<sup>17</sup>, que surgen donde se sospecha, o se sabe, que el amor depositado en un ser personal, real y concreto significa dejar de amar real, concreta y con el amor debido, a este otro.

Los celos sólo son posibles si el amor es un analogado y no si es un género; ergo, como los celos existen y son reales el amor es un analogado. En efecto, quienes aman a las mujeres, por ejemplo, así en general, no muestran celos, son liberales como se dice, pero jamás las aman a cada una de ellas sino en tanto caigan bajo un determinado tipo o sean útiles para ciertos fines, es decir, en tanto constituyan una cierta especie que comparte rasgos comunes y justamente porque tienen esos rasgos, pero no en cuanto personas, porque la persona no es una especie, no es una intención lógica eterna e invariable sino el nombre de un ser concreto, actual, real, diverso y sujeto al cambio. Por ejemplo, envejece y se arruga, ronca en las noches, pierde la dentadura y la memoria, etc. La promiscuidad es el amor a una especie o subespecie, y por lo tanto no es propiamente amor; es lógica e idealista, ecuánime y universal. El amor, en cambio, es personal, por eso es celoso. Quizá es posible amar al prójimo qua prójimo, pero con un amor

<sup>16</sup> Melendo, T. *Dignidad humana y bioética*. EUNSA. Barañáin, España: 1999.

<sup>17</sup> Ignoro si se podría considerar como ontológica la relación amor-celos, pero de lo que no cabe duda es que, modernamente, a los celos se los considera patología o mezquindad. En el judaísmo, en cambio, son un atributo divino: Dios, el que primero y el que más ama es también el más celoso. Esto no obsta, claro está, para que efectivamente haya celos injustificados, patológicos y mezquinos, del mismo modo que hay amores "enfermizos".

de benevolencia, que en cierto sentido es impersonal. Podemos ser benevolentes con aquellos que no conocemos, incluso debemos serlo, pero no podemos amar sexualmente a una desconocida.

La analogía del amor permite amar de distinto modo a muchos seres personales, porque en cada caso diciendo amor decimos algo distinto. El amor de amistad es distinto del amor sexual y del de benevolencia, y entre ellos no debe haber disputas. Pero si el amor, como el ser y la vida, es una realidad análoga, son posibles los celos, como dijimos más atrás. Hay un ejemplo clarísimo de este asunto en Grecia, que no se habría planteado si el amor de los efebos se hubiera tratado del amor al amigo y no del amor homosexual, entendido como amor sexual entre personas del mismo sexo.

Plutarco, autor del siglo I d.C., heredero de una larga tradición filosófica previa, en su texto *Sobre el amor*<sup>18</sup> deja claro que el amor homosexual era en Grecia una realidad defendida sin pudor ni rubor, opuesto y celoso del amor heterosexual y no complementario del mismo. La obra consiste en un diálogo donde se disputa si es mejor para los efebos amar a una mujer o a un hombre. El amor del que se habla, por lo tanto, es excluyente. No se afirma que el amor del hombre por el hombre puede coexistir con el de la mujer, es decir, que se podría amar a los amigos sin connotaciones sexuales de modo que al mismo tiempo se pueda amar a una mujer con ellas. Para una de las posturas defendidas el amor verdadero es el homosexual, y el otro no es amor sino un recurso para la reproducción. Un hombre puede casarse, y debe hacerlo, pero no para amar a su mujer sino para reproducirse con ella; en cambio, sólo puede amar sexualmente a otro hombre. Traemos a colación este diálogo porque el autor se inclina, finalmente, porque no sólo es posible sino que es superior el amor que un hombre siente por una mujer y no por otro hombre. A la postre, el efebo decide casar con una mujer, pero porque la ama realmente. Y aunque en el diálogo el amor homosexual es preferido al heterosexual, en él queda claro que en la sociedad de la época el amor por los efebos no era amistad, idealización, modelaje, etc., sino amor homosexual, y por ende celoso del heterosexual.

Acerca del carácter físico del amor homosexual en Grecia, pero también de sus límites en el ámbito filosófico, nada lo ilustra mejor que el relato de Alcibiades en el Simposio (Banquete)<sup>19</sup>. Alcibiades, que tenía fama de

ser el más hermoso de los griegos, y por ende el más deseado, irrumpe entre los comensales ya casi al final, en franco estado de intoxicación etílica, y se instala al lado de Sócrates, quien lo trata más bien con indiferencia. La mirada de Alcibiades le busca pero no es correspondida; finalmente, y en vista de lo que parece un desdén, Alcibiades comienza su impertinente discurso de beodo, y quizá porque los niños y los borrachos dicen siempre la verdad, Sócrates se ve obligado a solicitar la ayuda del dueño de casa.

SÓCRATES: Imploro tu socorro, Agatón, el amor de este hombre no es para mí un pequeño embarazo. Desde la época en que comencé a amarle yo no puedo mirar ni conversar con ningún joven sin que, picado y celoso, se entregue a excesos increíbles, llenándome de injurias. Y gracias que se abstiene de pasar a vías de hecho.

Este párrafo, con su aparente claridad y falta de ambigüedad contiene alusiones muy ricas y complejas, y es digno de un análisis minucioso que supone la lectura de todo el diálogo. Pero aquí sólo queremos estudiar lo que tiene relación con este trabajo, y desde esta perspectiva hay cuatro preguntas que a partir de la cita nos interesa plantear. En primer lugar, qué entendía Sócrates por amor a Alcibiades y a los jóvenes. En segundo lugar, en qué efectiva relación estuvo con Alcibiades. En tercer lugar, a qué aspiraba y qué obtuvo Alcibiades de su relación con Sócrates. En cuarto lugar, qué se puede inferir, a partir de lo dicho, de las condiciones sociológicas imperantes en Grecia en torno a este asunto.

Empecemos respondiendo la tercera de las preguntas, porque es el mismo Alcibiades quien la contesta, y con ello, indirectamente, nos abre a la respuesta a las otras tres.

ALCIBÍADES: (...) Después de este dialogo creí que el tiro que yo le había dirigido había dado en el blanco. Sin darle tiempo para añadir una palabra, me levanté, envuelto en esta capa que me veis, porque era en invierno, me ingerí debajo del gastado capote de este hombre, y abrazado a tan divino y maravilloso personaje pasé junto a él la noche entera. ¡Y bien! Después de tales tentativas permaneció insensible, y no ha tenido más que desprecios por mi hermosura, y eso que yo la suponía de algún mérito, amigos míos. Sí, sed jueces de la insolencia de Sócrates: pongo por testigo a los dioses y a las diosas; salí de su lado tal como hubiera salido del lecho de mi padre o de mi hermano mayor.

<sup>18</sup> Plutarco. *Sobre el amor*. Espasa-Calpe. Barcelona, España: 1990.

<sup>19</sup> Platón. *Diálogos*. Porrúa. México D.F., México: 1987.

El texto es elocuente y habla por sí mismo. Aclara suficientemente que cuando en la cita anterior Sócrates hablaba del amor a los jóvenes se refería a lo que el mismo Alcibíades dice en otra parte de su exposición: al deseo e intención de guiar e instruir sus almas para alcanzar el bien, y no de relaciones físicas con ellos, es decir, al amor del amigo. En las demandas de Alcibíades queda en evidencia su constante incapacidad de entender a Sócrates y el sentido de su misión y su tarea, y su permanente aunque inútil asedio por llevarlo a un terreno al que simplemente no quería ir.

De estas dos citas del Simposio se puede colegir que tiene toda la razón el Dr. Peña y Lillo cuando no admite la relación filosofía-homosexualidad en Grecia, que ignora quién pudo haber establecido, porque al menos entre los grandes filósofos el filosofar no está relacionado con el homosexualismo, aunque tampoco con el heterosexualismo sino con el autodominio y el ascetismo, fundamentos del señorío y la libertad, y al que son llamados por igual tanto homo como hetero sexuales. La plenitud del filosofar, en Platón, por ejemplo, en Plotino y en muchos otros, se obtiene con la explícita renuncia del amor físico, aunque el amor físico al que parece haber renunciado Platón era de carácter homosexual, según se desprende de éste y otros de sus Diálogos. Muchos filósofos fueron solteros, no obstante Sócrates, Aristóteles, Séneca, Epicuro, etc., se casaron, tuvieron hijos y todo parece indicar que fueron sobrios y monógamos, aunque Aristóteles se casara una segunda vez luego de enviudar. Aristipo, en cambio, con su teoría hedonista de la felicidad se ubica al margen de la dominante orientación ascética de la filosofía griega. Pero a partir de éste y otros textos no pueden caber dudas que el amor homosexual era en Grecia no una mera posibilidad sino una experiencia extendida.

## **MATRIMONIO HOMOSEXUAL. LEY Y DIFERENCIA**

Hasta aquí hemos sostenido que la homosexualidad es un fenómeno natural; que no hay argumentos claros ni terminantes para considerarla enfermedad (y los que se aducen hacen entrar en la definición más de lo que se pretende definir); que sea o no enfermedad con ello no queda todo dicho respecto del eventual matrimonio entre homosexuales, porque el hombre es también un ser espiritual que actúa sobre sí mismo y se determina en función de su libertad, y no es el médico el llamado a indicarle cuáles son sus límites; estimamos, así mismo, que la Ley Natural, de existir, no es conocida, de modo que a partir de ella no caben pruebas inequívocas para pronunciarse en un sentido o en otro.

Sin embargo, en el punto anterior comprobamos que el amor sexual entre personas del mismo sexo es posible, no hay en ello ninguna repugnancia lógica, y además es real, efectivamente ocurre, y ese reconocimiento ¿no provee acaso de la razón suficiente y necesaria que justificaría el matrimonio homosexual? La pregunta es de suyo novedosa y propia de nuestra época, porque en Grecia, donde había un amplio ejercicio y libertad para la homosexualidad, nadie, que sepamos, la propuso. Los mismos homosexuales, como lo discutimos más atrás, consideraban un deber casarse, pero con una mujer y para tener hijos con ella, aunque propiamente no la amarán. Por lo demás, lo mismo pasa entre heterosexuales: el amor mutuo no es condición suficiente para que se casen, y con frecuencia ni siquiera es condición necesaria.

Esta serie de observaciones previas se podría resumir afirmando que ni la naturaleza, ni la divinidad, ni siquiera los más profundos sentimientos humanos, proveen de una respuesta explícita a este asunto, y que al fin de cuentas, como en todos los casos importantes, el hombre tiene que apañarse consigo mismo y encontrar por sí mismo las razones en virtud de las cuales conducirse en el mundo de un modo o de otro. Ya dijimos, al comienzo de este trabajo, que a nuestro juicio este problema radicaba en consideraciones políticas, jurídicas y éticas, y el largo trayecto recorrido hasta aquí nos ha conducido, efectivamente, a esa conclusión.

Ahora bien, el matrimonio, homosexual o no, y la ley, no son realidades médicas sino comunes a todos los que viven en una determinada sociedad, y un médico no tiene mayor competencia en estos temas aunque deba tener la promedia que tiene cualquier otro, en tanto son asuntos que también lo afectan. Si interviene, lo hace en el mismo rol de cualquier otro, y lo que diga no inclina la balanza en ningún sentido, es sólo un elemento más que deberá ser pesado si tiene algún peso. El matrimonio homosexual, como el horario laboral, por ejemplo, en tanto es un asunto político, jurídico y ético interesa a todos los que viven en una determinada sociedad, y no es propiedad exclusiva ni de los homosexuales ni de los heterosexuales ni de nadie en particular. No hay aquí elegidos ni marginados, cualquiera puede opinar si conserva las formas. Lo que no quiere decir que siempre se tenga la razón; no obstante, con el diálogo y el debate sin duda que se pueden alcanzar acuerdos y pactos, como en cualquier otro asunto político y legal. En todo caso, los prepotentes que quieren imponer su verdad; los victimistas que no aceptan ninguna discrepancia ni matiz, o los que buscan una ventaja electoral, son los peor preparados para este tipo de diálogo, y realmente pueden resultar una carga muy pesada y confusa.

Pero al introducirse en este terreno se debe tener en consideración un segundo asunto, relativo a la distancia con que debe ser tratado. Todos, o casi todos, tenemos amigos o parientes que son homosexuales. Así mismo, muchas veces, de una persona que estimamos y respetamos, nos enteramos, cuando decide “salir del armario”, que era homosexual. Por eso, cuando hablamos de estos temas, querámoslo o no, los tenemos a la vista, no a la homosexualidad en abstracto sino a esos seres concretos que conocemos, de modo que es preciso cuidar que lo dicho no signifique para ellos una afrenta o un dolor<sup>20</sup>. Lo cierto es que después de escribir lo que pensamos hemos de saber que volveremos a encontrarlos, y debemos estar seguros que podemos presentarnos ante ellos sin dobleces y conservando la mutua estimación y respeto.

Quizá para orientarse en este vidrioso asunto resulte apropiado recordar lo que decía el que tal vez ha sido el más apasionado defensor de la amistad, Aristóteles: “soy amigo de mis amigos pero soy más amigo de la verdad”, lo que seguramente debe leerse como que allí donde no hay verdad tampoco hay amistad.

El matrimonio pertenece a lo que se conoce como vida del espíritu, no de la naturaleza. Los hombres pueden vivir sin casarse o en un régimen de total promiscuidad. De hecho, en nuestro tiempo, la institución matrimonial está en decadencia. Cada día la gente se casa menos, lo hace más tarde y se separa pronto. A muchos les basta con la convivencia, sin papeles ni contratos. Es que en la naturaleza el matrimonio parece no ser necesario, y desde luego no puede existir si no hay un Estado o un embrión del mismo. Otra cosa es pensar que es mejor que haya matrimonio, por ejemplo, o que la espontánea comunión de los sexos conduzca naturalmente a él, pero lo cierto es que el matrimonio como matrimonio se ha de fundamentar en consideraciones primariamente espirituales y no naturales.

La vida del espíritu apela a la libertad, a lo que los seres humanos hacen en función de ella y por ende a lo que pudieron no haber hecho o haber hecho de otro modo. Sin embargo, en tanto que es una praxis humana no natural, el espíritu, a diferencia de la naturaleza, puede ser comprendido. El espíritu, a la postre, es el sentido. En la naturaleza, por ejemplo, no hay justicia. Cada uno toma lo que puede y hasta donde puede. En el espíritu, en cambio, hay que dar a cada uno lo suyo, es decir, hay que ser justos. Los hombres pueden o no

ser justos, no están obligados a ello sino que ellos mismos deben obligarse, pero si deciden hacerlo, y deben decidirlo libremente, no entran en el reino de la arbitrariedad sino en el de la objetividad, aunque sea una objetividad distinta de la natural. Uno de estos reinos objetivos del espíritu es el Derecho, y una de las instituciones que crea y regula el Derecho es el matrimonio. El matrimonio no es sino un contrato; y el contrato matrimonial, como cualquier otro, no puede constituirse al margen de la idea general de contrato.

Un contrato exige que los contratantes sean libres, y por ende que conozcan y acepten libremente las reglas del contrato. Uno de compra y venta, por ejemplo, supone la enajenación de un bien y el paso de su propiedad de unas manos a otras, irreversiblemente, y con todos los derechos que la legislación determina. Un contrato de arrendamiento, en cambio, supone el traspaso del usufructo de un bien, pero no su propiedad, de modo que tanto el propietario como el arrendatario adquieren derechos limitados sobre el mismo. El propietario ya no puede disponer de él cuando quiera sino según las reglas del contrato, y el arrendatario, por su parte, no puede enajenarlo.

Ahora bien, se cae en la arbitrariedad jurídica cuando las condiciones de un contrato se modifican. Una persona que enajenó un bien no puede intentar recuperarlo pretendiendo que un contrato de compra venta es uno de alquiler, por ejemplo. La arbitrariedad jurídica conduce a la inseguridad jurídica, y secundariamente a la injusticia, porque al soslayarse la idea de que a cada uno le corresponde lo suyo, cuando uno ya no sabe qué es lo propio y qué lo ajeno, quedan abiertas las puertas para que cada uno tome lo que pueda y en tanto pueda.

El matrimonio está definido como un contrato entre un hombre y una mujer, como el de compraventa entre un comprador y un vendedor, y cualquier cambio en las premisas del contrato introduce la inseguridad jurídica y la injusticia. Por medio del contrato matrimonial, celebrado libremente, un hombre y una mujer se comprometen a cumplir determinadas cuestiones, y si es firmado de buena fe los celebrantes deben estar decididos a cumplirlas so riesgo de ser unos estafadores.

Pero el contrato matrimonial no pregunta ni nunca ha preguntado por las inclinaciones sexuales de los contratantes, ni tampoco las exige, del mismo modo que un contrato de compraventa no inquiriere si el comprador va a pintar la casa de verde o si va a derribarla. Por eso, a través de la historia, los homosexuales que han querido se han casado, porque el contrato matrimonial no ha discriminado nunca por esta causa. Los homosexuales desde siempre han podido unirse en

<sup>20</sup> También aquí se manifiesta esa gran dicotomía entre lo tipológico y lo biográfico en el estudio psicológico y psiquiátrico.



matrimonio, del mismo modo que desde siempre han podido comprar y vender, porque lo único que se ha exigido siempre en un contrato matrimonial es que se celebre entre un hombre y una mujer, en tanto carezcan de ciertas relaciones de parentesco, del mismo modo que el de compraventa supone un comprador y un vendedor.

Se dirá que la objetividad jurídica, en tanto que libremente configurada por los hombres, puede y debe ser modificada cuando a ellos les plazca, lo cual es cierto, pero siempre y cuando las modificaciones no conduzcan a la arbitrariedad jurídica. Este escollo habitualmente se elude creando nuevas formalidades. Así, por ejemplo, el leasing es una especie de arrendamiento-compra. Pero se llama leasing porque no es ni un puro arrendamiento ni una pura compra sino algo intermedio y mezclado. Así mismo, se puede y se debe dar forma a una institucionalidad propia que reconozca las uniones homosexuales, determinando los derechos y obligaciones que adquieren por su unión. Un legislador que no considera la naturaleza es un necio, pero si se subordina a ella no legisla nada y se hace innecesario. La homosexualidad, en tanto que producto natural, siempre ha existido y siempre va a existir; ni las más fieras persecuciones han podido desterrarla, y un legislador sensato debiera tomar nota de ello. Pero si las relaciones homosexuales no constituyen actos injustos, y de hecho no lo son toda vez que se trate de un acuerdo libre entre personas adultas, no hay razones para prohibirlas, o para negarles las formas jurídicas apropiadas, dotándolas de las herramientas legales en relación con la convivencia y el amor entre personas, y los bienes materiales que comparten. Pero cualesquiera sean los términos de su contrato, a nuestro entender, no debiera llamarse matrimonio, porque éste es uno celebrado entre un hombre y una mujer, condiciones puestas desde antiguo y muy bien establecidas.

Si fuera condición la libre decisión de los contratantes, no para establecer un contrato sino para definirlo, entonces no habría tampoco razones para impedir el matrimonio de un padre y su hija o de dos hermanos, dando al traste con la ley de prohibición del incesto con todas sus funestas consecuencias; incluso, también, se haría factible el matrimonio entre un hombre y un animal, contrato que abriría las puertas de la arbitrariedad, violaría todas las reglas de los contratos y haría absurda cualquier legislación o sistema jurídico. Las leyes, en tanto son un sistema deductivo, cuando son ad-hominem, y por ende asistemáticas, introducen en el sistema toda suerte de consecuencias inesperadas e inaceptables.

Un legislador con sentido común, a nuestro entender, debiera terminar con cualquier forma de discrimi-

nación o violencia en contra de los homosexuales, al tiempo que debiera conceder a las uniones formadas por dos personas del mismo sexo, adultas y libres, el derecho de hacer testamentos a favor de su pareja, heredar sus pensiones, etc. Sin embargo, esto no debiera ser un favor ni un reconocimiento que se les hace a los homosexuales qua homosexuales, ni tampoco ha de constituir una excepción. Creo que los mismos homosexuales tampoco lo aceptarían en esos términos. Simplemente se trata de un derecho, pero no un derecho ad-hominem sino para todos los que estén en la misma situación, es decir, para todos los que tengan bienes que puedan y quieran testar.

Lo que aquí está en el trasfondo es una de las posturas en el debate en torno a los herederos legítimos. Según el Código Romano y Napoleónico hay herederos naturales que tienen derechos inalienables sobre la herencia. Según la versión del derecho liberal, en cambio, no existen ni herederos legítimos ni naturales, el testador asigna sus bienes, en tanto son suyos, a favor de quien quiera. Por eso, ésta es una reivindicación que va más allá de los homosexuales, porque en tanto se trata de una objetividad jurídica afecta también a los heterosexuales, muchos de los cuales asienten con las normas del derecho liberal. Pero admitidas esas premisas, y por el carácter deductivo de las leyes, los hijos, por ejemplo, ya no podrán apelar más a sus derechos respecto de la herencia de sus padres, y deberán conformarse con lo que se les deje si se les deja. Las uniones legales homosexuales, si no queremos que se fundamenten ad-hominem, suponen un amplio cambio de la objetividad jurídica en la perspectiva liberal de modo de no caer en la injusticia o el privilegio.

Pero, a nuestro juicio, la inseguridad jurídica no sólo tiene que ver con los matrimonios homosexuales. La indisolubilidad ha sido otra condición esencial del contrato matrimonial, y debiera mantenerse. Ahora bien, uno tiene todo el derecho de creer que la vida de pareja no es indisoluble y a comportarse coherentemente con esa creencia. Pero entonces no debiera firmar un contrato de matrimonio o desfigurarlo para que le resulte aceptable, como tampoco se pueden hacer contratos de compra y venta a la medida de cada cual. En la situación presente, la idea de lo que el matrimonio es se ha hecho tan fluida, que al casarse no siempre coinciden los cónyuges en el concepto del mismo. El carácter y sentido del contrato matrimonial ya no está claramente definido. Por usar una metáfora: uno cree que se trata de una venta pero el otro de un arrendamiento. Por eso, también aquí, a nuestro juicio, debiera crearse otra figura jurídica, otro contrato, en definitiva, que no se llame matrimonio aunque estipule cosas muy

parecidas. La pluralidad es inevitable, pero debe reconocerse como pluralidad, es decir, como diferencia.

## EL PROBLEMA DE LOS HIJOS EN LAS PAREJAS HOMOSEXUALES

¿Es realmente una aberración aprobar la paternidad homosexual? Ésta, a nuestro juicio, no es una cuestión de derecho sino de facto, se trata de una realidad muy antigua. Los homosexuales se han casado desde siempre y siempre han tenido hijos, y nadie tiene noticia, que sepamos, que sean peores padres o madres que los heterosexuales. Pero el tema que en realidad se debate apunta a la posibilidad de engendrar o adoptar hijos en la pareja homosexual. Y en este caso, a nuestro entender, se constituyen dos tipos de problemas. Uno tiene que ver con la objetividad jurídica y el otro con la naturaleza experimental de esta situación.

Por lo pronto, las leyes de filiación tampoco han discriminado ni preguntado por la orientación sexual de los padres, por eso, los homosexuales, en todos los tiempos, han podido ser padres, con todos los derechos y obligaciones que reconoce la ley. Lo único que las leyes han presupuesto es que en la filiación haya un padre y una madre. Y esta precisión de la ley ha coincidido, en este caso, con lo que ocurre en la naturaleza, aunque no deban ni puedan ser meros argumentos naturales los que en los asuntos humanos deciden.

Ahora bien, como experiencia histórica y humana, la paternidad y maternidad entre homosexuales es una posibilidad absolutamente novedosa, y fomentada en parte por el desarrollo técnico (vientres de alquiler, inseminación artificial, compra y venta de óvulos y espermatozoides, clonación, etc.). Pero en tanto que novedad se trata de un experimento, del que nadie sabe bien dónde puede terminar. Es legítimo preguntarse, con el Dr. Peña y Lillo, qué ocurrirá con los hijos cuando sean conscientes de su peculiar realidad familiar, y si no quedarán innecesariamente expuestos "A la burla y el desprecio de los compañeros de colegio o de los que fueron previamente sus amigos"<sup>21</sup>. Pero, obviamente, si se pensara en el mal inevitable con que topamos en el mundo como consecuencia de la libertad humana, y que todos sufrimos por igual, nadie tendría hijos, tampoco los heterosexuales.

Queda en pie, sin embargo, que esta situación se trata de un experimento con la vida de terceros, porque uno con su propia vida puede hacer los experimentos que quiera, y a nuestro juicio no basta el puro volun-

tarismo para justificarlo. Antes de probar un fármaco se está obligado a demostrar que es inocuo, y a detener la investigación si se ha fallado en las previsiones; pero los parámetros para decidir en cada caso son bien conocidos por todos. En este otro experimento habría primero que crear unos parámetros, que desde luego aún no existen.

## HOMOSEXUALIDAD Y PARAFILIA

Cabe preguntarse, por último, si al sacar de los manuales de psiquiatría a la homosexualidad queda supuesta, también, la normalización del fetichismo, la pedofilia, el voyeurismo, el exhibicionismo, la zoofilia y la necrofilia. Entiendo estos conceptos en el sentido estrecho en que los definió la psiquiatría clásica y no en el amplio con que entendió algunos de ellos el psicoanálisis, y que, como dijimos más atrás, se dan naturalmente en la naturaleza y no tienen nada de antinaturales.

No debe olvidarse, en primer lugar, que éstos, incluida la homosexualidad, son conceptos primordialmente morales y jurídicos. Tradicionalmente han caído bajo el ítem de los atentados contra el pudor o similares. La psiquiatría no los creó por sí misma, los tomó de allí, sin embargo esta importación no se debió a que supiera por qué se produce ni la heterosexualidad, ni la homosexualidad ni ninguna de las otras inclinaciones nombradas. Por eso, la clasificación de las mismas, en la psiquiatría, es extrínseca, y en rigor no significa que estén en un mismo plano, que sean de la misma naturaleza ni que compartan una misma esencia. Su unidad, como dijimos, deriva de una perspectiva moral y jurídica, y no psiquiátrica, de modo que lo que va razonablemente junto en el Derecho no tiene por qué ir razonablemente junto también en la psiquiatría. Además, si desde un punto de vista moral y jurídico se ha convenido que es muy distinta una relación mutuamente consentida entre personas adultas, homo o heterosexuales, que violar la intimidad ajena, asaltar un cadáver, que también tiene dignidad y merece respeto, etc., ¿por qué los psiquiatras, como alumnos porfiados, debieran empeñarse en seguir considerándolo todo de la misma naturaleza si hasta sus propios maestros ya cambiaron de opinión?

En segundo lugar, el hombre no es propiamente hombre en tanto que naturaleza sino en cuanto espíritu y persona. No está para atender, respetar y seguir los supuestos mensajes de la naturaleza sino para determinarse a sí mismo, y esa determinación se hace según la vida del espíritu, con vistas a la justicia y en el contexto del Derecho y la libertad. Es evidente que en la nómina de las así llamadas parafilias, exceptuada la homosexualidad, no se puede dar a cada uno lo suyo sino apro-

<sup>21</sup> Artículo citado

piarse o invadir lo que es del otro. No son justas, por lo tanto, lo que desde siempre han reconocido los códigos legales. Con ellas, a nuestro juicio, no hay posibilidades de establecer una objetividad jurídica de ningún tipo, ni liberal, ni positivista ni naturalista. Por eso, se debe considerar un error meter en el mismo saco la homosexualidad y las así llamadas parafilias, y nada tiene en común su reivindicación con la de la homosexualidad aunque muchas veces se asocien.

Finalmente, otra cosa es que la psiquiatría pueda hacer algo para ayudar a modificar la situación de los que presentan parafilias, asunto del que cabe razonablemente dudar.

## LA REALIDAD ACTUAL DEL MATRIMONIO

Permítasenos concluir este artículo con algunas reflexiones sobre el tema que nos convoca: el matrimonio, reiterando la advertencia, eso sí, de que a nuestro juicio éste no es un asunto propiamente médico ni mucho menos higiénico.

En primer lugar, la reivindicación del matrimonio homosexual tiene un componente político, donde fuerzas materiales y espirituales reales y efectivamente operantes buscan su propia ventaja; y otro suprapolítico, como lo llamaba Jaspers, donde simplemente se dilucida lo justo y lo injusto. No hemos querido analizar el primero de sus ingredientes porque nos parece que primeramente se debe fijar el segundo, y eso es lo que hemos intentado hacer en este escrito. Sólo ahora cabría discutir su sentido político, donde hay mucho paño que cortar, pero no podemos desarrollarlo porque nos obligaría a prolongar aún más este ya demasiado extenso artículo.

En segundo lugar, de lo que no parece quedar dudas es que el matrimonio hoy está en crisis, y que de ello, aunque muchos lo pretendan, no se puede culpar a la homosexualidad ni a la inmoralidad ni a la estupidez ambiental, etc. A fin de cuentas, es probable que siempre haya estado en crisis, porque tiene también otra dimensión, más profunda que la puramente legal que vimos más atrás. Es que en la vida humana hay un elemento suprarracional o irracional, que sin dudas es el más valioso y el que decide del modo más perfecto el sentido de la libertad. No podemos vivir sin o contra la razón y la ley, pero tampoco podemos vivir sólo con ellas. Quien observó con claridad el colapso del matrimonio, como el de tantas otras cosas, fue Sören Kierkegaard<sup>22</sup>. Hoy quizá no vivimos más que la generalización

de una situación que ya fue evidente para ese autor a mediados del siglo XIX.

Para Kierkegaard el matrimonio es y no puede sino ser un ejercicio y una experiencia estética, hasta el punto que sin ella no es realmente matrimonio. Los autores románticos y medievales, a su juicio, han visto bien este ingrediente, pero no propiamente en el matrimonio sino en sus prolegómenos. Es ciertamente bello asistir al espectáculo de los amantes que luchan denodadamente por manifestar su amor, que se exponen a todos los obstáculos y desafían todos los peligros del mundo, de la sociedad y hasta de su propia familia para estar juntos por siempre. Hay en ellos una misteriosa aspiración de eternidad e infinitud que no parecen de este mundo. Es que el amor es un lujo y un exceso, como dijimos más atrás, que carece de sentido biológico. Por eso, para los amantes no hay cálculos, leyes, reglas, ni convenciones, nada de lo que es propio y característico de este mundo, nada de lo que lo mueve ineludiblemente en sus determinaciones más prácticas y hondas. En cambio, entre ellos hay libertad, verdad y fidelidad, y es la sola embriaguez de su encuentro lo que parece justificarlo todo, como si allí hubiera un valor absoluto.

El enamoramiento es sin duda un hecho extraordinario al tiempo que biológicamente superfluo, y tanto es así que muchos no ven en él más que un engaño. Para Stendhal<sup>23</sup>, se trata de una idealización o cristalización, por lo tanto carece de verdadera entidad, y uno se cura rápidamente de esta fantasía mórbida en el trato con el otro y en el amargo retorno a la cruda realidad. Pero entonces, se pregunta Ortega<sup>24</sup>, si todo ocurre en el amante y nada tiene que ver con el objeto amado, ¿por qué nos enamoramos justamente de ésta y no de esta otra, o por qué no nos enamoramos de todas? El amor, a su juicio, es clarividente, me enamoro porque veo la realidad del otro de un modo que los otros no ven. Afirmo al otro en su propio ser, no a mí mismo, porque el otro es un don y un regalo para mí, y por ende raptó, éxtasis y transporte. Amar, decía Borges, es ver al otro como Dios lo ve.

La postura del Stendhal, sin embargo, es la que prevalece actualmente, no en los círculos intelectuales, como al principio, sino entre todos en general. Hoy, en efecto, el amor heterosexual carece de todo aditamento romántico, y sólo mencionar su posibilidad provoca risa y conmiseración. La defensa del divorcio, la frecuente disputa por los gananciales, etc., muestra claramente

<sup>22</sup> Kierkegaard, S. *Dos diálogos sobre el primer amor y el matrimonio*. Guadarrama. Madrid, España: 1955.

<sup>23</sup> Stendhal. *Del amor*. Edaf. Madrid, España, 1998.

<sup>24</sup> Ortega y Gasset, J. *Sobre el amor*. Plenitud. Madrid, España: 1963.

que los contrayentes son realistas, nunca van convencidos respecto del otro y toman todas las precauciones para salir bien parados ante el fracaso que anticipan. Y esto no tiene nada de romántico.

Sin embargo, no sólo se trata del matrimonio, hoy hasta sus preámbulos son fríos, cínicos y hasta ruines. Júzguese, si no, el siguiente estribillo de una canción de moda, y como ésta se podrían citar cientos:

*No esperes nada de mí,  
no esperes nada de mí,  
apretados,  
microdancing...*

El matrimonio y las relaciones de pareja no son ya ninguna experiencia estética sino física, gimnástica, higiénica y rutinaria. El matrimonio no resulta deseable porque no tiene los ingredientes de una aventura conmovedora y excitante, llena de riesgos que ponen en juego todas las fibras, la audacia, el ingenio, el arte, el talento, la gracia y la generosidad de los involucrados. Es algo que se hace juicioso y calculadamente, y que por lo mismo no despierta más interés que una juiciosa y calculada operación de compra y venta. Y nada contribuye más a esta situación, a nuestro entender, que los modernos programas de educación sexual, como las JOCAS, que enseñan la mecánica del sexo, la que en el 99,99% de los casos no necesita de instrucción (la humanidad se ha pasado siglos sin ella y ha prosperado lo más bien), pero no las ambigüedades, complejidades, dificultades y el sentido del amor y de las relaciones entre personas. Los programas de educación sexual son profundamente stendhalianos, aunque quizá sea mucho decir.

De ahí que resulte tan notable que los homosexuales reivindiquen el matrimonio justamente hoy, cuando nunca antes lo habían hecho y cuando ya casi nadie lo hace. A pesar de que se les acusa de inmoralidad nos parece que entre ellos el amor tiene al menos los preludios románticos que ya no tiene el heterosexual. Son ellos

los que hoy día enfrentan al mundo y sus convenciones, los que se paran libres y con seguridad en pos de sus anhelos, los que no temen el ridículo, abrigan absurdas esperanzas y corren ilimitados riesgos por ellas.

Pero las historias románticas, dice Kierkegaard, tienen un grave problema: terminan justo cuando empieza todo. Porque lo cierto es que cuando se echa el telón y los simpáticos amantes consuman su amor, una vez satisfechos sus deseos les acomete el tedio, y si ahora permanecen juntos es por obligación, automatismo, fatiga y falta de imaginación. Y ésta, para Kierkegaard, era ya en su época lo que algunos siguen llamando la íntima dignidad del amor normal de pareja y del genuino vínculo matrimonial. Kierkegaard parece haber visto lo que muchos todavía no saben ver.

Ahora bien, para que el matrimonio sea una experiencia estética, sin la cual simplemente no es matrimonio, a juicio de Kierkegaard no sólo debe ser una experiencia estética sino también ética, intelectual y hasta religiosa. Y esto es lo que parece haberse olvidado o desechado en nuestra época, tanto por homo como por heterosexuales, que sólo parecen tener ojos para la fisiología o la naturaleza, ojos impersonales que no requieren ni de sutileza ni de inteligencia ni de pasión. Platón llamaba al amor manía (entusiasmo) y delirio divinos, ya que por su intermedio experimentamos la genuina e inalcanzable vida de los dioses. Sin embargo, hemos despreciado el tutelaje de Platón y entregamos una generación en manos de sexólogos y taimados profesores de sexualidad que, como los antiguos colonizadores, cambian cuentecillas, vidrios, abalorios y chucherías de ínfimo valor por tesoros reales. A cambio de nada han cegado la sorpresa, el asombro y la conmoción que siempre y en todas partes despertó celebrar los misterios del amor, y pretenden habernos hecho dueños de lo que en realidad nos domina o descifrado lo que es gracia irracional o superracional, aunque sea la fuente de toda comprensión. Aquellos polvos trajeron estos lodos, como dice un antiguo refrán español, y así nos va.

## PSICOTERAPIA DINÁMICA DE TIEMPO LIMITADO: ENTREVISTA A HANNA LEVENSON<sup>1</sup>

(Rev GPU 2009; 5; 1: 61-70)

Randall C. Wyatt<sup>2</sup> y Victor Yalom<sup>3</sup>



HANNA LEVENSON

**Hanna Levenson, PhD, se ha especializado en el área de la psicoterapia breve como terapeuta, profesora e investigadora y ha trabajado en esta área por 25 años. Dirige el Programa de Psicoterapia Breve en el California Pacific Medical Center y es profesora en el Wright Institute. Ha publicado más de 70 trabajos y dos libros: *Time-Limited Dynamic Therapy: A Guide to Clinical Practice* y *The Concise Guide to Brief Dynamic Psychotherapy*. Levenson también realizó un video en el website *Time Limited Dynamic Therapy*.**

---

<sup>1</sup> Esta entrevista fue realizada por Randall C. Wyatt y Victor Yalom para el sitio [www.psychotherapy.net](http://www.psychotherapy.net). La publicación en GPU fue autorizada por los entrevistadores y la traducción desde el inglés realizada por María Eugenia Legües y César Ojeda.

<sup>2</sup> Editor en jefe del sitio [www.psychotherapy.net](http://www.psychotherapy.net) y psicólogo clínico en Oakland and Dublin, California. Se especializa en el trabajo con el estrés post traumático, las relaciones terapéuticas transculturales y terapia de parejas. Tiene amplia experiencia en la enseñanza.

<sup>3</sup> Psicólogo, terapeuta de grupos y parejas, fundador y presidente del sitio [www.psychotherapy.net](http://www.psychotherapy.net)

**R**andall Wyatt (RW): *Vamos directamente al tema por el cual usted es más conocida, la Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado (PDTL) cuya sigla en inglés es TLDP (Time Limited Dynamic Psychotherapy)<sup>4</sup>. Habitualmente las personas, al pensar en una psicoterapia psicodinámica, piensan en un proceso de larga duración, como el psicoanálisis, o al menos que el terapeuta desea que así lo sea. Parece entonces que se trata de un error, un estereotipo o algo similar.*

Hanna Levenson (HL): Efectivamente, las personas a veces tienen dificultades para poner estas dos cosas juntas, aunque Freud hizo muchas psicoterapias breves cuando se iniciaba, y muchas fueron muy efectivas. El largo de sus terapias creció en la medida en que sus parámetros teóricos eran cada vez más complejos. Por lo tanto, no necesita ser un oxímoron<sup>5</sup>.

**RW:** *Correcto. ¿Cuándo descubrió usted que la PDTL no era un oxímoron?*

**HL:** Mi entrada original en este tema es algo indirecta. En el principio fui entrenada como psicóloga experimental con énfasis en la psicología social y en la teoría de la personalidad. De ahí en adelante, en la medida en que mis responsabilidades e intereses se hicieron cada vez más clínicos, yo —como se dice— me “recauché” en psicología clínica. Por lo mismo, no vengo desde la terapia analítica de largo plazo. Yo solía trabajar con grupos y personas de una manera más pragmática, más desde una perspectiva de investigación que desde un punto de vista académico. Sin embargo el campo completo de la psicodinamia me fascinaba, con sus énfasis en lo inconsciente, en el conflicto y en la transferencia y contratransferencia. De esta manera me pareció natural tomar todos aquellos conceptos y adaptarlos a mi comprensión de los contextos sociales. Además mi propio estilo —pienso— es más práctico, impaciente; un estilo “vamos a eso”, que me condujo a la parte “breve”.

**RW:** *¿Impaciente? ¿Qué quiere decir con “impaciente”?*

**HL:** Puedo tomarlo desde los dos lados porque a menudo tengo retroalimentación en el sentido de que soy muy pero muy paciente en el trabajo clínico o cuando estoy enseñando. Pero soy impaciente en el sentido de que busco conseguir que cada sesión cuente. ¿Cómo puedo conseguir el mayor rendimiento al estar enseñando o trabajando en clínica? ¿Cómo puedo ayudar a

que alguien pase del estado A al estado B de la manera más eficiente y a la vez respetuosa? Es decir, me gusta ver resultados, pero al mismo tiempo estoy fascinada con el proceso y, por lo mismo, cuando busco resultados eso no necesariamente significa estar focalizada en el punto final. En esas micro-interacciones, ¿puedo ver que el trabajo se ha profundizado? ¿Puedo ver que el trabajo está avanzando?

**RW:** *Bueno, la palabra “impaciencia” no es usada habitualmente en la jerga terapéutica, aunque no tengo nada contra ella, en el sentido de que a veces la paciencia tiene más bien límites. Pero me imagino que usted está usando la expresión “impaciencia” en el buen sentido.*

**HL:** De todas maneras. Quiero decir que las personas vienen con un sufrimiento; esa es la principal razón por la que la gente viene a terapia. Están sufriendo, están en un estado doloroso. ¿Cómo podemos ayudarlos lo más rápidamente posible? Con respeto, no solamente por los síntomas sino por el cuadro total.

**RW:** *¿Qué es el “cuadro total” para usted?*

**HL:** Para mí el cuadro total incluye el contexto en el cual la persona vive, el medio social, cuál es su pasado, cuáles son los estresores con los que están luchando. Todo eso...

**RW:** *Usted se focaliza mucho en los patrones interpersonales e interaccionales...*

**HL:** Efectivamente. Me pregunto qué hay en ese cuadro que impulsa a que una persona venga con síntomas de depresión, ansiedad o sensación de vacío.

## UN PUNTO DE VISTA INTEGRACIONISTA

Victor Yalom (VY): *Parece entonces que usted trata de hacer cosas intentando cubrir las dos bases: por un lado trabajando con el alivio de los síntomas con un gran énfasis en la terapia conductual cognitiva pero, también, intentando cambios en la estructura de la personalidad.*

**HL:** Así es. Pero debería agregar que originalmente yo estaba muy enamorada de las técnicas cognitivo-conductuales tanto como de las teorías sistémicas, a las que llegué en concordancia con mis intereses en la psicología social. Yo no veo ambas cosas como diferentes. Para decirle la verdad, me intriga el que muchos de mis colegas se identifiquen con una orientación de manera estricta. Así, hay cognitivo-conductuales y hay psicoanalistas, humanistas y quienes están interesados en una visión sistémica. Desde mi punto de vista, todas son orientaciones valiosas que fluyen como conjunto; son modos de mirar a las personas

<sup>4</sup> Usaremos la sigla en castellano PDTL.

<sup>5</sup> La palabra se usa en el sentido de “contradicción”, como “instante eterno”.

y de tratar de ayudarlas. De modo que me parece natural buscar un esquema teórico. Tiene mucho sentido cuando usted está hablando del estilo profundamente disfuncional de alguien. Es sensato atender a los conflictos y a los procesos inconscientes. También tiene sentido mirar el sistema que podría mantener esa manera disfuncional de ser. Por lo tanto es natural tomar todo eso como conjunto en un punto de vista integracionista.

**RW:** *Ciertamente sé lo que quiere decir, que mucha gente se identifica con su propia iglesia, sea ésta psicoanalítica, cognitivo-conductual o existencial. Bueno, cada uno tiene un favorito, pero ¿le parece a usted que ellos no están abiertos a otras teorías, que sólo están abiertos a una?*

**HL:** Tengo una colega que se identifica fuertemente como cognitivo-conductual, pero yo la molesto diciéndole que ella es una terapeuta psicodinámica disfrazada de terapeuta cognitiva. Pero déjeme volver un poco atrás. Si usted abre la puerta de la consulta de un terapeuta experimentado y lo escucha, es a menudo muy difícil discernir su orientación. Creo que eso se debe a que todos llegamos a ser más bien flexibles y pragmáticos y sintonizamos con lo que el paciente necesita a medida que se adquiere experiencia. Parece ser el que recién empieza el que se liga más rígidamente a una orientación teórica y se desarrolla apropiadamente en ella. No me comprenda mal, creo que es una manera importante de aprender el realmente empaparse en una orientación, y luego empujar los límites de esa orientación.

## LA ESENCIA DE LA PSICOTERAPIA DINÁMICA DE TIEMPO LIMITADO

**VY:** *Antes de comparar su aproximación con otras podría señalar nos cuál es la esencia de la Psicoterapia dinámica de tiempo limitado.*

**HL:** De la manera en que yo la practico la veo básicamente psicodinámica en su orientación, lo cual significa que mira temas como los de la transferencia, contra-transferencia y conflicto, procesos que están fuera de la conciencia, pero que está combinada con aspectos de las orientaciones cognitiva y sistémica. Yo no veo a las personas fijadas en una etapa intrapsíquica inmodificable. Ellos pueden desarrollar un estilo, un modo de ser, tempranamente en la vida, pero eso está siempre abierto al cambio dependiendo de otras personas, otros ambientes sociales y otros traumas con los que hayan estado en contacto. Pero también con otros ambientes sanadores, y en nuestro caso con la psicoterapia. También estoy muy interesada en los componentes

afectivos de la manera en que las personas organizan el conjunto de su mundo. Pero, mucho más aún, estoy interesada en la teoría del apego. Todo eso tiene sentido, pues, para mí, forman parte de un mismo tronco.

**RW:** *¿Qué aspectos toma de la teoría del apego?*

**HL:** Tomo de la teoría del apego el que lo que básicamente moviliza la conducta humana no son los impulsos sexual y agresivo, ni tampoco el modo en el que se construye la realidad de acuerdo a una visión más cognitiva. Lo que moviliza la conducta humana es más bien la necesidad de apego hacia otros seres humanos, la necesidad de ser aceptado, la necesidad de sentirlos cerca y, especialmente, la necesidad de sentirse seguro. Esto es congénito, y todos lo buscamos. Justamente, son esas cosas las que podrían ser aterradoras en el proceso.

**RW:** *¿Cómo juega esta necesidad de relacionarse en la psicoterapia?*

**HL:** Bueno, la persona entra a terapia y tiene una manera de interactuar conmigo y, también, me cuenta acerca de las formas en las que se ha relacionado con los otros. Yo intento formular, desde esas dos fuentes de información, las dificultades con el apego en el pasado y qué tipo de operaciones de seguridad podría necesitar desarrollar la persona con la finalidad de permanecer tan conectado como sea posible, y qué podría ser cognitiva y experiencialmente necesario para ayudarlo a cambiar su patrón de vida tal vez disfuncional.

**RW:** *¿Nos podría dar un ejemplo de eso?*

**HL:** Digamos que hay un niño que fue criado por padres autoritarios, dogmáticos, castigadores y toscos. De este modo él desarrolla un estilo, un modo de ser que es sumiso, montado en la angustia, inhibido. Esto tiene sentido dados los tira y afloja de sus padres. Podría ser la única forma en la que él puede sentirse a salvo en su familia, dado que desde muy pequeño es totalmente dependiente de ellos. Él necesita llegar a cierto tipo de transacción de sus verdaderos sentimientos, de modo que, mientras más enojo, más reprimidos sus sentimientos asertivos. Este es el modo en el que este niño vive su infancia. Entonces, ahora como adulto, al tener muy sólidamente establecido ese patrón, continúa manifestando su angustia y sumisión como forma de presentarse ante los demás y, quizás de manera inconsciente, busca personas que son más castigadoras, arbitrarias y superiores. No se trata de una conducta masoquista sino de lo que le permite estar "cómodo". Esto es lo que él sabe. Luego entra a la consulta, de nuevo siendo apocado, servil y angustiado...

**VY:** *Entonces, ¿qué hace usted al respecto y cómo usa la relación terapéutica? ¿Cómo enfrenta estas situaciones?*

**HL:** En las sesiones, yo, la terapeuta, puedo encontrarme teniendo un rol más de experta que lo usual: más reaseguradora, dando más consejos. Ya entonces estoy adoptando lo que podría ser el complemento del estilo del paciente. De este modo no sólo observo su estilo y modo de ser sino que también estoy muy consciente de mis reacciones hacia él, a lo que llamo “contra-transferencia interactiva”. Dándome cuenta de la manera en que su conducta afecta mi propia contratransferencia interactiva, puedo pensar en lo que sería necesario cambiar en el “aquí y ahora”, en la sala de terapia, para que en este caso el paciente tuviera una nueva experiencia de sí mismo que pudiese, quizás, darle la posibilidad de ser más asertivo o expresar mejor su rabia. Ciertamente, dándome también la posibilidad a mí misma de no tener todas las respuestas, de no pensar mal de él ni avergonzarlo.

**VY:** *¿Cómo es posible hacer esto con un paciente?*

**HL:** Bueno, lo dicho es un aspecto: mantenerme alerta de mí misma. Pero, en segundo lugar, yo deseo que el paciente tenga algún *insight* de lo que está ocurriendo. Deseo que él tenga una especie de comprensión cognitiva.

**VY:** *¿Desde la experiencia y desde el insight o comprensión?*

**HL:** Exactamente, de ambas. Esto hace que mi aproximación sea diferente que a la aproximación psicodinámica más orientada al *insight*. Usted sabe, la creencia de que el *insight* te hará libre. Desgraciadamente ahora sabemos que el *insight* no nos hace libres. Pienso que ayuda mucho y que es muy interesante, pero no significa que nosotros estaremos menos depresivos o menos ansiosos. Por eso yo quiero seguir una ruta experimental, porque nada triunfa tanto como el tener una nueva experiencia de algo. Éstos son los dos lados de la misma moneda. Sería muy duro el tener una verdadera nueva experiencia sin alguna comprensión, y muy duro tener un verdadero *insight* sin tener el componente afectivo.

**VY:** *Yo suelo citar a Fried Fromm-Reichman. “Los pacientes necesitan una experiencia y no una explicación...”*

**HL:** Correcto, de acuerdo, exactamente. Me siento muy afín con esa cita. También coincido con la cita de Hans Strupp: “La oferta de interpretaciones excede con mucho la demanda”. Hablando de Hans Strupp, es muy triste que él haya fallecido hace una semana. Fue un verdadero pionero en nuestro campo; un eminente investigador y teórico, pero también una persona ad-

mirable, un ser humano muy íntegro. Él ha tenido un fuerte impacto en mi trabajo, por lo que me he sentido muy triste con su muerte.

**RW:** *¿Usted estudió con Strupp?*

**HL:** No. Yo no estudié con él. A mediados de la década de 1980 él estaba haciendo su estudio para el NIMH y leí el manuscrito de su libro, el que fue publicado en 1984, “*Psychotherapy in a New Key*”<sup>6</sup>. Magnífico libro. Yo tuve el atrevimiento de invitarle a mí misma a Nashville y decirle: “Pienso que estoy haciendo algo similar a lo que usted hace, ¿puedo venir a echar un vistazo? En ese momento nadie había hecho eso, por lo que estaban un poco intrigados y muy abiertos. Fui y tuve la oportunidad de asistir a todos los grupos de entrenamiento que se estaban llevando a cabo, lo que fue el inicio de una maravillosa relación intelectual. Al final terminamos publicando algunos trabajos y capítulos de libro juntos. Mantuvimos esa relación por veinte años.

**RW:** *¿Ve usted su trabajo como similar al de Strupp y sus colegas, o lo ve como diferente?*

**HL:** Es similar en el sentido de que yo realizo una adaptación de sus puntos de vista, mirando lo que dice la historia interpersonal del paciente y la manera en que actúa en el mundo. En lo que difiero es en lo que mencioné antes. Teniendo una buena relación, una buena alianza terapéutica, ellos se dirigen entonces al *insight* y a la comprensión. Yo sostengo que una buena relación es crítica en cualquier forma de terapia que usted haga, pero, más allá de eso, usted puede focalizarse en la parte del aprendizaje experiencial. Yo no creo en una aproximación sólo general, más bien creo que podemos penetrar y ser más específicos para cada persona en una especie de *insight* experiencial.

**VY:** *Esto podría ser un buen seguimiento retrospectivo del caso que usted estaba presentando, algo así como hacer algo experiencial para tratar los problemas y patrones interpersonales del paciente.*

**HL:** Correcto. De hecho usted acaba de mostrar amablemente una de las formas en que lo llevo a la práctica, y que requiere mantener el foco. Usted me ha retrotraído al punto en que lo habíamos dejado después de un excursión. La focalización es un factor extremadamente importante respecto de la forma en que trabaja la mayoría de los que realizan psicoterapias

<sup>6</sup> Hans H. Strupp and Jeffrey L. Binder. *Psychotherapy In a New Key: A Guide To Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. Basic Books, Inc. New York 1984



breves los que, al igual que usted lo ha hecho conmigo, re-focalizan a los pacientes en el tema principal. Por ejemplo, éste es uno de los caminos posibles a seguir en el tratamiento a esta persona que vive cogida por la angustia.

Una manera de mantener el foco, es buscar temas, aquello que estoy oyendo acerca de las repeticiones en la manera de enfrentar el mundo: cuáles son sus pensamientos, sus sentimientos, sus deseos, su conducta, especialmente en el ámbito interpersonal, puesto que éste es un modelo interpersonal. En segundo lugar, ¿qué expectativas tiene el paciente acerca del modo en el que se comportarán los demás? En tercer lugar, ¿cuál es el comportamiento real de los otros? Todo esto, naturalmente, visto desde los ojos del paciente. No tenemos a los otros en la sesión, excepto el terapeuta. ¿Cómo responden? En cuarto lugar, ¿cómo queda el paciente sintiendo respecto de sí mismo? ¿Cuál es la introyección que realiza? ¿Cómo se trata a sí mismo, y qué consecuencias tiene todo esto en sus pensamientos, conductas y sentimientos? De este modo hemos descrito la historia interpersonal del paciente.

**RW:** ¿En qué momento entra en juego la parte cíclica?

**HL:** Yo actúo, pienso y siento de determinada manera, y espero que los otros me traten también de una determinada manera. Cuando eso ocurre yo me veo de cierta forma, lo que me lleva nuevamente a actuar, pensar y sentir de esa misma determinada manera, lo que conduce a un círculo desadaptativo si no funciona bien para esa persona. Es un círculo porque se alimenta a sí mismo, ocurre regularmente en el tiempo y respecto de lugares, situaciones y personas. Desde una aproximación orientada al insight yo intentaría ayudar a que el paciente vea este patrón, pero, al mismo tiempo, yo trabajaría experiencialmente reforzando y destacando las situaciones en las que él o ella se comporta de manera diferente, cuando rompe este esquema. Al mismo tiempo, debo estar muy atenta acerca de mis propias reacciones para darme cuenta si estoy re-actuando en algo que pueda ser disfuncional para esa persona. Entonces daría un paso atrás y la ayudaría con una nueva experiencia de aprendizaje.

## TRABAJANDO PSICODINÁMICAMENTE EN EL "AQUÍ Y AHORA"

**VY:** Recuerdo que en su video "Psicoterapia dinámica de tiempo limitado" usted realmente articula y pone en palabras el awareness respecto de sus propias reacciones. Eso es diferente a la idea estereotipada de la

*manera en que los terapeutas psicodinámica y analíticamente orientados usan la contratransferencia. Usted de verdad se compromete en el aquí y ahora con el paciente, en vez de hacer una interpretación de la transferencia y la contratransferencia que es más distante o en "tercera persona" y que deja al terapeuta fuera de la ecuación.*

**HL:** Efectivamente. Por ejemplo, puedo decir al paciente: "Fíjese que me doy cuenta que estoy diciéndole mucho qué hacer, y creo que parezco superficialmente más segura de mí misma de lo que habitualmente soy. Me estoy preguntando qué está ocurriendo". Al hacer esto no sólo permito que observemos el aquí y ahora entre el paciente y yo sino que estoy diciendo también: "yo soy parte de la dinámica que se da entre nosotros". Quizás ésta sea otra forma de hacer manifiesto que, a diferencia de la caricatura del psicoanalista, no soy neutral. No soy indiferente, no soy sólo un espejo sino alguien que engancha en el actuar y reaccionar a los tira y afloja del paciente.

**VY:** Bueno, yo pienso que es un punto clave porque las orientaciones dinámicas, intersubjetivas, por cierto la Gestalt y los terapeutas existenciales y humanistas, han hablado por años acerca de trabajar el aquí-y-ahora en la relación terapéutica. Tal vez una de las cosas más difíciles para un terapeuta es aprender cómo hacerlo. ¿Está usted de acuerdo con esta apreciación?

**HL:** Sí. Creo que en alguna parte, ya sea de sus padres, profesores o supervisores, las personas aprendieron que si no tienen nada agradable que decir, es mejor guardar silencio. Por supuesto que siempre hay que ser cuidadoso, tanto en terapia como en la vida, puesto que uno desea ser escuchado. Pero estaríamos privando de información crítica a nuestros pacientes si no compartimos con ellos; por ejemplo: "Bueno, con esto estoy luchando mientras interactúo con usted". Los pacientes frecuentemente agradecen esa retroalimentación dadas todas las habituales advertencias respecto del timing y de la naturaleza de la alianza terapéutica, y de todas aquellas cosas a las que debemos estar conscientemente atentos. Naturalmente que es difícil para los que recién empiezan a hacer esto, aunque también puede serlo para terapeutas avezados, porque significa entrar en la dinámica, bajar a la trinchera con el paciente. No se puede permanecer en una posición de un mero observador desde la altura. Es evidente que bajar a la trinchera es más sucio y enredado y nunca se sabe qué puede ocurrir.

**VY:** Eso implica ser más vulnerable como terapeuta...

**AL:** Absolutamente...

**RW:** *De modo que durante la sesión usted se siente, como terapeuta, más vulnerable. ¿De qué manera eso sirve o no a los propósitos de la terapia?*

**HL:** Yo creo que esa manera abierta es saludable. No se trata de malentender esa vulnerabilidad como diciendo: "Oh Dios mío, necesito ser protector, necesito levantar una muralla porque voy a ser herido". Ese tipo de vulnerabilidad no es útil. De hecho, creo que muchas veces el terapeuta se coloca en una posición de experto y toma distancia, porque se siente muy vulnerable. A esa posición defensiva yo suelo llamarla "operación de seguridad", conformista, que lleva en definitiva a mantener la distancia. Yo estoy hablando de una vulnerabilidad abierta, que confía en el proceso. Esa confianza es fundamental.

**RW:** *Estoy pensando en el ala intersubjetiva del psicoanálisis y en el bien conocido y prolífico analista Roy Schafer, quien se ha referido a la necesidad de cambiar la forma en la que los terapeutas hablamos de nosotros mismos y de los pacientes. Por cierto esta línea de pensamiento en muchos terapeutas humanistas y existenciales tanto como en el psicoanálisis. ¿Podría darnos un ejemplo reciente, en el que usted haya sentido que ocurre algo negativo y difícil de decir en la sesión y que lo haya compartido con su paciente?*

**HL:** Sí. Hay muchos casos. Déjeme ver. Le contaré el caso de una mujer que atiendo, que es muy egocéntrica y que, si tuviésemos que hacer un diagnóstico, diríamos que tiene un estilo narcisista. Tempranamente en nuestro trabajo ella encontraba que todo lo que yo decía era inefectivo y tristemente insuficiente. Decía que mis comentarios no eran muy profundos, no acertaban, y no eran lo suficientemente psicoanalíticos. Ella había estado en psicoanálisis...

**VY:** *Ella fue crítica con usted...*

**AL:** Efectivamente, ella era muy crítica de mí y de mis intervenciones. Aunque no lo manifestaba directamente, sí lo hacía indirectamente mediante comentarios irónicos y pesados. Naturalmente, ésta era una de las razones por las que ella había venido a terapia. Tenía dificultades con sus hijas y su marido. Una de sus metas terapéuticas era, justamente, poder moldear a sus hijas y su marido. A medida en que fui sintiendo esta barrera me fui yendo hacia atrás en mi asiento y cada vez más incapaz de decir algo. Por cierto, yo estaba tratando de hacer una buena alianza con ella, pero se me hacía cada vez más difícil, de modo que finalmente le dije: "Sabe, usted ejerce una presión con la que tengo que luchar, ¿no le parece? Ella replicó: ¿Qué quiere decir? Luego le describí mi reacción y mis sentimientos de sentirme

muy inefectiva e incompetente. Esto fue muy sorprendente para ella. Ella no tenía la intención ni deseaba hacer eso, de modo que fue una información muy útil, a la que volvimos repetidamente en nuestro trabajo. Esos momentos se transforman en señales y, siendo tan abierta en mi contratransferencia, a menudo eso permite realmente construir una alianza. No es como si fuese necesario primero tener una buena alianza para decir algo como eso, pero, como me ocurría con esta paciente, yo necesitaba encontrar una manera de traerme de vuelta a la sesión, encontrar una forma de traerme de vuelta a la relación con la persona.

**VY:** *Es difícil comprometerse con ella si tienes que soportar todos esos sentimientos negativos...*

**HL:** Así es...

## HACIÉNDOSE CONSCIENTE (BECOMING AWARE) Y USANDO LA CONTRATRANSFERENCIA

**VY:** *Tomando en cuenta que usted está de acuerdo en que ésta es una habilidad difícil de aprender para los terapeutas, a menos de tener una supervisión, con usted por ejemplo, ¿qué caminos podrían ser útiles para que los terapeutas puedan aprender acerca de todo esto? Porque esto es evidentemente diferente de lo que aprenden en pre-grado y en la mayoría de los post-grados.*

**HL:** Este es un tema muy importante y complejo. Creo que grabar en video o audio tu propio trabajo puede ser muy útil. Cuando estamos en la sala de terapia, especialmente para los terapeutas que se inician, es muy difícil seguir la pista de todo lo que está ocurriendo: los sentimientos propios, la transferencia, los afectos del paciente, la información no verbal, etcétera. Por ello que disponer del material grabado y ver lo que ha ocurrido con el terapeuta en formación, ahora como observador, en un estado emocional diferente, puede permitir ver toda clase de cosas.

**VY:** *¿Qué es lo que usted espera ver o escuchar?*

**HL:** La conducta no verbal del terapeuta. Puedo preguntarme ¿qué estoy haciendo? ¿Por qué estoy sobándome tanto las manos? ¿Qué está pasando ahí? Estoy con problemas para mirar al paciente. ¿Qué ocurre? ¿Qué significa ese tono de mi voz? Me veo temblorosa, me veo enojada, etcétera.

**RW:** *Parece que el primer paso consiste en estar consciente acerca de qué tipo de reacciones contratransferenciales se están generando. El segundo paso sería encontrar un modo de expresar esos sentimientos de manera que sean de ayuda.*

**HL:** Efectivamente. Pero también dándose cuenta de que hay una realidad en las percepciones del paciente. Eso es otra cosa. El paciente puede decir, “¿la estoy aburriendo?”, en vez de decir ¿qué la hace decir eso? Y luego podría decir, “usted está bostezando y sus ojos están a medio cerrar”, “¿otras personas le parecen tan aburridas?”. ¿Podemos dejar esto fuera de la sesión y ponerlo en un lugar seguro y distante de nosotros? O es posible decir: “Tiene razón. No me di cuenta, pero parece que estaba distraída, ¿podríamos volver atrás y ver lo que estaba pasando entre nosotros? ¿En qué momento notó que yo parecía aburrida? Eso es darle validez y vida interpersonal a las percepciones del paciente. No todo es proyección.

**RW:** *Ese es un concepto verdaderamente sorprendente en sí mismo. Con cierta ironía yo digo que el terapeuta se da cuenta de que las percepciones del paciente son acertadas y válidas, y no sólo algo que debe ser cuestionado y que, por lo mismo, cabe preguntarse acerca de ellas.*

**VY:** *De hecho, negar lo que realmente está ocurriendo es anti-terapéutico. Si los pacientes tienen una percepción correcta y usted la niega, evidentemente eso no los ayuda en nada.*

**HL:** Cierto. Pero usted dijo “sí” están teniendo una percepción correcta. Desde el punto de vista de un terapeuta interpersonal, usted no debe ni siquiera preguntarse acerca de esa corrección.

**RW:** *No existe una realidad objetiva. En este caso hay dos realidades interpersonales.*

**HL:** Por supuesto, pero si yo digo que ellos están teniendo una percepción adecuada, eso implica que yo tengo que ser omnisciente y conocer todo mi proceso inconsciente, estar enterada de todo y, desde lo alto, determinar qué percepción es adecuada y cuál no. Creo que eso no corresponde a la posición en la que usted está. Yo sé que cuando estoy escuchando muy concentrada puedo parecer enojada, pues frunzo las cejas. Eso es parte de lo que sé de mí misma. De manera que cuando el paciente me dice que parezco enojada con él o ella, yo sé que es algo diferente. Pero, aún así, tomo lo que me están diciendo como importante, como algo que podemos explorar y procesar, y tal vez, en algún punto, puedo compartir con los pacientes que cuando estoy escuchando muy concentrada puedo parecer enojada. Pero, importa lo que esa percepción significa para ellos. También puedo decirles: “¿Sabe? No me siento enojada para nada, pero realmente aprecio su valentía y su voluntad de exponerse honestamente al hacerme saber eso”.

## QUÉ DECIR Y QUÉ RETENER

**RW:** *Vamos a otro nivel de auto-apertura (self-disclosure). ¿Cómo decide usted qué exponer ante el paciente y qué mantener oculto? Naturalmente usted no dice cada cosa que tenga en mente, no sólo en la sesión psicoterapéutica sino en ninguna situación.*

**HL:** Cierto

**RW:** *¿Qué la guía en el proceso de exponer su propio proceso ante el paciente?*

**HL:** Excelente pregunta. Lo que me guía es el cuadro que me he formado del paciente. De hecho, ese cuadro es el que me guía en todo. Ese cuadro es el que me lleva hacia una meta, y la meta me guía en mis interpretaciones. Al hacerme ese cuadro yo retorno a los patrones de ciclos desadaptativos y a la idea que me he formado acerca del estilo del paciente, acerca de qué es lo que provoca en otros, acerca de cuál es el concepto de sí mismo, etcétera. Esto es lo que me permite concebir las metas experienciales y de insight. Eso es lo que me guía. Por ejemplo, con la persona que es conciliadora y sumisa estaré escuchando hasta encontrar una oportunidad en que esta persona pueda decir algo asertivamente, como “yo quiero”. Especialmente si al decir esto contradice algo que yo estoy diciendo. De ese modo podré capturar esos momentos, alargarlos, destacarlos y permanecer en ellos. A la inversa, con un paciente con una hostilidad que es parte de su patrón repetitivo maladaptativo, y que invita permanentemente a la sumisión o a la hostilidad, que desafía permanentemente, eso es algo que no deseo reforzar ni focalizarme en ello.

**VY:** *En cambio, usted puede querer reforzar los momentos en que esa persona es más vulnerable y débil.*

**HL:** Exactamente. Eso es. De este modo, lo que pasa en la sesión está impulsado por mi formulación acerca del caso y las metas que me he propuesto. Es necesario mantenerlas a la vista. Lo que hemos dicho me permite hacer un pequeño excursus en esta entrevista y decir que yo uso esta aproximación incluso cuando estoy realizando psicoterapias largas. Me gusta hacer terapias largas tanto como terapias breves. En suma, tiendo a mantener una aproximación más enfocada cuando estoy consciente de la manera en que formulo el caso y tengo claras las metas.

**RW:** *Entonces ¿cuál es la diferencia? La manera en la que usted hace terapia no parece muy diferente de la manera en que yo la hago, usando insight, experiencias, trabajo en el aquí y ahora, transferencia y contratransferencia. ¿Qué es lo que la hace breve, de tiempo limitado o de largo aliento?*

**HL:** Hablando en general y de una manera gruesa, yo trato que cada sesión cuente, porque no sé por cuánto tiempo veré a esta persona, pues esa decisión depende del paciente en gran medida. Sabemos que entre el 80 y el 90% de los pacientes terminan el tratamiento antes de la sesión número 12, estén o no afiliados a una aseguradora de salud. Las personas terminan la terapia cuando han obtenido lo que estiman suficiente o cuando consideran que el costo es mayor que el beneficio. Probablemente no es el tratamiento que tenían en mente y sienten que no están siendo ayudados. Así, los pacientes terminan la terapia y los terapeutas lo llaman "término prematuro", lo que no deja de ser presuntuoso. Como decía, yo trato de que cada sesión cuente, sin saber si voy a tener ese paciente por cinco sesiones o cinco años. Naturalmente, a medida que el tiempo pasa, usted tiene una mejor idea acerca de si lo verá por un tiempo largo o corto. Por eso, para mí no hay algo así como una línea divisoria muy clara entre las terapias breves y las de largo plazo.

**VV:** *¿Cómo lo decide? ¿Decide de antemano si una psicoterapia será de tiempo limitado?*

**HL:** Para algunas formas de terapia breve, por ejemplo para el modelo de Mann, la naturaleza limitada del tratamiento es crucial. En la TLDP no es algo crítico. De hecho, creo que si Hans Strupp y Jeffrey Binder tuvieran la oportunidad de re-titular su aproximación, la llamarían algo así como "Terapia dinámica focalizada" y sacarían del título lo de "tiempo limitado" pues no se apoya mucho en la brevedad del tratamiento. Lo que realmente pone en movimiento la sesión es el foco en lo que está ocurriendo aquí-y-ahora y la clara conciencia de eso también en el aquí-y-ahora. Yendo a su pregunta, acerca de si yo decido por adelantado o después de trabajar con la persona, no lo decido sólo, es una decisión compartida. Me pregunto en qué está interesada la persona, hasta dónde está decidida a llegar. Creo en el tener momentos oportunos en los que podemos detener el proceso y reflexionar acerca de lo que estamos haciendo. ¿Estamos en un final? O el paciente puede decir: "Creo que estoy en una etapa en que puedo finalizar". También podemos preguntarnos ¿dónde estamos, qué hemos obtenido de nuestro trabajo? Siempre debieran existir estas ventanas para evaluar. Eso permite que terapeuta y paciente estén en la misma etapa del proceso y también poner las necesidades del paciente en primer lugar.

**VV:** *Por lo tanto, no estamos asumiendo que mientras más larga la terapia, mejor.*

**HL:** Definitivamente no asumimos que "largo" es "mejor". Como ha dicho mi colega Michael Hoyt: "mejor es mejor"

**RW:** *Mejor es mejor: Hoyt podría hacer de esa frase el título de un libro.*

**HL:** Pienso que lo ha hecho. De acuerdo, "mejor es mejor", no "más largo es mejor".

## ¿ES LA TERAPIA CONDUCTUAL COGNITIVA (TCC) EL "PATRÓN DE ORO" (GOLD STANDARD)?

**VV:** *En los medios de comunicación lo que parece atraer la atención del público son los artículos acerca de la terapia conductual breve. Se refieren a ella como el "Gold Standard", debido a que está validada empíricamente. En cambio, el psicoanálisis es considerado como el "hombre de paja" a donde Woody Allen va por siempre y nunca mejora. Usted ha participado en muchas investigaciones. Mi sensación es que la buena terapia es siempre buena terapia, sin importar esas diferencias de orientación. ¿Está de acuerdo respecto a que la evidencia empírica demostraría que la TCC es claramente superior? Y si lo está, ¿por qué cree usted que está acaparando toda la atención?*

**HL:** Es efectivo que acapara la atención. Me mantengo informada al respecto en la literatura especializada, y escribo un capítulo actualizado de la terapia cognitiva cada diez años para la revista "Review of General Psychiatry". Una de las razones por las que la investigación favorece a la TCC tiene que ver con la fundación del National Institute of Mental Health (NIMH). El NIMH utiliza el modelo médico y el diseño experimental como "gold standard". La TCC ciertamente es adecuada para las intervenciones discretas que evalúan los diseños experimentales. Además, esos diseños de investigación se realizan con pacientes que no sufren de ningún otro problema que el diagnóstico que se está considerando. Es decir, no son casos complejos: por ejemplo, estudian personas que sufren de ansiedad, pero que no son adictos, no sufren de depresión, no tienen problemas conyugales o patología médica concomitante, etcétera.

**VV:** *Bien difícil de encontrar...*

**HL:** Efectivamente, son casos muy difíciles de encontrar pero que se encuentran para este tipo de investigaciones. Estos estudios son más fáciles de realizar metodológicamente, más fáciles de analizar y los resultados pueden ser mostrados de una manera clara. Sin embargo, trasladar esos resultados al trabajo de un terapeuta que tiene que ver con pacientes del mundo real, que no están previamente seleccionados, es muy problemático y puede resultar de poca utilidad. Los estudios en TCC no son fácilmente generalizables ni aplicables rápidamente a las poblaciones clínicas reales. Sin embargo, también quiero decir que esos resultados

podrían guiar acerca de ciertas intervenciones susceptibles de ser incorporadas al trabajo con situaciones clínicas complejas y reales. Estoy muy impresionada, y quiero subrayarlo, por las investigaciones de Louis Castonguay y Marv Goldfried, que han realizado un hermoso trabajo, con una versión más sofisticada de la TCC, que toma en cuenta factores tales como el vínculo y la alianza terapéutica. El libro de Safran acerca de los procesos interpersonales y la TCC es también uno de mis favoritos

**RW:** *Mi lectura de la posición de la American Psychological Association (APA) acerca de las intervenciones basadas en la evidencia, en particular el trabajo de Norcross, deja suficiente espacio para el vínculo y la alianza terapéutica como parte de los protocolos y manuales, además de la aproximación tipo conductual cognitiva.*

**HL:** Desafortunadamente, la búsqueda de evidencia focalizada en la relación terapéutica surgió como reacción a una gran presión... Habría sido bueno si hubiésemos sido más proactivos y nos hubiésemos colocado en la vanguardia.

**VY:** *Volviendo a los protocolos. Desde su conocimiento del mundo de la TCC, ¿siguen los terapeutas cognitivos el protocolo establecido? Porque puede ocurrir que eso no sea "tan bueno" desde la experiencia de ellos.*

**HL:** Correcto. Eso puede no ser la mejor aproximación para sus pacientes. Usted tiene que hacer una aproximación "idiosincrática". Usted debe saber cuándo seguir el protocolo o cuándo no hacerlo para esta persona en particular que está sentada al frente. O tener claro cuándo el protocolo debe ser modificado y ajustado. Un trabajo excelente en esta área es el de Jackie Persons.

**VY:** *Deduzco que usted no es muy proclive a los tratamientos protocolizados.*

**HL:** No soy una gran admiradora de esos tratamientos manualizados aplicados en forma rutinaria. Ellos pueden ser magníficos para enseñar, pero no en la perspectiva de seguirlos rígidamente. Hacer esto último es una forma de robotización.

**VY:** *A menos que usted esté tratando robots. Bajo las estrictas condiciones de investigación que usted describía hace un momento, ¿es efectivo, un hecho, que la aproximación conductual cognitiva muestre resultados mejores frente a clínicos de experiencia pero eclécticos e integrados?*

**HL:** Depende del estudio que estemos considerando. En algunos de ellos la TCC muestra una clara ventaja. En otros casos las cosas son más complejas. Yo estoy muy

consciente como investigadora que uno de los mejores predictores del resultado del tratamiento investigado es la obediencia teórica del investigador.

**VY:** *¿Cuáles su reacción frente a los artículos del Newsweek y de los medios masivos de comunicación que se refieren a la TCC como el "patrón de oro" en psicoterapia?*

**HL:** Bueno, los tomo con beneficio de inventario.

**RW:** *En honor al tiempo, sólo una pocas preguntas más. ¿Para qué tipo de pacientes está pensada la TDTL? ¿Adultos, parejas, niños, familias?*

**HL:** Es una buena pregunta. La TDTL puede realizarse con todos ellos por su orientación sistémica, es decir, por estar mirando las interacciones interpersonales. Fue diseñada para personas individuales. Yo la practico hasta el nivel de parejas, aunque sé que otros consideran las similitudes con la aproximación grupal de Irving Yalom. Sin embargo no conozco a nadie cuyos propósitos sean aplicar la TDTL a grupos como tales.

**RW:** *¿Cuál es la parte más satisfactoria para usted de realizar trabajo clínico?*

**HL:** Fundamentalmente el honor que significa que las personas me permitan entrar en sus vidas. Es algo muy grande que permitan que uno entre en una intimidad que está reservada para muy pocas personas en la vida. Me siento muy honrada por eso.

**VY:** *Usted tiene años de experiencia y ha entrenado a cientos de psicoterapeutas. ¿Qué cosas sabe ahora acerca de hacer psicoterapia que no sabía cuándo se iniciaba en esta profesión? ¿Cuáles serían los puntos clave que usted transmitiría a los terapeutas jóvenes?*

**HL:** Les diría: no tengan miedo de compartir lo que ustedes son. De hacer que las personas que ustedes son trabajen para ustedes. Las teorías, la experiencia y el aprendizaje son muy importantes, pero aquello que es único en usted hágalo trabajar para usted. Si tiene sentido del humor o es reservado, hágalo trabajar para usted. Lo que hace posible la terapia es que usted sea usted mismo.

**RW:** *Ese es un muy buen punto. Algunas teorías de la psicoterapia son "extrovertidas" y el terapeuta las hace. Los psicoanalistas promueven una aproximación más introvertida, en el sentido de que el terapeuta es más reservado y menos interactivo. La TCC es una aproximación más extrovertida, donde se hace más coaching. Sin embargo, algunos terapeutas cognitivo-conductuales silenciosos son fantásticos, y algunos psicoanalistas encuentran una manera de trabajar usando su personalidad extrovertida.*

**HL:** Sí, hacer que eso trabaje para usted. Si usted puede dar la combinación de quién usted es y sus dones únicos combinados con la experticia, eso es imbatible.

**RW:** *Es refrescante oír eso. Creo que tiene razón. Muchos de los terapeutas maestros que hemos entrevistado para Psychotherapy.net se han enfocado en que el terapeuta se brinde en el encuentro terapéutico, mostrándose, como algunos han dicho.*

**VV:** *Eso se aplica a todo artista. Cualquier cosa que usted haga en su trabajo, si lo hace entregándose, será mejor. Pienso que eso tiene mucho que ver con ir más allá de lo que se nos ha enseñado, pero también tiene que ver con ser vulnerable y capaz de correr riesgos.*

**RW:** *Bueno, nos damos cuenta que ésta es una entrevista con tiempo limitado, pues usted tiene otros compromisos. Ha sido un gran placer...*

**HL:** Disfruté mucho de la entrevista. Muchas gracias.

ENSAYO

# LOGOPATÍAS Y TIMOPATÍAS: HACIA UNA NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES ENDÓGENAS EN PSIQUIATRÍA

## PRIMERA PARTE

(Rev GPU 2009; 5; 1: 71-79)

Otto Dörr<sup>1</sup>

Desde la distinción que hiciera Kraepelin en 1899 entre demencia precoz y locura maniaco-depresiva, se han producido muchos cambios en la manera de concebir estas entidades y, sobre todo, sus límites. El ejemplo más claro es el aumento extraordinario de los diagnósticos de enfermedad bipolar con respecto a los de esquizofrenia. Pero también dentro de cada una de estas categorías ha habido cambios importantes. En el caso de la primera, la separación de las psicosis esquizo-afectivas y de las cicloides y en el de la segunda, la distinción entre enfermedad mono y bipolar (que antes eran concebidas como una sola), la descripción de innumerables formas de depresión monopolar (ICD-9) o, por el contrario, el postular la existencia de un solo síndrome endógeno-melancólico (Tellenbach, 1961), idea que va a reaparecer, aunque desde otra perspectiva metodológica, en el concepto de depresión mayor del DSM-III. El autor piensa que este estado de confusión nosológica tiene que ver, por una parte, con la combinación indebida de criterios descriptivos y etiológicos y, por otra, con la aplicación de criterios categoriales a realidades complejas, sin una base orgánica que las sustente. El autor propone la dicotomía entre logopatías y timopatías. Las primeras abarcarían todas las formas de esquizofrenia, las parafrenias y las paranoias. Las segundas corresponderían a las enfermedades del ánimo y a gran parte de los llamados “trastornos ansiosos”. En esta primera parte desarrolla el tema de las logopatías, intentando demostrar la legitimidad del concepto sobre la base de tres argumentos fundamentales: 1º La alteración del pensamiento/lenguaje como núcleo del padecer esquizofrénico. 2º La esquizofrenia como un elemento constitutivo de la condición humana. Y 3º La esquizofrenia como perturbación del *Verstehen* (comprender o comprensión), que Heidegger describiera en “Ser y Tiempo” como uno de los dos “existenciales” que caracterizan al ser humano (*Dasein*), junto a la *Befindlichkeit* (disposicionalidad o disposición afectiva), que es justamente lo que se alteraría en las timopatías.

---

<sup>1</sup> Profesor de Psiquiatría de las Universidades de Chile y Diego Portales. Miembro de Número de la Academia de Medicina.

## INTRODUCCIÓN

Nuestra intención es proponer una nueva dicotomía dentro de los llamados cuadros endógenos, vale decir, aquellos que, careciendo de una base orgánica demostrable y a diferencia de las antiguas neurosis, reacciones vivenciales o trastornos de personalidad, afectan la totalidad de la persona y su mundo. Una elaboración psicopatológica y filosófica del problema de la endogenidad, no superada hasta el día de hoy, se la debemos al conocido autor alemán Hubertus Tellenbach (1961, 1974, 1976, 1983).

Como es de todos conocido, la primera gran diferenciación en el campo de las “locuras” la realizó Emil Kraepelin en la sexta edición de su Tratado de Psiquiatría (1899), con su distinción entre Demencia Praecox y locura maniaco-depresiva. Ésta pasó a llamarse posteriormente psicosis maniaco-depresiva y la primera, a partir de Bleuler, esquizofrenia. Esta distinción se ha mantenido a lo largo de más de 100 años, a pesar de los múltiples intentos por abolirla, entre otros, la teoría de la psicosis única y la descripción de muchos cuadros intermedios. El último ataque a la concepción kraepeliniana se esconde, paradójicamente, en los DSM norteamericanos (1980, 1987, 1995, 2000), los que sí reconocen que se trata de cuadros diferentes, pero les quitan su categoría de “endógenos”, al emplear el mismo calificativo de “trastorno” (*Disorder*) para ellos y para los trastornos de personalidad, los ansiosos, los orgánicos, etc. El transformar estas misteriosas enfermedades que –como veremos– están vinculadas a la condición humana misma, en una mera lista de síntomas (9 en la depresión, 5 en la esquizofrenia, agregando en este último caso el criterio de la disfunción social y laboral), constituye un dramático empobrecimiento de la psicopatología, tal como fuera entendida por la tradición y hasta el movimiento fenomenológico-antropológico de la segunda mitad del siglo XX y denunciado con singular propiedad y valentía por Héctor Pelegrina en su libro “Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología” (2006). Amén del error implícito en la pretensión de emplear criterios categoriales en la definición de síndromes sin base orgánica en la que el diagnóstico pueda apoyarse, este tipo de conceptualizaciones pasa por alto fenómenos muy evidentes que aparecen vinculados a las llamadas enfermedades endógenas, como por ejemplo su misteriosa relación con el biotipo corporal, como lo planteara primeramente Kretschmer (1921) y lo demostrara en estudios empíricos, aunque con algunas variaciones y precisiones, Detlev von Zerssen en 1973; su vinculación con las crisis madurativas y los ritmos cósmicos desarrollada por Tellenbach, en

especial en la última edición de su libro “La Melancolía” (1983) o los interesantes nexos entre enfermedad endógena y biografía, como han sido estudiados por el mismo Tellenbach para las enfermedades del ánimo, y por Binswanger (1957), Blankenburg (1958, 1966) y el suscrito (1970, 1984, 1986, 1997) para la esquizofrenia.

Ahora bien, al margen de lo que en nuestra opinión ha sido un fallido intento de operacionalizar los diagnósticos psiquiátricos y en particular el de las dos grandes enfermedades endógenas que constituyen el centro del quehacer clínico cotidiano, la historia de esta distinción ha estado llena de avatares, particularmente en lo que se refiere a las enfermedades del ánimo, ya que la esquizofrenia se ha mantenido, a pesar de los criterios más amplios o más estrechos con que ha sido diagnosticada a lo largo de los años, al menos con el mismo nombre. Las enfermedades del ánimo, en cambio, han sido definidas de manera muy diferente. El concepto original de Kraepelin abarcaba todos estos cuadros y la depresión sin fases de euforia, hoy llamada uni- o mono polar, era parte de la enfermedad maniaco-depresiva. Kraepelin mismo separó de ésta tan sólo a la depresión involutiva. Kurt Schneider, por su parte, afirmó que lo que no era esquizofrenia era depresión y aunó todos los cuadros psicopatológicos de tipo endógeno que no eran esquizofrenias bajo el concepto de ciclotimia. Sobre el carácter endógeno de estas psicosis manifestó que “sólo podemos decir que en ellas no se conoce una causa somática y que no pueden ser concebidas como meras variaciones del ser psíquico” (1950, 1962). Schneider creó también el concepto de “depresión del sub-fondo” para referirse a aquellos cuadros intermedios entre la depresión endógena –parte del concepto más amplio de ciclotimia– y las meras “depresiones reactivas”.

Sin embargo, poco a poco se empezaron a separar de esta “depresión endógena” otros cuadros depresivos que no presentaban fases maníacas. Y así es como se empezó a hablar de depresión climatérica, depresión arterioesclerótica, depresión neurótica, depresión existencial, depresión por mudanza, etc. En el ICD-9 se llegó a describir veinte formas diferentes de depresión. Es un gran mérito de Tellenbach (1961) el haber puesto orden en este caos taxonómico y haber planteado la existencia de un solo síndrome endógeno-melancólico y mostrado que los apellidos que se le habían ido agregando al término “depresión” para distinguir unos cuadros de otros no hacían sino definir la situación que había desencadenado la fase melancólica. Un trabajo empírico-fenomenológico realizado por nosotros a fines de la década de 1960 y publicado en 1971 vino a demostrar ampliamente los postulados de Tellenbach.



Pero en la primera edición de su libro (1961) Tellenbach no hace una distinción clara entre depresión mono y bipolar. En ese tiempo se pensaba todavía que se trataba de una misma enfermedad que se podía manifestar o sólo como depresión, o sólo como manía (la forma menos frecuente) o como una alternancia en el tiempo de fases depresivas y maníacas. Es en el año 1966 cuando dos autores, el suizo-alemán Jules Angst y el danés Carlo Perris, demostraron, cada uno por su parte, que las depresiones monopares y las bipolares eran dos enfermedades diferentes no sólo por su evolución sino también por razones genéticas, tipológicas y fármacoterapéuticas. Sin embargo, en el campo de las formas monopares continuó la confusión de criterios descriptivos y etiológicos y el empleo en la clínica cotidiana de un sinnúmero de formas de depresión supuestamente diferentes. En 1980 y en un intento de liberar los cuadros psicopatológicos de toda consideración etiológica, el DSM-III resucita la idea de la unidad de la depresión, con su concepto de “depresión mayor”, del cual separa, como variaciones de intensidad y de curso, la distimia y la forma melancólica.

El haber terminado los DSM con las distinciones entre cuadros endógenos y reactivos, neuróticos y psicóticos, primarios o sintomáticos, etc., no ha resuelto por cierto el problema de la nosología de la depresión. El concepto de “depresión mayor” es muy amplio, las diferencias con respecto a los otros dos subtipos mencionados son muy poco claras y, lo que es peor aún, los límites con respecto a los llamados trastornos de ansiedad, los somatomorfos y algunos de los trastornos de personalidad son tan difusos, con tantos traslapes, tautologías y redundancias, que despiertan serias dudas sobre la consistencia de estos constructos. Sólo un par de ejemplos de la inoperancia de los diagnósticos categoriales: hay varios estudios que demuestran una comorbilidad de los trastornos de personalidad entre sí y con la depresión mayor por sobre el 50% (Morey, 1988; Widiger & Sanderson, 1995). La arbitrariedad de estos diagnósticos categoriales llega al extremo en el caso de la personalidad antisocial, en la cual, según los estudios de Widiger y Sanderson (1995), hay 149.495.616 formas posibles para cumplir los criterios del entonces DSM III-R. La situación no ha cambiado mucho en el DSM IV-TR. El problema radica en que para crear estos constructos se han empleado criterios puramente descriptivos y que, en aras de una pretendida “objetividad”, se ha prescindido tanto de la subjetividad del paciente como de la del examinador. Con razón Pelegrina (2006) afirma que toda psicopatología que pretenda ser tal y que intente transformarse en “un conocimiento riguroso, crítico y develador” de los trastornos psíquicos

deberá orientarse hacia la captación del “logos de la estructura de dicho padecer”. En su defecto, la psicopatología será una mera “*semiótica* o *semiotecnia* con carácter meramente transcriptivo de lo dado ingenuamente en su aparecer espontáneo a los ojos del paciente (y sus allegados) y/o del explorador de los signos de la enfermedad...” (p. 45).

Muy diferentes son los resultados de la investigación fenomenológica en psicopatología y psiquiatría. Los ya mencionados estudios de Tellenbach, o los de Binswanger, los de Zutt, de López-Ibor Sr., de Blankenburg, entre otros, realizados en los años 1950 y 60, continúan teniendo validez y cada vez que se ha intentado demostrarlos empíricamente con metodologías rigurosas, los resultados han sido perfectamente confirmatorios de ellos. No es el caso de referirnos en detalle a esos aportes. Hoy se trata de fundamentar la proposición planteada en el comienzo de dividir todos los cuadros endógenos en logopatías y timopatías. *Hay tres razones fundamentales para pensar que nuestra proposición se encuentra en el camino correcto.* La primera es que desde las descripciones iniciales de la esquizofrenia y de la enfermedad bipolar, los autores más importantes han visto como fenómeno fundamental de ellas, respectivamente, la alteración del lenguaje y la alteración del ánimo, que, como veremos, es un fenómeno bastante más complejo que lo que se entiende habitualmente por tal. La segunda es que todo hace pensar que ambas enfermedades no son un accidente más en la vida del ser humano sino algo que atañe a su esencia misma. Por último, el hecho que el gran filósofo Martin Heidegger, en su rigurosa y revolucionaria descripción del ser humano, del ser que somos en cada caso (el *Dasein*), afirma que las dos formas fundamentales de estar el *Dasein* en el mundo son la “*Befindlichkeit*” (disposición afectiva o disposicionalidad) y el “*Verstehen*” (el comprender), el que es a su vez el presupuesto del interpretar y del hablar. En otras palabras, el hombre está en el mundo originaria y simultáneamente como *thymós* y como *logos*. El fracaso del primer modo de estar en el mundo son las enfermedades del ánimo y el del segundo, la esquizofrenia. Intentaremos demostrar lo antes dicho.

## LAS ESQUIZOFRENIAS COMO LOGOPATÍAS

La introducción del concepto de logopatía se debe al suscrito, quien en 1991 publicó un estudio en Alemania, con el título “De la destrucción del lenguaje a la logopatía esquizofrénica”. La recepción de este concepto fue escasa o nula. En lo que sigue intentaremos demostrar que no estábamos equivocados al proponer entonces esta conceptualización.

## 1. La alteración del pensamiento/lenguaje como núcleo del padecer esquizofrénico

En la sexta edición de su *Tratado* (1899), Kraepelin caracteriza a la Dementia Praecox por el criterio evolutivo que todos conocemos y por una serie de síntomas, los primeros de los cuales tienen que ver esencialmente con el lenguaje: dificultad en la comprensión, alucinaciones auditivas, pensamiento sonoro, influencia del pensamiento y perturbación del curso del pensamiento, sobre todo la disgregación. En la edición anterior de su *Tratado*, la quinta (1896), Kraepelin ya había hecho mención del concepto de disgregación como síntoma de la demencia precoz descrita por Morel (1856), pero sin diferenciarla todavía de la incoherencia propia de los cuadros orgánicos. Y así es como habla de ella como de una confusión con los claros signos de deterioro intelectual (p. 142). En la sexta edición, en cambio, la separa de la incoherencia y le atribuye un rol esencial y específico en esta enfermedad: “Frente a la fuga de ideas queremos contraponer aquí, como segunda forma de aflojamiento del curso del pensamiento, la disgregación, que es lo más específico de la Dementia Praecox... En el marco de un discurso cuya forma exterior está conservada, nos encontramos con una total pérdida de la conexión interna y externa entre las ideas.”

Por su parte y como todos recordarán, Bleuler coloca “la perturbación de las asociaciones” como el primero dentro de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia. Luego, de los ocho síntomas de primer orden de Schneider, cinco tienen que ver con el pensamiento y/o lenguaje: pensamiento sonoro, alucinaciones auditivas, alucinaciones que comentan el propio actuar, robo e influencia del pensamiento y difusión del pensamiento. Además, en el *Present State Examination*, (PSE)/*Catego-System*, inspirado en Schneider, cuatro de los cinco síntomas que constituyen la “esquizofrenia nuclear” se refieren al pensamiento y/o lenguaje. También en los criterios de otros sistemas diagnósticos norteamericanos, como el de Taylor-Adams o los del *Research Diagnostic Criteria* (RDC) aparecen estas alteraciones en primer lugar. El DSM-IV enumera cinco síntomas característicos, dos de los cuales se refieren al pensamiento y/o lenguaje, mientras en el ICD-10, son cuatro de los ocho. Por último, quería referirme a los criterios de investigación de la Escuela de Viena, que dirigiera entonces Peter Berner (1983) y que, a nuestro juicio, representa el sistema de clasificación y diagnóstico más cercano de todos a la experiencia clínica. Ahí encontramos a la esquizofrenia definida por sólo tres fenómenos, dos de los cuales están referidos explícitamente

al pensamiento/lenguaje: las alteraciones formales del pensar, entre las cuales se mencionan la interceptación, el descarrilamiento y el pensamiento laxo, los neologismos y el aplanamiento afectivo. No hay ninguna duda, entonces, de que tanto para los autores clásicos como para los modernos sistemas de diagnóstico y clasificación supuestamente empíricos y operacionales, las alteraciones del pensamiento y/o lenguaje constituyen el núcleo de esta enfermedad. Ahora, lo más fascinante es que esta relación entre psicosis y alteración del lenguaje ya había sido insinuada en el siglo XIX. Poco tiempo después que Paul Broca (1861) descubriera que el centro del lenguaje se encontraba en el hemisferio izquierdo, el alienista James Crichton-Browne (1879), hijo de William Browne, uno de los evolucionistas más radicales de la época de Darwin, hizo la siguiente observación, a propósito del peso del cerebro en los “insanos”: “No parece imposible que aquellas áreas del cerebro que han evolucionado más tardíamente y que se supone están localizadas en el hemisferio izquierdo, sean las que más sufran en la “insania”.”

Pero hay otras investigaciones sugerentes de lo mismo. Así, el estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la incidencia de la esquizofrenia (Jablensky *et al.*, 1992) concluye que “la enfermedad esquizofrénica es ubicua, que aparece con similar incidencia en las diferentes culturas y sus manifestaciones son más llamativas por su similitud a través de las culturas que por sus diferencias.” Y ocurre que el método que emplearon los autores para el diagnóstico de la enfermedad fue justamente el “síndrome esquizofrénico nuclear” del sistema Catego que, como vimos, exige para el diagnóstico la presencia casi exclusivamente de síntomas relativos a las alteraciones del pensamiento y del lenguaje. En sus últimas investigaciones el conocido autor inglés Timothy Crow (1995, 1996, 1997, 1998, 2006) ha llegado a determinar incluso la forma cómo los síntomas del síndrome esquizofrénico nuclear referidos al lenguaje tienen su correspondencia en alteraciones específicas de los circuitos neuronales. Recurriendo a antiguos trabajos de Karl Buehler (1934), Crow planteó la idea que todo lenguaje está estructurado en relación al sí mismo y que toda experiencia sólo tiene sentido en la interacción entre lo que genera el sí mismo y lo que recibe de los otros significativos. El centro de esta interacción es el Yo. Por otra parte, se ha establecido una diferencia entre ambos hemisferios en lo que se refiere al lenguaje, en el sentido de que en el hemisferio dominante se encontraría el habla propiamente tal, y en el no dominante el pensamiento, respectivamente el significante y el significado, de acuerdo a la famosa distinción propuesta por Ferdinand de Saussure (1916).

Crow (1998) afirma entonces lo siguiente “La hipótesis es que un foco unitario de actividad neuronal mediaría la interacción entre el hemisferio dominante y el no dominante (entre lenguaje y pensamiento) y relacionaría las secuencias generadas por el emisor con las recibidas como receptor. Al alterarse este mecanismo se presentan los síntomas de primer orden de la esquizofrenia. Los síntomas nucleares pueden ser vistos, entonces, como un lenguaje que se encuentra al límite de sus fuerzas”. Estos síntomas nos hablan del proceso de separación de la función de los dos hemisferios, algo que es característico del cerebro del *homo sapiens*. Ellos sugieren, entre otras cosas, lo siguiente: que la noción de sí mismo, que la distinción entre el Yo que habla y el Yo que escucha y, más particularmente, la distinción entre las señales que el individuo genera en cuanto emisor y las que recibe como receptor, constituyen elementos fundamentales para el éxito del lenguaje.

## 2. La esquizofrenia como un elemento constitutivo de la condición humana

El primero que planteó la hipótesis de que la esquizofrenia sería específica del *homo sapiens* fue el psiquiatra húngaro Miskolczy en 1933. Más tarde se refirió al mismo tema el investigador David Parfitt (1956), en su libro “La neurología de la esquizofrenia”. Pero quien más ha trabajado con el tema ha sido, sin duda, el mismo Timothy Crow. Para confirmar la hipótesis de una causa genética muy antigua de esta enfermedad, él tenía que descartar las posibilidades de un origen ambiental. En trabajos sucesivos a partir de 1983, fue demostrando la falsedad de la teoría del origen viral, así como de la que sostenía que la esquizofrenia era producto de infecciones o traumas durante el embarazo o el periodo posterior al parto. Otros autores, como Kendell (2000), llegaron a las mismas conclusiones. La eliminación de los factores ambientales llevó entonces a Crow a enfrentar la paradoja de por qué la esquizofrenia, si tiene un origen genético y representa una evidente desventaja biológica, no fue eliminada a través del proceso de selección natural. Esta paradoja ya había sido identificada por el biólogo y evolucionista Julian Huxley en 1964, famoso él por haber intentado hacer la síntesis entre la genética de Mendel y la teoría de Darwin. Huxley aventuró incluso la hipótesis de que la desventaja biológica de ser esquizofrénico estaría compensada por una mayor resistencia al *stress*. Pero otros biólogos le respondieron que, fuera del hecho que esto último no estaba demostrado, no tenía sentido en términos fisiológicos el postular una ventaja en un área que no tenía relación con aquello que se pretendía explicar (Kuttner, 1967).

Ahora, ¿cuándo se produjo esa mutación que permitió la esquizofrenia? El ya mencionado estudio de la Organización Mundial de la Salud incluyó poblaciones de la India, Japón y el norte de Europa que con absoluta seguridad no habían tenido contacto alguno entre ellas desde hace por los menos diez mil años. Y sin embargo, los cuadros esquizofrénicos detectados en ellos presentaban los mismos síntomas de primer orden de Schneider y, en particular, las alteraciones del lenguaje. Síntomas idénticos se encontraron en aborígenes australianos (Mowry *et al.*, 1994) que no se han movido nunca de ese lugar y se sabe que los humanos llegaron a Australia hace sesenta mil años (C. Stringer, 2005). Como es improbable que una mutación genética de este tipo haya ocurrido en distintos lugares de la tierra y de la misma forma, no cabe sino pensar que ella es tan antigua como el *homo sapiens*, y el *homo sapiens* comienza en el momento que el homínido accede al lenguaje.

Sí, porque ya desde los tiempos de Darwin la mayoría de los investigadores viene sosteniendo que es el lenguaje el único rasgo verdaderamente distintivo del ser humano. Ahora bien, a diferencia de la visión estrictamente evolucionista de Darwin y de sus seguidores más estrechos, la ciencia moderna postula que la aparición del lenguaje no fue gradual sino brusca (Bickerton, 2005) y producto de un impresionante y en cierto modo inexplicable salto en la evolución, ocurrido hace no más de cien mil años, fenómeno que llevó a la lingüista Elizabeth Bates a manifestar con perplejidad que: “si los principios estructurales básicos del lenguaje no se pueden aprender ni derivar, sólo caben dos posibles explicaciones de su existencia: o la gramática universal nos ha sido dada directamente por el Creador o bien nuestra especie ha experimentado una mutación de una magnitud sin parangón, un equivalente cognitivo del *big bang*.” (S. Pinker, 1994). No es el momento de entrar en los detalles de las investigaciones que llevaron a Crow y a otros científicos a vincular esta mutación con los cromosomas sexuales y, en particular, con el cromosoma Y ni menos a los complejos cambios ocurridos en este cromosoma en dos momentos de discontinuidad o salto en el proceso evolutivo, uno hace seis millones de años, cuando nos separamos de los chimpancés, y el otro hace alrededor de cien mil, cuando dimos el paso de *homo heidelbergensis* a *homo sapiens* y nos alejamos definitivamente de nuestros primos, los neandertales. Lo importante es destacar, primero, que la aparición del lenguaje estuvo asociada a la asimetría cerebral y a la dominancia hemisférica (los primates son todos ambidextros, mientras que los humanos somos 85% diestros y 15% zurdos); segundo, que todo hace pensar

que el cambio genético que permitió la aparición de la esquizofrenia es contemporáneo con la mutación que permitió a nuestra especie acceder al lenguaje y, por último, que la alteración fundamental del pensamiento y/o lenguaje del esquizofrénico es la sintaxis, que es justamente aquella parte del lenguaje que tuvo que aparecer de golpe, a diferencia del lenguaje emocional y onomatopéyico, que ya tenían nuestros antecesores y que sí pudo evolucionar gradualmente. Los síntomas nucleares de la esquizofrenia nos enseñan además la trascendental importancia que tiene para la comunicación humana el saber distinguir entre los mensajes auto-generados y aquellos recibidos por un otro significativo (Crow, 1998).

Difícil sería encontrar un argumento más potente para apoyar la hipótesis planteada del carácter específicamente humano de la esquizofrenia y de por qué se justifica el llamarla “logopatía”.

### 3. La esquizofrenia como perturbación del rasgo existencial del *Verstehen* (comprender), en el marco de la descripción del ser humano (*Dasein*) que hace Heidegger en su trascendental obra “Ser y Tiempo”

Como dijimos en la introducción, dos son los elementos que caracterizan al *Dasein* en su modo de estar en el mundo: la *Befindlichkeit* (disposicionalidad) y el *Verstehen* (comprender). Sobre la primera hablaremos luego, a propósito de las enfermedades del ánimo. Nos detendremos un momento en el segundo rasgo existencial. El *Dasein* está en el mundo ante todo y fundamentalmente como comprensión, incluso antes que como afectividad. El mundo es una totalidad de relaciones y de referencias. El mundo no le es dado al *Dasein* como un conjunto de “objetos” con los cuales en un segundo momento él se pondría en relación y les atribuiría un significado o una función. Las cosas se le dan siempre ya provistas de una función y, por lo tanto, de un significado. Pero ellas se le pueden presentar como tales cosas sólo si están insertas en una totalidad de significados, de los cuales el *Dasein* ya dispone. Aquí se plantea una evidente circularidad, porque el mundo se nos da sólo en la medida en que ya tenemos un patrimonio de ideas o de prejuicios que nos guían en el descubrimiento de las cosas. Recordemos en este contexto que Platón decía que todo conocer es reconocer. Ahora, eso no significa que el *Dasein* disponga desde un comienzo de un conocimiento completo del mundo. Los significados de las cosas no son sino posibles usos para nuestros fines. El hombre es constitutivamente un poder-ser. Toda su existencia posee este carácter de apertura y de posibilidad. Por eso el *Dasein* está en

el mundo siempre como proyecto. Ahora, la articulación de esta comprensión originaria con las cosas es lo que llama Heidegger *Auslegung* (interpretación). Pero ésta no es una interpretación caprichosa o cualquiera, porque el *Dasein* no es algo cerrado desde donde tenga que salir para ir al mundo; el *Dasein* es siempre ya y constitutivamente relación con el mundo, antes de toda distinción artificiosa entre “sujeto” y “objeto”. “La interpretación es la apropiación de lo comprendido”, nos dice Heidegger (traducción de Rivera, p. 183). Pero el conocimiento como interpretación no es el desarrollo y articulación de las fantasías que el *Dasein*, como sujeto individual, pudiera tener sobre el mundo, sino que es la elaboración de la originaria relación con el mundo que lo constituye.

Ahora bien, el lenguaje es co-originario de la disposicionalidad y del comprender-interpretar. Aún más, es lo que hace posible el comprender interpretante o la interpretación de lo comprendido. Para Heidegger el discurso (el habla, el lenguaje), es la “articulación de la comprensibilidad”. “El todo de significaciones de la comprensibilidad se expresa en palabras. A las significaciones les brotan palabras; no es que las palabras-cosas sean provistas de significaciones.” (Sein und Zeit, p. 161). Y más adelante afirma: “El discurso es la articulación significativa de la comprensibilidad del ser-en-el-mundo, ser-en-el-mundo al que le pertenece el co-estar que se mantiene siempre en alguna forma del convivir preocupado” (traducción del autor). En estas afirmaciones de Heidegger encontramos varios elementos que nos parecen del más alto interés y que tienen que ver con el tema que estamos desarrollando. El primero es el empleo de la expresión “*Wörterdinge*” (palabras-cosas), con la que el filósofo identifica la palabra con la cosa. Recordemos el verso de Stefan George: “No hay cosa alguna allí donde falta la palabra” (Dörr, 1996). Las cosas existen porque hay una palabra que las nombra o porque existe el hombre que es capaz de decir esas palabras. El otro elemento fundamental es la afirmación de que a las significaciones les brotan las palabras y no a la inversa. Esta sentencia de Heidegger muestra una iluminadora correspondencia con formulaciones venidas de la teoría del lenguaje, así como también con algunos de los descubrimientos de la teoría de la evolución. Ya el mismo Darwin había afirmado que “el lenguaje articulado es una peculiaridad del hombre” y que “lo que distingue al hombre de otros animales no es simplemente el poder de articular, pues, como todo el mundo sabe, los loros también pueden hablar, sino que es la gran capacidad del hombre para conectar sonidos definidos con ideas definidas”. Pocos años después Friedrich M. Müller (1873, 1996), opositor de la teoría gradualista de Darwin

y defensor del carácter único del ser humano, distinguía entre un lenguaje emocional y uno racional. El primero u onomatopéyico lo compartiríamos con algunos animales. El racional, en cambio, sería específico del hombre. Ahora, la esencia de este lenguaje racional, que radica fundamentalmente en el hemisferio dominante, sería la capacidad para formar “raíces”. Y Müller afirma: “Tome cualquier palabra que quiera, remóntese históricamente hasta su forma más originaria y encontrará que, además de los elementos derivados que pueden ser separados fácilmente, la palabra contiene una raíz predicativa y que todo su poder connotativo descansa en ella... Estas raíces, que en realidad son nuestros títulos de propiedad más antiguos como seres racionales, aún suministran la savia viva de los millones de palabras esparcidas por el mundo, mientras que ningún indicio de ellas o nada que se les asemeje ha sido encontrado en el resto del mundo animal”. Hay una evidente correspondencia entre esas raíces lingüísticas de Müller y estas “significaciones” de Heidegger a las que “les brotan las palabras”. Y lo interesante en nuestro contexto estriba en el hecho que el salto cualitativo del homínido al *homo sapiens* fue justamente el de la adquisición del “lenguaje racional”, o “raíces” en la terminología de Müller, o de la estructura sintagmática en el lenguaje de Ferdinand de Saussure, y no de la emisión de sonidos o incluso palabras onomatopéyicas que –como vimos– ya lograban hacer nuestros ancestros prehumanos. Lo anterior no sólo nos está demostrando la validez de la descripción que hace Heidegger del *Dasein* (el ser que somos en cada caso), sino también la verosimilitud de la hipótesis de Crow del remoto origen de la esquizofrenia y de su vinculación con el surgimiento del lenguaje.

Ahora, según Ferdinand de Saussure, el lenguaje hablado (emitido) estaría caracterizado por dos principios: una estructura sintagmática, que corresponde a la organización de los elementos al interior de una sentencia, y un mecanismo paradigmático, según el cual cada componente de la secuencia (proposición o sentencia) puede ser sustituido por otro miembro de la misma clase. Esta distinción ha servido de fundamento a la teoría bi-hemisférica del lenguaje, según la cual la estructura sintagmática (los significantes) se originaría fundamentalmente en la región tétoro-occipital del hemisferio dominante (área de Wernicke), mientras la paradigmática, vale decir, los múltiples significados y sus asociaciones, en el hemisferio no dominante. Ambas funciones estarían conectadas a través del cuerpo caloso, el que tiene un tamaño desmesuradamente grande en el ser humano en comparación con otras especies (Cook, 1984). Cada significante está asociado a través de las fibras del cuerpo caloso con un número

que puede ser indefinido de significados. Esto es lo que le da la flexibilidad paradigmática a la sentencia. Ahora bien, la acomodación de estas asociaciones posibles en una estructura lineal sintagmática y comprensible tiene lugar en el lóbulo frontal del hemisferio dominante (área de Broca). La base de estas interconexiones y, por lo tanto, de la adecuada estructuración del lenguaje, es la asimetría del cerebro, que, como se sabe, se da en la dirección ántero-posterior, siendo más amplia la región frontal del hemisferio no dominante y la tétoro-occipital del hemisferio dominante. Pues bien, hay estudios anatómicos (Crow, 1990, 1997) y funcionales (Crow *et al.*, 1995) que demuestran la falta de diferenciación de los hemisferios cerebrales en la esquizofrenia. Y esto podría ser la base de un menor control sobre las asociaciones, perturbación que desde Bleuler reconocemos como la más característica de esta enfermedad.

Por último, habría que subrayar la otra sentencia de Heidegger mencionada y que se refiere a la relación entre la comprensibilidad, vale decir, el lenguaje con el co-estar y el convivir, algo que complementa luego, al afirmar que a la esencia del hablar pertenecen también las posibilidades de oír y de callar. La importancia de este pasaje es la relación del lenguaje con el otro, tema sobre el cual nos hemos extendido en otra oportunidad (Dörr, 1991). La ausencia del otro (en el autismo, por ejemplo) lleva necesariamente a la destrucción del lenguaje, pues “toda afirmación es ya una respuesta”, como dice Gadamer (1960). Pero esta destrucción del lenguaje se da hoy, como sabemos, sólo en casos extremos, o en pacientes muy abandonados o insuficientemente tratados. Lo que sí se mantiene como un síntoma fundamental de esta perturbación de la comprensibilidad en el sentido de Heidegger es, por un lado, el pensamiento laxo, dado el aflojamiento del arco intencional, en el sentido de Berze (1929), y por el otro, esa dificultad para moverse en los distintos niveles del lenguaje de la vida cotidiana, a pesar de una perfecta conservación de las capacidades intelectuales (Peters, 1991).

En suma, el síntoma fundamental de la esquizofrenia es la perturbación del pensamiento y del lenguaje; la esquizofrenia surge como una modificación genética contemporánea de la mutación que permitió al hombre el acceso a la palabra, y por último, visto desde la ontología fundamental de Heidegger, la esquizofrenia aparece como una perturbación de uno de los dos modos fundamentales de estar el hombre en el mundo, cual es la comprensibilidad, la interpretación como apropiación de lo comprendido y el lenguaje como la articulación de ambas. Por todas estas razones, estimamos fundamentada nuestra proposición inicial de concebir a las esquizofrenias como logopatías.

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III. Washington, D. C. APA (1980)
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM III-R. Washington, D. C. APA (1987)
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Washington, D. C. APA (1995)
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV-TR. Washington, D. C. APA (2000)
5. Angst J. Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Heidelberg-New York-Berlin: Springer Verlag (1966)
6. Berner P, et al. Diagnosekriterien Für Schizophrene Und Affektive Psychosen. Wien: Weltverband für Psychiatrie (1983)
7. Berze J, Gruhle H. Psychologie der Schizophrenie. Berlin: Springer Verlag (1929)
8. Bickerton D. Del protolenguaje al lenguaje. En: La especiación del *homo sapiens* moderno. Crow TJ (ed.). Madrid: Triacastela (2005), pp. 119-136
9. Binswanger, L. Schizophrenie. Pfullingen: Neske Verlag (1957)
10. Blankenburg W. Daseinsanalytische Studie über einen Fall paranoider Schizophrenie. Schweiz. Archiv. für Neurol. Neurochir. u. Psychiat. 81 (1958), S. 9-105
11. Blankenburg W. Die Verselbständigung eines Themas zum Wahn. Jhb. für Psychol., Psychotherapie und Med. Anthropologie 13. Jahrgang (1966), S. 137
12. Broca P. Remarques sur la siège de la faculté du langage. Bull Soc Anat Paris 1861; 6: 330-57
13. Buehler K. Teoría del lenguaje. Madrid: Revista de Occidente, S. A. (1979)
14. Cook ND. Callosal inhibition: the key to the brain code. Behavioral Science (1984) 29: 98-110
15. Crichton-Browne J. On the weight of the brain and its component parts in the insane. Brain (1879) 2: 42-67
16. Crow TJ. Temporal lobe asymmetries as the key to the etiology of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin (1990) 16: 433-444
17. Crow TJ. Constraints on concepts of pathogenesis: language and the speciation process as the key to the etiology of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry 1995, 52: 1011-1014
18. Crow TJ. Language and psychoses: common evolutionary origin. Endeavour 1996, 20: 105-109
19. Crow TJ. Is schizophrenia the price that *homo sapiens* pays for language? Schizophr. Res. 1997a, 28: 127-141
20. Crow TJ. Nuclear schizophrenic symptoms as a window on the relationship between thought and speech. British Journal of Psychiatry (1998), 173, 303-309
21. Crow TJ. March 27, 1827 and what happened later – the impact of psychiatry on evolutionary theory. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry (2006) 30: 785-796
22. Dörr O. La esquizofrenia como necesidad de la historia vital. Rev Chil Neuropsiquiat (1970) 9: 3-11
23. Dörr O, Enríquez G, Jara C. Del análisis clínico-estadístico del síndrome depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad en su contexto patogénico. Rev Chil Neuropsiquiat (1971) 10, 1: 17-39
24. Dörr O. Verdad y delirio. Rev Chil Neuropsiquiat (1984) 22: 193-199
25. Dörr O. Racionalidad e irracionalidad en el delirio. Revista de Filosofía (Chile) (1986) 27-28: 107-130
26. Dörr O. Die Destruktion der Sprache zur schizophrenen, 'Logopathie'. En: Sprache und Schizophrenie. A. Kraus & Ch. Mundt (Eds.). Stuttgart-New York: Thieme Verlag (1991), pp. 97-104
27. Dörr O. Psiquiatría antropológica. Santiago: Editorial Universitaria, 2ª Edición (1997)
28. Heidegger M. Sein und Zeit (10. unveränderte Auflage). Tübingen: Max Niemayer Verlag (1963)
29. Heidegger M. *Ser y Tiempo*. Santiago: Editorial Universitaria (traducción de Jorge Eduardo Rivera) (1997)
30. Huxley J, Mayr E, Osmond H, Hoffer H. Schizophrenia as a genetic morphism. Nature (1964) 204: 220-1
31. Jablensky A, Sartorius N, Emberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Ten Countries Study. Psychol Med (1992) Suppl. 20: 1-97
32. Kendell RE, McInnery J, Juszcak E, Bain M. Obstetric complications and schizophrenia. Two case-control studies based on structures obstetric records. Dr. J. Psychiatry (2000) 176: 516-22
33. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte (5. Auflage). Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1896
34. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte (6. Auflage). Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1899
35. Kretschmer E. Körperbau und Charakter (21. & 22. Auflage). Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag, 1965
36. Kuttner RE, Lorincz AB, Swan DA. The schizophrenia gene and social evolution. Psychol Rep (1967) 20: 407-12
37. Miskolczy D. Über das anatomische korrelat der Schizophrenie. Z. Neurol. (1933) 147: 509-44
38. Morey LC. Personality disorders in DSM-III and DSM III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. American Journal of Psychiatry (1988) 145: 573-577
39. Mowry B, Lennon DP, De Felice CM. Diagnosis of schizophrenia in a matched sample of Australian aborigines. Acta Psychiatrica Scandinavica (1994) 90: 337-341
40. Müller FM. Lectures on Mr. Darwin's Philosophy of language, Fraser's magazine vols. 7 and 8. In: R. Harris (ed.). The origin of language, pp. 147-233. Reprinted in Harris. Bristol: Thoemmes Press (1873, 1966)
41. Parfitt DN. The neurology of schizophrenia. J. Ment. Sci. (1956) 102: 671-718
42. Pelegrina H. Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología. Madrid: Ediciones Polifemo (2006)
43. Perris, C. A Study of Bipolar (Manic-Depressive) and Unipolar Recurrent Depressive Psychoses. Acta Psychiatrica Scandinavia. Suppl., 194, Copenhagen, 32: 115 f. (1966)
44. Peters UH. Die Verwerfungen im Sprach- und Textverhalten Schizophrener. En: Schizophrenie und Sprache. Hrsg. A. Kraus & C. Mundt. Stuttgart . New York: Georg Thieme Verlag (1991), pp. 8-21
45. Saussure F. de: Curso de lingüística general. Buenos Aires: Editorial Losada (1916, 1966)
46. Schneider K. Klinische Psychopathologie (sechste, verbesserte Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag (1962), S. 91
47. Stringer C. Los orígenes de la morfología y del comportamiento de los humanos modernos. En: La especiación del *Homo sapiens* moderno. Crow TJ (Ed.). Madrid: Triacastela (2005), pp. 35-44
48. Tellenbach H. Melancholie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag (1961, 1974, 1976)
49. Tellenbach H. Melancholie (vierte, erweiterte Auflage mit einem Exkurs in die mansich-melancholische Region). Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo: Springer Verlag (1983)

50. Widiger TA, Sanderson CG. Toward a dimensional model of personality disorders. In: The DSM-IV Personality Disorders. Ed. By W. J. Livesley. New York-London: The Guilford Press (1995), pp. 433-458
51. World Health Organization: The ICD-9 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization (1987)
52. World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization (1992)
53. Zerssen D. von: Methoden der Konstitutions- und Typenforschung. In: Enzyklopaedie der geisteswissenschaftlichen Arbeitsmethoden. (Hrsg. Thiel, M.) 9 Lfg: Methoden der Anthropologie. S. 35. München-Wien: Oldenburg (1973a. 115).

## ENSAYO

# ANTE LA INTEMPERIE EXISTENCIAL: ¿VERTICAL U HORIZONTAL?

(Rev GPU 2009; 5; 1: 80-87)

Francisco Huneus

El tema que expondré –que debería ser materia de una cátedra de psicología arqueológica (especialidad que, creo, no existe)– introduce un parámetro nuevo en los intereses de los terapeutas, cuyo origen se remonta a épocas prehistóricas y que aún debe estar presente en nuestras vidas y en nuestros cuerpos, aunque enterrado bajo siglos y siglos de culturización. Me refiero a la conciencia horizontal paradójica de nuestros antecesores del paleolítico, cuando subsistíamos como bandas de cazadores-recolectores.

Reconozco la audacia de este proyecto de remontarme a tal antigüedad, y cuya finalidad no es otra que aquietar una sencilla pregunta que seguramente todos nos hemos hecho alguna vez. Y permitidme (paradójicamente) haber insinuado la respuesta antes de formular la pregunta. Es que, como bien sabéis, existen realidades y tendencias ocultas que de tanto en tanto hacen su aparición, pero que, al no ser nombradas, no son detectadas. Ahora les vamos a dar su nombre.

## ¿QUÉ NOS ATRAJO?

¿Qué es lo que hace que personas adultas y formadas (me incluyo) opten por abanderarse con una escuela como la Gestalt y apartarse de la ortodoxia? ¿Es un acto de rebeldía, un acto de fe o de experiencia? ¿Por qué algunos permanecen y otros no? A Perls su desilusión con el psicoanálisis clásico lo hizo dirigir su mirada a los existencialistas, si bien sin contactarse directamente con ellos, y de ahí siguió su evolución hasta lo que ha llegado a nosotros como una forma de terapia y una forma de entender nuestras vidas. El mensaje básico que recibió es que uno debe tomar responsabilidad personal sobre la propia existencia. “Responsabilidad” o “habilidad de responder”. Lo esencial

en la vida es la capacidad para responder en forma personal. Sólo yo puedo moverme, pensarme, sentirme o vivirme. Yo soy yo, tú eres tú, pero me importas tú y creo que te importo a ti. Las confusiones comienzan cuando perdemos la conciencia o el darse cuenta de la propia existencia responsable; nos encontramos en la confusa situación de darnos crédito o desacreditarnos por lo que otros hacen, o dar crédito o desacreditar a otros por lo que hacemos. Y los errores están claramente tipificados en los cuatro conocidos mecanismos confundidores: introyección, proyección, confluencia y retroflexión.

Para muchos de nosotros la desilusión también es el gran golpe que nos hace despertar. Desilusión porque la vida no era lo que creíamos, porque el cielo



desapareció, pero no así el infierno cuando contemplamos la historia contemporánea.

Pero hay algo más que nos atrae. ¿Será que intuimos que en esta escuela hay algo arcaico muy anterior a la historia y la civilización y que nos abre un nuevo horizonte poco conocido de nuestros antepasados y, por ende, de nuestro presente?

Surge otra pregunta: ¿cómo conocer la mente de la antigüedad si la psicología, como nos llega a nosotros, es bastante reciente?

Sabemos que la psicología académica surgió de la filosofía y la fisiología. La filosofía proporcionó los problemas y las preguntas, mientras que la fisiología, y luego la física, los modelos y técnicas para la investigación empírica. Comenzando por Kant, el primer filósofo profesional (todo conocimiento comienza en la experiencia, pero no todo conocimiento emerge de ella –los a priori de espacio y tiempo–), siguiendo por Herbart, Mach (el mundo es simplemente la suma de nuestras sensaciones) y los psicólogos de las escuelas de Marburgo (la ciencia no descubre la verdad sino que la construye) y Baden (ciertos principios abstractos, a priori –los valores–, gobiernan toda la experiencia cognitiva), que contribuyen a que la psicología desemboque en las contribuciones de Husserl y su reducción fenomenológica (la fenomenología es anterior a la psicología porque se dirige al proceso subjetivo mediante el cual se presenta el fenómeno. Lo único que no puede dudarse es que los humanos experimentan-vivencian y que la atención ingenua, no sofisticada hacia la experiencia, es fenomenología).

Luego, en Viena, aparece la psicología de la forma, o Gestaltpsychologie, con Wertheimer, Koffka, Köhler, Lewin, Goldstein y Gelb –y su derivado como terapia, resultado de la actividad de un psicoanalista disidente, su mujer y toda la hueste que le siguió. La psicología de la Gestalt continúa como una importante tendencia académica dedicada a la interpretación de la percepción y del aprendizaje.

Así como todas las escuelas terapéuticas han tenido que partir desde el individuo presente, ya sea como autor, paciente, sujeto experimental mediante análisis externo de sueños, asociación libre, continuum del darse cuenta o introspectivo, siempre con un sujeto presente, lo cierto es que es difícil conocer el estado mental en tiempos pretéritos de personas y pueblos ya inexistentes. A eso quiero referirme, respondiendo a la pregunta anterior donde planteo la sospecha de que puede haber algo que representa una solución relativa a muchas incógnitas que aún acarreamos en nuestras vidas. Para esto me he basado casi enteramente en la obra de Morris Berman, y en especial los

volúmenes II y III de su trilogía sobre la evolución de la conciencia humana<sup>1</sup>.

## LA EXPERIENCIA DEL VACÍO

Podemos comenzar por la simple (o no tan simple) experiencia del vacío, del silencio, de lo que nos ocurre, por ejemplo, en una reunión familiar o social cuando, estando todos sentados a la mesa, se produce un silencio, un silencio que si bien en sí no es de naturaleza amenazante sino que expresa presencia, es visto como algo amenazador. Raro –extraño, en todo caso. Como si el silencio pudiera revelar alguna suerte de vacío espeluznante donde lo que se está evitando son preguntas de quiénes somos y qué estamos haciendo. El silencio hace aflorar estas interrogantes que viven en nuestros cuerpos.

Esto habla de nuestra cultura, porque hay otras culturas donde el silencio, más que una incomodidad, es reconfortante. John Fowles llama a este vacío el “nemo” y lo describe como un anti ego, un estado de ser nadie. “Nadie quiere ser nadie. Todos nuestros actos están parcialmente concebidos para llenar o marcar el vacío que sentimos en el fondo”.

Cuando miramos alrededor se puede comprobar que es por medio de las experiencias del alcohol, las drogas y el sexo que la mayoría puede recrear un estado de conciencia indivisa, de satisfacción primaria que constituye la unidad con nuestro medio ambiente, alimentos, amor romántico, éxtasis religioso, pantallas de video, TV. Hacemos miles de cosas para rellenar nuestras vidas –y sobre todo, tratamos que los demás nos amen (el gran relleno de nemo: el éxito y la fama), para así quizás llegar a amarnos nosotros mismos. Podría decirse que es una ideología escapista. El problema con esta ideología, como el problema de cualquier ideología, es que finalmente no funciona. Si el verdadero objetivo es recuperar una experiencia primaria perdida que está presente en todos los hombres y mujeres que en algún momento de sus vidas han tenido que separarse de sus madres y enfrentar su identidad e individualidad, entonces el éxito mundano, financiero, artístico, literario, está fuera del caso. El millonario muere solitario y amargado. Las ideologías surgen cuando la gente siente que carece de un anclaje somático.

<sup>1</sup> *Cuerpo y Espíritu, la Historia Oculta de Occidente* (Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1993), e *Historia de la Conciencia, de la Paradoja al Complejo de Autoridad Sagrada* (Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2005).

Para la persona sana (extremadamente escasa) la vida tiene su propio significado. Ella no necesita de ningún “ismo” para rellenar la brecha, la falta básica, para sentirse bien. Puede abrazar una causa, pero sin la necesidad de sentir que con ella valida su existencia. Para desgracia nuestra, la cultura occidental moderna es una conspiración para no hacer mención alguna del mundo de la satisfacción primaria, o siquiera del cuerpo. Por estar excluida de la discusión se nos exige tomar en serio el mundo de la satisfacción secundaria. Y lo más curioso es que la devoción a la satisfacción secundaria (las típicas son éxito, riqueza, reputación; hay otras: patriotismo, religiones organizadas, etc.) es tan profunda que mejor es callar y no andar diciendo que el rey está en pelotas, so pena de perder el empleo –¡por eso es mejor no tenerlo!

Nada de esto surte efecto a la larga, porque no penetra al estrato profundo. Nuestra derrota se refleja en nuestros cuerpos: o nos “apuntalamos” o nos aplastamos en una postura de colapso; y esto tiene un efecto profundo en la naturaleza de la cultura que creamos. Por lo tanto, es un problema de civilización, no sólo un problema individual –aunque son dos caras de la misma medalla. Como señala W. Reich, lo que aparece en el cuerpo del niño está creado por la cultura ambiente y, a su vez, crea (reproduce) esa cultura.

Una de las experiencias comunes a toda la raza humana –ciertamente al *Homo sapiens sapiens*, u hombre moderno, que se remonta a 90 ó 100 mil años (y Cro-Magnon)– ha sido la toma de conciencia existencial que he descrito arriba. Esta es la percepción de tener un sí mismo separado del entorno y de los otros. La aparición de la identidad también es el momento de la alienación. En esa época, fines del paleolítico tardío, aparece la capacidad de proyectarse en el tiempo que los arqueólogos han llamado “planeamiento profundo”. Hace 35 mil años hay un drástico aumento en artefactos de ornamento personal, lo que sugiere la aparición de esta conciencia de sí mismo. Lo más probable es que esta alienación siempre fue dolorosa.

La conciencia del yo, o del sí mismo, o del autorreconocimiento, es un proceso discontinuo que no surge de golpe. Tampoco puede ser verificado científicamente y su desarrollo es somático, ocurre muy profundo en el cuerpo; sólo parcialmente es cuestión de comprensión intelectual o cognitiva. Ocurre por lo general entre los 2 y 3 años de edad –es el momento en que se comienza a preguntar: “¿Quién soy yo?,” distinto del resto. Es la primera sensación existencial de ser una persona. El fin de la simbiosis y de la inocencia.

Sin embargo, el problema del nemo –del vacío y su existencia como un factor somático de la vida humana– no ha sido territorio de historiadores (al menos en términos teóricos) sino principalmente de psicólogos.

Han sido sabios franceses como Merleau-Ponty, Lacan y Henri Wallon, junto a británicos como Balint y Winnicott, los que han iniciado una indagación de la ontogenia y ontología humanas en términos de una brecha o quiebre psíquico fundamental.

En todas las culturas, en todas las épocas, la identidad humana está fuertemente condicionada por lo que sucede en el cuerpo del niño: aquí es donde comienza todo. Posiblemente Reich tenía razón cuando decía que nuestra historia cultural está codificada en nuestros cuerpos. La historia parecería ser algo así: el gran hombre, dañado en la infancia, que busca prestigio como sustituto del amor, usando (o convirtiéndose en) un curandero chamánico o una autoridad, y haciendo que el resto del grupo o el otro se sumerja en un juego bipolar de dominio-sumisión. Esto vale para relaciones familiares, de pareja, terapéuticas, dentro de las empresas, instituciones de todo tipo. No se ven muchas relaciones equitativas.

En lo que a nosotros hoy nos puede interesar es una interpretación somática del pasado, para construir un saludable futuro y presente somático. Para eso es necesaria una comprensión total de los orígenes precoces de este fenómeno del nemo y la forma en que la dinámica resultante impregna, de manera inconsciente, toda nuestra vida adulta.

¿Cómo podemos saber si hace mil años, ó 6, 30, 60 ó 150 mil años, pasaba lo mismo en el cuerpo? Es fascinante contemplar el mundo actual: su grado de organización, sus jerarquías, su desigualdad o inequidad, sus ideologías, sus conflictos y modos de resolverlos, considerando que lo que sabemos es de apenas los últimos 6.000 años. ¿Cómo en estos 60 siglos se transitó desde lo que se podría llamar relaciones “horizontales” relativamente igualitarias de pequeñas bandas de cazadores-recolectores, sin una relación clara de mando-obediencia, sin interés por “la verdad”, ni miedo a la muerte, a las relaciones “verticales” de religiones, estados y empresas contemporáneas?

Observado en forma histórica, la raza humana ha enfrentado esta realidad en tres formas básicas: un estado llamado “paradoja”, otro denominado “complejo de autoridad sagrada” y finalmente el estado actual de “aturdimiento”.

## LA PARADOJA

La primera forma de conciencia asociada a la civilización cazadora-recolectora es la que Bruce Chatwin<sup>2</sup>

<sup>2</sup> *Los Trazos de la Canción* (El Aleph, Barcelona, 1994, y Península, Barcelona, 2005).

llama “paradoja” o experiencia del “espacio”. Ésta es una toma de conciencia difusa o periférica cuya naturaleza puede describirse como “horizontal”; tal como lo es la política imperante en dicha civilización. No se caracteriza por una búsqueda de “significado” ni una esperanza de que el mundo sea de una u otra manera. Simplemente acepta al mundo tal como se presenta, y por lo tanto, pareciera requerir un alto grado de confianza. Se vive con la alienación, se acepta la incomodidad como parte de lo que es.

Es una toma de conciencia difusa, posiblemente heredada como prolongación del estado de alerta que se da en los animales. En los humanos la paradoja implica sostener simultáneamente proposiciones o emociones contradictorias; mantener la tensión de este conflicto de modo que pueda emerger una realidad más profunda.

En la literatura hay muchas descripciones de estados de conciencia que calzarían con la “paradoja”. Una de ellas de Ortega y Gasset en *Sobre la Caza, los Toros y el Toreo*:

Se trata de una atención “universal” que no se fija en ningún punto específico sino que intenta estar en todos. Hay un término magnífico para eso... alerta... sólo el cazador, imitando el perpetuo estado de alerta del animal silvestre... lo ve todo.

Es conciencia paradójica porque está simultáneamente focalizada y no focalizada. Es oscilante o periférica más que intensa o extática; también se manifiesta en el hecho de que un momento como éste se siente completamente individual y único, y al mismo tiempo, lo más personal se siente como lo más general, lo más conectado con los otros seres humanos. Lo efímero se experimenta como lo más duradero.

Pero es importante, creo, recalcar que para los cazadores-recolectores y pueblos trashumantes, desde el punto de vista sociobiológico, el factor más influyente era la supervivencia como especie. La supervivencia dependía de su capacidad para distinguir un pájaro entre el denso follaje de un árbol o divisar un reptil a varios metros. El Homo sapiens asimiló la actitud vigilante de los animales dentro de su estructura cerebral mucho antes de desarrollar la capacidad de conciencia de sí mismo, y no es probable que desde entonces la haya perdido. (En la vida cotidiana, atravesar una avenida a pie, conducir el automóvil mientras se sostiene una conversación, etc..) La supervivencia en la ciudad, y especialmente en las partes bravas, requiere de una alerta tipo animal. Por ejemplo, en el caso mío, casi cotidiano, yendo en bicicleta por la ciudad. En este caso,

además de una conciencia difusa, focalizada y deslocalizada, en que la atención va desde lo sensorial externo, con gran énfasis en lo visual y auditivo, también hay percepción sensorial kinestésica, balance, ritmo de pedaleo, etc. Pero aun así, puedo pensar en lo que tengo inconcluso en la oficina, planear el día, etc.).

## EL COMPLEJO DE AUTORIDAD SAGRADA

El segundo modo de negociar con la conciencia de sí mismo es lo que Morris Berman ha denominado “complejo de autoridad sagrada”, que a pesar de que puede haber antecedentes esporádicos de su existencia desde el paleolítico, su real florecimiento y su institucionalización coinciden con la civilización agraria, sedentaria. La confianza en el mundo ahora es mucho menor y el temor a la muerte ha ocupado un lugar prominente. El ser humano no tiene un mundo sino una visión del mundo, y la percepción tiende a ser de naturaleza vertical. Mientras que en la paradoja lo “sagrado” simplemente es el mundo, en el caso del complejo de autoridad sagrada, lo sagrado ha sido proyectado hacia arriba, hacia el ámbito de los dioses. De ahí provienen las grandes teocracias del Cercano Oriente, cuyas estructuras religiosas (y políticas) se encarnaban en pirámides y obeliscos que alcanzaban al cielo.

Simbólicamente hablando, por sobre estos monumentos había una imagen semidivina, por ejemplo el faraón, quien –al igual que el Papa, milenios más tarde– era considerado el representante de Dios (o de los dioses) en la tierra. La validación de la forma de vida de la nación era suministrada tanto cosmológica como políticamente, ya que ambas esferas compartían un orden sagrado que se alzaba como garante de la realidad misma.

En este sistema vertical las explicaciones para todos los sucesos eran, por consiguiente, totales, absolutas, y no es accidental, por ejemplo, que el ciclo de 3.000 años de la historia de Egipto se haya visto muy poco afectado por las rebeliones políticas. El complejo de autoridad sagrada forma una especie de capullo psicológico en el cual la certidumbre está relativamente asegurada y la alienación potencial bajo control. El horror a la intemperie aquietado.

Cerca del 2000 a.C., o después, la verticalidad del complejo de autoridad sagrada se agudizó aún más. Esto corresponde a la aparición de lo que Berman ha llamado la “experiencia de ascensión”, aunque pudieron haber habido rastros de ésta en el paleolítico. Este es el fenómeno de trance unitivo o éxtasis, que es la forma más dramática de generar seguridad psicológica –por un tiempo. Este tipo de conciencia corresponde a cierta

mitología heroica endémica en civilizaciones recientes (la epopeya de Gilgamesh en Mesopotamia, siglo III a.C.). En contraste con el difuso estado de alerta de la conciencia cazadora-recolectora, la experiencia de ascensión es vertical e intensa; entrega “certeza” tanto en términos de su abrumadora calidad numinosa como en términos de la jerarquía espiritual-política que inevitablemente genera. En sus formas religiosas, tales como los cultos de los misterios griegos, las prácticas rituales eran utilizadas para obliterar la conciencia, para sumergir al ego dentro del Uno, de lo Absoluto.

El gnosticismo, y finalmente el cristianismo, florecieron desde esos cultos, los que también tuvieron un fuerte impacto en los Diálogos de Platón, los cuales penetraron la civilización occidental como una especie de corriente subterránea contracultural (por ejemplo, el neoplatonismo del Renacimiento). Todo esto sirvió para compensar el dolor de la conciencia del ego mediante una experiencia mística que fusionaba la psiquis con el resto de la creación, lo que Freud llamó la “experiencia oceánica”. En su opinión, la experiencia era regresiva, un intento por retornar al estado fetal o a la madre primaria, arcaica. Jung, en cambio, la consideraba progresiva, como un contacto con cierto tipo de sabiduría primitiva. Y dado que son dos conceptos irreconciliables, existe un problema dentro de la cultura occidental que nos atañe directamente y genera bastante incomodidad hasta nuestros días. (Como joven estudiante católico, recuerdo lo fácil que era la vida: seguir ciertas reglas, cumplir ciertos ritos y reglas, creer en el Dios encarnado y en el cielo. Salirse de eso, y uno quedaba a la intemperie.)

Pero aquí hay un problema: ¿qué es lo sagrado? Para las sociedades cazadoras-recolectoras no había una categoría de existencia llamada “sagrada”. Cuando los aborígenes americanos se refieren al Gran Espíritu a menudo aluden al viento. Este espíritu es “meramente” la creación misma; las gotitas de agua deslizan por una hoja el aroma del bosque después de la lluvia, la sangre tibia del ciervo. Los aborígenes australianos, con los cantos. El estado de alerta es el *sine qua non* de la sociedad cazadora; la realidad es percibida con tal agudeza e intensidad, que todos los detalles del entorno parecen “resplandecer”. Pero no hay que confundir esta terminología con una suerte de experiencia de trance. Aquí no hay pérdida de conciencia o “fusión con lo absoluto”. Esto no es inmanencia, no-transcendencia; no hay experiencia de “la zarza ardiente” ni pérdida de límites. En este mundo lo secular es lo sagrado que nos rodea por todas partes. Por eso Berman lo denomina percepción horizontal.

La civilización agrícola consiguió desencantar el mundo en un sentido periférico y luego reencantarlo en

un sentido focalizado o centralizado. La energía vertical finalmente avasalló y reemplazó a la horizontal, como se aprecia en la arquitectura de las grandes teocracias egipcia y azteca. También es la base de las religiones y los sacerdocios. La energía erótica del trance unitivo es erradicada del entorno y canalizada dentro de ciertas experiencias específicas vistas ahora como normas culturales: el amor romántico (que no existe entre los cazadores-recolectores), el heroísmo (las leyendas arturianas, la búsqueda del Grial) y la necesidad de ir a la guerra. La guerra es irresistible para la humanidad porque provee situaciones de numinosa intensidad: uno se siente “vivo”, ligado al universo; Sartre la describe como una experiencia religiosa (*La Náusea*), y B. Russell recuerda que en 1914 “Descubrí que hombres y mujeres corrientes se deleitaban ante la perspectiva de una guerra”; “Lo que me llenó de horror fue que la expectativa de la masacre era deliciosa para algo así como el 90% de la población. Esto me obligó a reconsiderar mis opiniones sobre la naturaleza humana”.

Desde esta perspectiva, la estructura de la religión en la civilización occidental (sea que hablemos de herejía u ortodoxia) es vertical; el universo mundano aquí abajo y el cielo allá arriba. Esa verticalidad, que comienza en algún momento alrededor del 2000 a.C. y que aceleró su crecimiento en la llamada Edad Axial (después del 1000 a.C.), produjo a su vez su propia dicotomía, una aguda división entre lo secular y lo sagrado, siendo la salvación la promesa de la esfera sagrada.

En contraste con esto, la “religión” cazadora-recolectora era, en su mayor parte, simplemente la “magia” de la vida cotidiana.

En *Los Trazos de la Canción*, Bruce Chatwin afirma que en la conciencia del nómada el movimiento es esencial para su realización personal, y que enriquecía de tal manera la vida aquí en la tierra que la mayoría de los cazadores-recolectores no necesitaban crear una religión o el concepto de vida después de la muerte. La vida errante devuelve la armonía original (paradoja) que existía entre los seres humanos y el universo. Es una tendencia migratoria instintiva, algo que llevamos con nosotros en un sentido inherente o genético. La vida errante no busca la permanencia, la seguridad, un refugio contra el cambio o la inseguridad. El movimiento es el sustrato psicológico de la experiencia paradójica, el abrazar la vida tal como viene y no exclusivamente a través de los filtros del mito y el ritual. En cambio, en las sociedades sedentarias éstos han sido considerados, equivocadamente, como fuentes fundamentales de vitalidad. En este sentido, los cazadores-recolectores fueron los primeros fenomenólogos —es decir, “no-istas”, y esta visión corresponde a más del 99% de la duración

de la experiencia humana en el planeta. Si el caminar es el mecanismo que mantiene en jaque la “verticalidad”, debemos recordar que los homínidos lo hemos estado haciendo por más de 4 millones de años. Probablemente no hay nada en la historia de la evolución que haya tenido tal continuidad.

Sin embargo, es posible que el potencial para la verticalidad, tanto de tipo religioso como político, sea inherente a nuestra conformación como seres humanos. Pero en las sociedades cazadoras-recolectoras, aparentemente se gatilla bajo ciertas condiciones críticas. Cuando eso sucede ciertos subgrupos agresivos se adelantan y toman el poder, lo cual empuja al resto del grupo al dilema del prisionero: o te subes al carro de la victoria o te quedas abajo.

## EL OFUSCAMIENTO

También podría llamarse “aturdimiento” o disminución de la conciencia. Éste es el tercer modo de disminuir o perder la conciencia –y, como sabemos muy bien, es propio de las sociedades industriales, ya sea por medio de tranquilizantes, antidepresivos, alcohol, espectáculos deportivos, religión organizada, hacer muchas cosas, “trabajolismo”, etc. El trance todavía existe, pero a menudo como una especie de “herejía”, y en general está prohibido: si bien los psicofármacos son legales, el peyote y los hongos alucinogénicos no lo son.

Vale la pena destacar que la civilización, sea agrícola o industrial, es de una pieza y continua. En ambas los ordenamientos políticos son verticales y lo sagrado está en otra parte “en el cielo”. A su vez, los líderes comparten la santidad o se les rodea de un aura, de carisma.

Desde luego que esto es tentativo y bastante contrapuesto al pensamiento antropológico convencional y esa visión negativa de las religiones que se fomenta en el mundo secular, que las considera como una forma de aturdimiento, sometimiento, fanatismo oscurantista, “el opio del pueblo” y cosas por el estilo.

Por lo tanto, lo que estoy exponiendo aquí debe resultar un tanto chocante para quienes hayan estudiado el tema. Pero también hay que reconocer que la Gestalt, antropológica y genéticamente, está con nosotros desde los inicios de la humanidad, y que muchos de los procesos sensoriales que ocurren en otras especies pueden ser entendidos desde la Gestalt. Por lo demás, no tiene nada de extraño: las ideas sobre morfogénesis siempre van sumando una cosa a otra anterior (cerebro triunfo de MacLean). Ciertos aspectos pueden coexistir y por muy vertical, jerárquica, amante de la verdad y odiadora de la muerte que sea esta civilización actual, lo cierto es que lo antiguo aún está con y en nosotros.

La gran dificultad para nosotros es que el fenómeno de la paradoja es virtualmente invisible en nuestra civilización, porque normalmente se entiende que la forma de romper con el paradigma dominante (analítico) del pensamiento occidental es a través de un cambio a la introvisión gnóstica, a alguna forma de misticismo o de pensamiento mitológico. A diario somos testigos de muchas de estas tendencias, muchos hemos participado. En las últimas décadas los partidarios del paradigma holístico enarbolado por los entusiastas de la Nueva Era parecen no haber entendido el paradigma racional-científico que pretenden destronar; y es posible que su celo “no pensante” haya sido el mismo celo no pensante que ha caracterizado a todos los nuevos paradigmas a lo largo de los siglos. Con una mirada no pensante no se podía ver a través de la naturaleza religiosa del paradigma; era como estar en el antiguo Egipto con el faraón reemplazado por un conjunto de jergas técnicas.

Es muy posible que la adicción a los paradigmas esté enraizada en una negación de nuestras experiencias somáticas. Si pensamos que nuestro cuerpo está hecho para estar en continuo movimiento, la vida moderna es una prisión. Las emociones dolorosas viven en el cuerpo. Las adicciones –y entre ellas, la adicción al cambio de paradigma– nos permiten escapar y vivir en nuestras cabezas. Pero sin experiencia corporal, cualquier nueva espiritualidad es un fetiche.

Necesitamos un enfoque que nos permita obtener información detallada sobre las principales relaciones del hombre con la naturaleza, el otro y consigo mismo. Quizás una de las maneras sea familiarizarse con esta conciencia paleolítica que nos acompaña y que hace su aparición en situaciones tan decidoras como es la historia personal de algunos.

## UN CASO QUE TRANSITÓ DE LO VERTICAL A LO HORIZONTAL

Una de las figuras más interesantes del siglo XX, Ludwig Wittgenstein, experimentó a lo largo de su vida una evolución que podría entenderse como una transformación desde una conciencia vertical a una horizontal. Esto mismo debe haberle pasado a muchas personas que evolucionan con los años desde actividades de alta intensidad y concentración a otras más pausadas y espaciadas, y que pueden ser entendidas como un paso normal del desarrollo y el deterioro de los años, pero también como una vuelta a un estado más afín con nuestra naturaleza primigenia –y aunque desde ningún punto de vista es una recomendación o algo que se puede buscar activamente, es al menos

un consuelo para los que se sienten perdidos en este mundo y que poco a poco se han habituado a deambular, a buscar y a estar en constante movimiento. Mal que mal, el 99,8% de nuestra existencia como especie posiblemente tuvo la paradoja como el estado de conciencia prevalente.

Wittgenstein entró a estudiar ciencias de la aeronáutica en Manchester en 1908. Tenía 19 años. Era el hijo menor de un acaudalado industrial vienés. Pero su interés se centró en las cuestiones filosóficas y el análisis matemático. Impresionado por B. Russell y su *Principia Mathematica*, y a instancias de Frege, se fue a estudiar con Russell. Con éste como mentor, a los 26 años había completado la mayor parte de lo que se convertiría en una de las mayores obras filosóficas: el *Tractatus Logico-Philosophicus*, un análisis de los fundamentos de la lógica. Esta obra es el epítome de la tradición vertical trascendente, una versión, podría decirse, platónico-intelectual del complejo de autoridad sagrada, en el cual la explicación del mundo (es decir, sus leyes fundamentales) no se encuentra en el mundo sino en alguna parte fuera de él.

Según Wittgenstein, los planteamientos del *Tractatus* son los peldaños de una escala que hay que ascender para llegar más allá de ellos. Mediante la lógica pura se alcanza el ideal. Platón llevado a su conclusión lógica, al igual que la de Wittgenstein, es un curioso producto híbrido de lo intelectual y lo místico. La frase final de Wittgenstein: “De aquello que no se puede hablar, mejor es callar”, fue por muchos años malinterpretada como una declaración de positivismo lógico, cuando en realidad dice que ciertas experiencias (verticales, intuitivas) son inefables (inexplicables). Wittgenstein combatió en la guerra de 1914, lo que le impactó de tal manera que, según Russell, se había convertido en un místico.

La segunda etapa de Wittgenstein lo encuentra habiendo cedido su herencia a sus hermanos y empleándose como maestro de escuela en pequeñas aldeas de la Baja Austria, coincidiendo con el Movimiento de Reforma Educativa austriaco, de orientación socialista e igualitaria, que no se ajustaba a sus conceptos religiosos. Sin embargo, compartía los principios básicos de sus métodos de enseñanza, en particular que la educación no consistía en memorizar sino en fomentar la iniciativa y participación activa del estudiante y motivar la curiosidad y deseo de saber. Él mismo estaba convirtiéndose a la filosofía de que nadie conoce el mundo a través de esencias abstractas sino a través de una toma de conciencia contextual. Esencial en este cambio fue la psicología de la forma o Gestalt de Karl Bühler, quien sostenía que el contexto determinaba el significado (la

figura sin el fondo no tiene sentido). La “percepción de aspecto” de la figura ambigua de la copa-cara de Köhler la repite una y otra vez en sus obras posteriores, aludiendo a que el significado depende más del contexto que de la esencia (inherente), y que la precisión y el rigor del lenguaje no mejoran necesariamente la comunicación y la comprensión. Una posición de horizontalidad total, el reverso del argumento vertical del *Tractatus*. Se había vuelto nómada cazador-recolector. Curiosamente, el impacto que tuvo el *Tractatus*, dándole gran ímpetu a la escuela del positivismo lógico, se debió a lo mal que fue interpretado. Esta escuela considera que “la metafísica es una patraña” porque no puede ser validada por la experiencia.

El Wittgenstein tardío asumió una postura antropológica incluso con respecto a las matemáticas, afirmando que no existe fuera de la mente (o del cuerpo). Al final de su vida, consideraba que las cosas realmente importantes para la vida son sólo aquellas que están más allá del escrutinio científico. Se ocupó de no dejar una escuela y terminó abandonando por completo el platonismo y la búsqueda de esencias, la que consideraba un ejemplo de “ansias de generalidades” que tiene todo enfoque científico erróneo, como su propio *Tractatus*. La formación de conceptos no está sujeta a las leyes inmutables de la lógica, sino que es algo que está siempre ligado a una costumbre o una práctica. Una manera de decir que la profundidad está en la superficie (en su época de profesor de escuela su gran pasatiempo fue la lectura de historias de detectives). En uno de sus apuntes dice: “Lo único que puede hacer la filosofía es destruir ídolos. Y eso significa no crear uno nuevo –como, por ejemplo, ‘la ausencia de un ídolo’”.

## CONCLUSIÓN

Eugene O’Neill dice: “El hombre nace roto, vive remendándose”. El chamán mazateca dice: “Yo soy el que recompono”.

Nada va a cambiar con lo que he presentado, excepto tal vez una mejor aceptación por nosotros mismos de nuestra postura como escuela psicoterapéutica, vista a veces un tanto anárquica, poco sistemática y hasta caótica otras veces. No proponemos ni tenemos la verdad. Nuestro fundamento no es una concepción de la vida después de la vida sino que la vivencia y la expresión corporal como proceso se desenvuelven ante las circunstancias. Aceptamos las cosas como son y que la vida es esto, lo que hay; la muerte, un dejarle espacio a otros. Todo, incluyendo el encuentro con el otro, nos resulta de alguna manera sagrado, en su espontaneidad,

creatividad y autenticidad. Somos una serie de bandas polimorfas de exploradores de personas y vivencias. No prometemos la salvación ni la seguridad ni la trascendencia ni la verdad.

Nuestro enfoque, posiblemente el más antiguo de todos, nos permite obtener información detalla-

da sobre las principales relaciones del hombre con la naturaleza, con el otro y consigo mismo. Para mí, esta incursión ha resultado muy reconfortante al haberme mostrado que en realidad no estamos tan solos. Es que nuestro pasado paleolítico aflora en nuestro tiempo de formas muy sutiles y casi invisibles.

ENSAYO

# ALGUNAS REFLEXIONES PARA UN MARCO REFERENCIAL INTEGRADOR EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

(Rev GPU 2009; 5; 1: 88-95)

Marcelo Cárcamo<sup>1</sup>

El presente ensayo tiene su comienzo en el trabajo realizado durante el Seminario Investigación Multidisciplinaria en Depresión, actividad que forma parte del primer año del programa de Doctorado en Psicoterapia de las Universidades de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile. El objetivo de este curso, dirigido por el Dr. Juan Pablo Jiménez, era analizar cómo en torno a la Depresión (su diagnóstico, etiología, tratamiento, neurobiología) se ha generado una gran cantidad de conocimiento que permite reconocer puntos de convergencia entre disciplinas tales como la Psiquiatría, Psicología Cognitiva, Neurobiología, Psicoanálisis y la investigación en Apego. En este espacio de profundización y reflexión fue posible observar cómo se desplegaba ante nosotros un amplio y diverso campo conceptual, empírico e investigativo. Dada esta cantidad de información, surgen las preguntas que dan origen y destino a esta reflexión: ¿Estamos ante territorios demarcados por sus propias concepciones, métodos, teorías y aplicaciones o es posible reconocer en todos ellos ciertos principios de realidad común? ¿Existe un potencial conciliador que genere puentes que faciliten el diálogo entre profesionales provenientes de saberes conceptualmente distantes? Esta reflexión buscará dar cuenta de este ejercicio conduciéndonos entre consideraciones filosóficas y meta-psicológicas hasta la proposición de un marco epistemológico que valide cierta forma de reunir estos variados temas. También describiremos, con el objetivo de ejemplificar, algunos temas que facilitan la integración considerando distintos tópicos para finalmente exponer un argumento ético relevante de discutir para nuestro propósito.

---

<sup>1</sup> Programa de Doctorado en Investigación en Psicoterapia.  
Universidad de Chile - Pontificia Universidad Católica de Chile - Ruprecht Kart Universität, Heidelberg.



## ANTECEDENTES

Es posible rastrear en diversos pensadores la tendencia a integrar conocimiento, son cientos las referencias a las que es posible acudir para ejemplificar este intento. Filósofos, sociólogos, antropólogos, politólogos, historiadores y posiblemente cualquiera de nosotros anhela integrar a pesar de las dificultades que conlleva unir planos heterogéneos. Integrar parece ser un anhelo humano universal.

Prefiero recurrir desde mi sesgo formativo a dos fuentes, aunque bien podrían ser otros los que me ayudaran a exponer lo que aquí intentaré presentar. El primero será S. Freud, quien después de haber consolidado en 1927 su vertiente de pensamiento culturalista con la publicación de "El Porvenir de una Ilusión" escribe, hacia 1929, uno de sus obras más controvertidas: "El Malestar en la Cultura". En el primer capítulo de este singularísimo trabajo comenta, a partir de una idea de W. Fliess, lo que podría ser considerado el origen de la experiencia religiosa, a saber, una sensación de eternidad que posiblemente encuentre residencia en millones de seres humanos. Freud califica e identifica este sentimiento como "sin límites, barreras, por así decir *oceánico*" (p. 66). Esto que claramente es una vivencia subjetiva puede ser aquello que también se manifiesta en la épica lucha por encontrar en el conocimiento cierta experiencia de totalidad, completitud, unidad e integración. Nuestro referente, decididamente agnóstico, reconoce que no le es posible resonar en esta vivencia religiosa pues no reconoce en sí mismo la experiencia de este sentimiento y, menos aún, la eventualidad de describirlo o descubrirlo. Refiriéndose al dramaturgo alemán Christian Dietrich Grabbe (1811-1836) quien escribe que "de este mundo no podemos caernos", señala de esta forma el indisoluble vínculo existente entre conocimiento y comunión, al advertir una suerte de co-pertenencia con la totalidad de la realidad que nos rodea; Freud ilumina de esta manera la idea de que es posible reconocer un particular anhelo en el ser humano relacionado a experimentar la unidad. Más aún, y encaminándose a los límites de lo demostrable, Freud señala aun que en los enamorados es posible reconocer frecuentemente este deseo que, desconociendo la información de los sentidos, declara que amante y amada son uno y que es posible encontrarlos dispuestos a actuar en concordancia según las exigencias que el mundo así imponga. Esta observación nos da pie para considerar a nuestra segunda fuente: Platón.

El discípulo de Aristóteles pone en boca de Aristófanes, en el diálogo conocido como *Simposio* o *El Banquete*, el relato del mito andrógino. Según este relato,

en una época primordial, los seres humanos se deleitaban en una existencia de ser un solo ser: "la figura de cada uno era por completo esférica, con la espalda y los costados en forma de círculo; tenía cuatro brazos e igual número de piernas que de brazos, y dos rostros sobre un cuello circular, iguales en todo; y una cabeza, (...) dos rostros situados en direcciones opuestas, (...) dos órganos sexuales..." (p.66). De suerte que cada uno se experimentaba completo. Los dioses, viendo en esta condición un potencial ataque a su naturaleza perfecta (podemos decir completa), decidieron partir estos seres en mitades de manera que, desde entonces, cada uno va por el mundo buscando rescatar y encontrarse con su otra mitad. Lo que se puede señalar es que este mito expresa no sólo una dimensión de la vida de la pareja humana sino de todas aquellas situaciones en que apreciamos dualidades: encuentro de mundos escindidos, oriente y occidente, fe y razón, también teoría y praxis, clínica e investigación. Es una manera de proponer un estado originario, primordial, en el que se define la búsqueda del ser humano por la completitud. Porque tal vez está en la naturaleza de nuestra especie tender a lo completo y así dejar atrás lo parcial. Teniendo presentes estas ideas, de aquí en adelante abordaremos otras de carácter muy diverso. Puntualmente, describiremos hitos en la manera de comprender cómo la ciencia trabaja, para poder entender el estado actual de nuestro pensamiento a la luz de evidenciar cómo decimos que trabajamos en la producción de saber científico y cómo es que realmente lo hacemos.

## CÓMO TRABAJA LA CIENCIA

La manera en que la comunidad científica trabaja y se comunica es un fenómeno bastante discutido. Desde mediados del siglo XX se ha producido una reflexión sistemática en torno a sus procedimientos esenciales, la filosofía y la historia de la ciencia nos dan la oportunidad de reconocer hitos centrales en su devenir para así poder aproximarnos a fijar el contexto en el que hoy nos encontramos. Describiendo sus principales momentos, características y limitaciones, pretendemos explicitar los diferentes supuestos que en ella operan y así entender los mecanismos a desafiar frente a proposiciones que surgirán ante los argumentos a revisar.

De acuerdo a la propuesta de Goodstein (2005) es posible entender la ciencia, además de como un conjunto de diversos conocimientos, como una acumulación de complejas formas de producción de conocimiento con la capacidad de poder transformar nuestras vidas. En este sentido podemos estudiar la ciencia desde dos

miradas: considerando los supuestos que han operado a la base de los diversos constructos teóricos que han hecho posible este progreso (esto implica describir una epistemología) y, segundo, es seguir el modo en que se produce el conocimiento realmente; es ésta la que nos resulta más pertinente a la naturaleza de este trabajo. Esto último implica tomar cierta distancia de la epistemología y procurar atender a cómo concreta y cotidianamente la ciencia trabaja.

En la primera mirada es factible reconocer una aproximación al desarrollo de la ciencia, que podríamos llamar Modelo Clásico. Éste se puede identificar ya que en él se trabaja considerando que lo que constituye a la ciencia como tal, su carácter esencial, es el acatamiento del “método científico” que tiene su fundamento en la duda cartesiana. Este modelo opera como proceso, ya que supone una recolección progresiva de datos por observación; sin ninguna clase de prejuicios y, a partir de ella, la formulación de explicaciones y predicciones. Este modelo, así fundado, no logra dar cuenta del hecho de que mucha investigación se hace sobre la base de fenómenos no observables y que siempre se inicia con una serie de supuestos. También desconoce que el trabajo de investigación parte de un elemento común, la pasión del investigador y esto, de por sí, pone en entredicho su núcleo objetivo (Goodstein, 2005).

Como una alternativa a esta mirada idealizada de la ciencia surge, a finales de los años 1950 y comienzos de los años 1960, el trabajo de Karl Popper (1962) “Conjeturas y Refutaciones”. Éste reconoce que la ciencia comienza siempre grávida de preconceptos, prejuicios que son capaces de tomar la forma de hipótesis, sesgos o teorías. En la práctica nunca sería posible que una teoría pueda ser validada por la evidencia. Una afirmación cuando entra en la categoría de verdad deja su estatus científico y, solamente, quedando la oportunidad de que ese nuevo saber pueda ser sometido sucesivamente a refutaciones por parte de quienes mantengan discrepancias con sus propuestas recupera para sí dicho estatus. Esto es lo que se conoce como Modelo del Falsacionismo Metodológico, es el aporte a la manera de observar cómo la ciencia realmente trabaja. Esta manera de concebir la generación de conocimiento al interior de la ciencia topa con algunas constataciones, como el que todo conocimiento tiene un punto de partida previo. No es posible sostener la hipótesis de la “tabula rasa” a partir de la que se construiría lo que sabemos del mundo. Pero tampoco es lógico, ni coherente sostener que los científicos buscan permanentemente falsar sus propias teorías ya que la comunidad científica parece ser un espacio en que los

científicos buscan compartir y, fundamentalmente, validar y legitimar sus propuestas.

A comienzos de los años 1980 se popularizó la propuesta de Thomas Kuhn respecto del progreso científico, que éste había descrito ya en 1962, en su libro “Estructura de las Revoluciones Científicas”. El Modelo de las Revoluciones Científicas, basado en la noción de paradigma, bastante difundido y discutido, sostiene que el avance del conocimiento se produce a través de sucesivas revoluciones paradigmáticas. El paradigma facilita una forma de concebir lo que se plantea como problema, con qué método se le estudia y los modos de dirigir activamente la investigación. El cambio de paradigma ocurre cuando éste no es eficiente para la explicación de nuevos fenómenos que lo cuestionan o porque directamente nuevas propuestas atacan sus supuestos fundamentales. Pero las limitaciones de esta aproximación son varias porque, primero, no se precisa cuán grande debe ser el cambio para considerarlo en sí una revolución. Segundo, que los cambios en un paradigma sean profundos no implica necesariamente que sean inconmensurables y, por último pero no menor, es que la práctica científica permite apreciar que muchas veces se superponen los paradigmas provenientes de diversas áreas de conocimiento. Es por este último elemento que nos interesa señalar un nuevo modelo epistemológico de la ciencia.

En 1970 Imre Lakatos publica “Historia de la Ciencia y sus Reconstrucciones Racionales”, húngaro discípulo de K. Popper, mucho más polémico por su cercanía con el pensamiento hegeliano (por tanto, con una perspectiva materialista/histórica). Este filósofo de la ciencia reconoce efectivamente que la actividad científica se organiza más bien en lo que él identifica como Modelo de “Programas de Investigación”, que a diferencia de los paradigmas (con los que comparte gran parte de su estructura interna) tienen la capacidad de co-existir como grupos de teorías con matrices comunes. Lakatos plantea que el inicio de todo programa de investigación, contradiciendo la lógica de su maestro, surge en medio de una gama de anomalías. La efectividad de los programas de investigación estaría en que pueden anticipar una gran cantidad de fenómenos, pero no se puede establecer por cuánto tiempo gozará de este crédito. Las limitaciones de este enfoque, como lo hace notar C. Pérez (1997), está en que la ciencia elaborada desde esta mirada sólo puede defenderse a sí misma por su mejor capacidad predictiva y no por su estatus de verdad científica. Y, por lo tanto, no es mejor que cualquier otra fuente de conocimiento, ya que cualquier alternativa trabaja con predicciones a posteriori.

## UN NUEVO MARCO DE TRABAJO

K. Kendler (2005) plantea la necesidad de generar un nuevo marco conceptual y filosófico para la Psiquiatría, que eventualmente se hace extensivo a todas las áreas del saber. Ya que la gran cantidad de información acumulada por disciplinas tales como la Psicología, Sociología, Neurobiología y tantas otras nos confronta al imperativo de encontrar puntos de convergencia. Este profesor del Departamento de Psiquiatría del Virginia Commonwealth University propone su búsqueda en una serie de afirmaciones, coincidentes con las que planteó E. Kandel (1998). Por la naturaleza de este trabajo no podremos describirlas exhaustivamente, pero las repasaremos brevemente: a) La psiquiatría se basa en cuanto a su objeto de estudio en experiencias personales (subjetivas), que en último término es el reconocimiento de lo que podemos llamar vida mental, b) el dualismo cartesiano mente/cuerpo es una falacia y más bien podemos considerarlo un sistema integrado en función, c) la vida mental no es un epifenómeno de la actividad cerebral, d) existe una causalidad recíproca mente/cerebro, e) los trastornos psiquiátricos son entidades fenoménicas altamente complejas en su etiología y, obviamente, multideterminadas, f) un pluralismo explicativo es mejor alternativa que cualquier monismo, particularmente los biologicistas, g) la psiquiatría requiere apartarse de la lucha entre paradigmas para poder considerar enfoques que incorporen la complejidad del fenómeno que estudia con una fuerte raigambre empirista y modelos explicativos pluralistas, y h) se hace imperioso aceptar un modelo con miras a integrar las explicaciones complejas existentes en psiquiatría. Esta descripción del panorama actual de la Psiquiatría específicamente, que toca ampliamente a la Psicología, nos invita a movernos hacia terrenos de mayor cuestionamiento crítico, hacia un planteamiento de problemas de modo más creativo y a un marco referencial conceptual innovador, útil. Ya nuestras disciplinas, tanto la Psicología como la Psiquiatría, sostiene K. Kendler (2005), están en pie dada su madurez a comprometerse en una empresa que facilite y haga posible la creación de todo tipo de puentes que puedan integrar los avances en el conocimiento. Integración que debiera alejarse del riesgo de caer en reduccionismos simplistas que devienen en ópticas estrechas y en “trajes a la medida” que se convierten en un eclecticismo espurio. Los problemas con los que trabajamos en nuestras disciplinas son lo suficientemente complejos como para negar la posibilidad de resolverlos con un arsenal metodológico cada vez más diverso, enriquecido de estrategias, comprensiones e hipótesis. Esta dialéctica –eclecticismo v/s

reduccionismo– podemos acometerla teniendo presentes valores como la humildad, la comprensión amplia y la rigurosidad que ha caracterizado por decenios a nuestras escuelas de pensamiento. D. Brendel (2003), destacado profesor de Psiquiatría de Harvard Medical School, EE.UU., sostiene que esta dialéctica requiere ser enfrentada con un nuevo espíritu, más crítico y que nos haga posible alcanzar a nuevos enfoques. Estos enfoques debieran poder suponer nuevas preguntas, metodologías novedosas, explicaciones multi-orientadas, potencialmente multifactoriales y, ante todo, enraizado en una praxis y anclada en la ciencia empírica. De esta manera, sostiene Brendel, será factible consolidar un modelo explicativo que trascienda esta dualidad aparentemente irreconciliable, para fundarse en la evidencia y estar –siendo esto un punto nodal– respaldados por una práctica que conduzca hacia abordajes beneficiosos de los problemas de nuestros pacientes.

## ÁREAS DE POSIBLES CONVERGENCIAS

Las publicaciones en los últimos 10 años muestran una tendencia a explicitar los temas que pueden abrir la puerta a la posible convergencia entre disciplinas. Sin dudas, estos campos pueden ser de muy disímil naturaleza, y puede que el lector considere que existan algunos más relevantes que otros. Referiremos a continuación dos de esos espacios en que diversas clases de puentes se tienden entre saberes: el primero, *Psicoanálisis y Neurobiología*, expresa la necesidad de unificar una descripción de la fisiología de los procesos cerebrales y la comprensión teórica más amplia que se tiene de los procesos mentales. El segundo espacio, *Psicología Cognitiva y Psicoanálisis*, da cuenta de las propuestas y hallazgos entre comprensiones del funcionamiento mental que se consideraban tradicionalmente antagónicas y que desde hace algún tiempo confluyen en la visión de la etiología, psicopatología y tratamiento de la Depresión.

### Neurobiología y Psicoanálisis

El connotado Premio Nobel de Medicina 2000, Eric Kandel, sostiene en un artículo de 1999 que a pesar de sus dificultades el Psicoanálisis continúa siendo la teoría de la mente más coherente e intelectualmente más satisfactoria con que contamos. Reconoce que el método inductivo con el que trabaja, por mucho tiempo no aportó elementos suficientes para un estudio científico de la mente, ni tampoco hizo posible el testeo experimental continuando con una metodología invariable por casi 100 años. Éstos y otros aspectos hicieron que

en los años 1990 se hiciera explícita la llamada “Crisis del Psicoanálisis” (Jiménez, 2006) caracterizada por el aislamiento del Psicoanálisis respecto de otras disciplinas sobre el ser humano. El trabajo de Kandel sugiere en términos de facilitar la validación externa de las hipótesis psicoanalíticas el acercamiento con las ciencias biológicas en general y, en particular, con la neurobiología. Propone aportar fundamentos desde la neurociencia y alentar la investigación para testear ideas específicas de cómo funciona la mente. Si esta tarea fuera posible, estaríamos frente a la oportunidad de contar con un nuevo paradigma para la construcción de una teoría de la mente (Jiménez, 2006).

De acuerdo a E. Kandel (1999) los temas posibles en que podrían darse encuentros entre la neurobiología y el Psicoanálisis serían los estudios de 1) la naturaleza de los procesos mentales inconscientes, 2) la relación temprana madre-bebé, y 3) resultados en psicoterapia y cambio estructural en el cerebro, entre otros por mencionar algunos de los más relevantes.

Señalaremos algunos aspectos que nos ofrezcan un panorama de cada uno de estos puntos:

1. El Psicoanálisis sostiene que la mayor parte de nuestra vida mental es de naturaleza inconsciente. Estudios como los de B. Milner con pacientes amnésicos le permitieron descubrir las distinciones entre memoria declarativa y procedural, siendo esta última de carácter pre-verbal, implícita, relacionada con experiencias tempranas de establecimiento de patrones relacionales, con particulares redes neurales diferenciadas y factible de ser actualizada sin pasar por la experiencia del recuerdo o formar parte de complejos automatismos motores y relacionales. Esta memoria procedural tendría gran significación en los procesos psicoterapéuticos, ya que muchos de los avances importantes comprometen la realización de un nuevo conjunto de memorias implícitas favoreciendo que la relación terapéutica progrese a un nuevo nivel; en estos cambios parece no ser relevante el insight consciente sino algo que se escenifica en la relación. (Clyman, 1991; Sandres y Stern, 1998 en Kandel, 1999)
2. Kandel (1999) sostiene que en la relación con su cuidador principal, el bebé, establece la matriz principal de relaciones futuras, constituyendo de este modo primordiales representaciones internas. Los aspectos de relación entre los estilos de apego temprano perturbados responderían a la consecuencia de respuestas a la toxicidad del eje HHP a la corticotropinas (Nemeroff y Plotsky, 1996). Por tanto, el establecimiento de un vínculo materno

temprano seguro sería un factor protector ante situaciones de estrés.

3. La psicoterapia muestra un efecto consistente en cambios persistentes sobre la conducta por medio de aprendizajes, que alientan cambios en la producción de genes, modificando –de acuerdo a Kandel– conexiones entre células nerviosas. Es más, en algunos casos incluso el crecimiento y retracción de conexiones sinápticas, proceso denominado neurogénesis. Respecto de este punto P. Fonagy (2004) señala que los aportes de la neurociencia a la psicoterapia investigada se realizará en la línea del progreso de la biología molecular, la cual se expresará en el esclarecimiento de la vulnerabilidad genética frente a los trastornos. La prevención centrada en la identificación de marcadores biológicos de vulnerabilidad ambiental, el fortalecimiento de tratamientos psico-sociales biológicamente indicados y la supresión de la dualidad psicosocial/biológica en miras a un acercamiento integrado. (Santander, J. Marcadores Biológicos en Psiquiatría. GPU 2007; 3; 1: 65-70)

### Psicología Cognitiva y Psicoanálisis

Algunos trabajos (Luyten, Corvelyn y Blatt, 2005) muestran la creciente tendencia a la integración entre el Psicoanálisis y las teorías Cognitivas de acuerdo a las formulaciones de S. Blatt y A. Beck sobre las dimensiones psicológicas de la depresión. Particularmente en lo concerniente a la conceptualización y tratamiento de este trastorno. Nos concentraremos en las propuestas comunes sobre dimensiones de la personalidad como factores de vulnerabilidad tanto para las formas clínicas y no clínicas de la Depresión.

Sydney Blatt, desde una perspectiva de las relaciones objetales y del desarrollo cognitivo, describe la dependencia y el perfeccionismo autocrítico como factores de vulnerabilidad para la depresión. Resultando la formulación de los tipos anaclíticos (o dependientes) versus el tipo introyectivo (o perfeccionista autocrítico), así como las formas mixtas de ellos.

Aaron Beck hizo una distinción similar desde la percepción Conductual/Cognitivista entre sociotropía y autonomía como estilos de personalidad cognitivo/afectivas que otorgan vulnerabilidad a la depresión, que en un nivel descriptivo muestra muchas similitudes con el modelo de Blatt.

Estas similitudes han alentado una importante investigación empírica en esta área, usualmente poco conocidas aún, incluso entre quienes se han especializado en investigación o tratamiento de trastornos del ánimo.

A continuación expondremos algunos conceptos básicos que permiten comparar ambos modelos, particularmente destacamos en cada uno la concepción del desarrollo normal de personalidad y las consideraciones para el entendimiento de la psicopatología.

### *S. Blatt y sus teorías del Desarrollo Normal y Patológico*

El desarrollo de la personalidad normal puede ser considerado como el resultado de la interrelación dialéctica entre dos líneas de desarrollo fundamentales:

- a) **Anaclítica:** en que la normalidad lidera el incremento de la madurez, complejidad y mutua satisfacción de las relaciones interpersonales
- b) **Introyectiva:** que conduce el desarrollo de una identidad y un self estable realista y esencialmente positivo.

En el caso del desarrollo óptimo elevados niveles de identidad y autonomía marchan junto a la capacidad de formar y mantener complejas, diferenciadas y satisfactorias relaciones interpersonales. Éstas contribuyen recíprocamente al desarrollo de sentimientos de identidad y autonomía más integrados y positivos.

El desarrollo de la personalidad patológica se entiende como el énfasis desmedido de una de estas dos líneas de desarrollo y el rechazo o evitación defensiva de la otra línea. Por lo tanto, la psicopatología se caracteriza por una disrupción de la interacción dialéctica entre estas dos líneas de desarrollo (rigidez de la exageración de una y rechazo de la otra). En el desarrollo normal de ambas líneas existe una interrelación sinérgica, en tanto en la psicopatología hay una rígida exageración de una línea de desarrollo a expensas de la otra.

### *A. Beck y sus teorías del Desarrollo Normal y Patológico*

Los trastornos psicológicos pueden ser vistos como patrones básicos de conducta que una vez que han servido a la experiencia se tornan usualmente maladaptativos en nuestra sociedad moderna. De acuerdo con Beck, la depresión es una reacción a pérdidas que reactivan un programa innato consistente en rendirse y desesperanzarse, lo cual serviría para reducir las necesidades del individuo hasta que nuevos recursos puedan ser desarrollados. Beck ha propuesto que tales estrategias configuran el desarrollo de la personalidad normal: armonía y adaptación caracterizarían el ambiente del funcionamiento de la personalidad normal. La psicopatología

emergería cuando estas estrategias se usan de forma excesiva, compulsiva y/o inapropiada.

- a) **Sociotropía:** son fundamentalmente orientados hacia las relaciones interpersonales, su autoestima depende de recibir amor, cuidado y aceptación de los otros. (Trastornos de personalidad dependiente, histriónico, evitativo, pasivo-agresivo y limítrofe)
- b) **Autonomía:** se orienta a la independencia y el control y su autoestima depende de la adquisición de objetivos. (Trastornos de personalidad esquizoide, paranoide, narcisista, antisocial y obsesivo-compulsivo)
- c) La psicopatología es una forma exagerada de una de estas líneas de desarrollo generando dos cluster que se corresponden con la caracterización de Blatt.

## **ARGUMENTOS CONTRA LA INTEGRACIÓN**

Quisiéramos dar cuenta que frente a la posibilidad de la integración entre Psicoanálisis y Neurobiología no existe acuerdo. Esta postura adversa puede ser revisada en el trabajo de Blass y Carnelli (2007). En este artículo afirman que todo fenómeno psicológico posee un sustrato biológico, pero la relación entre estos dos campos del conocimiento sobre lo humano no sería tan necesaria. La Neurociencia nos acerca a la biología de la mente, pero es inoperante para dar cuenta acerca de las significaciones de procesos como los sueños, los afectos, los pensamientos, motivaciones y todo aquello que puede ser objeto del psicoanálisis; ni de cómo podría ser entendido ni ordenado significativamente. El Psicoanálisis es un proceso y una teoría orientada hacia la comprensión de significados latentes y de la verdad psíquica del individuo que determina su vida, entonces los hallazgos neurocientíficos son irrelevantes tanto a sus objetivos como a su práctica. Sostienen que las explicaciones biológicas no hacen más profundo ni mejor el entendimiento de la influencia de los significados o verdades psíquicas; obviamente no podría ser ignorado el efecto del daño biológico al interpretar adecuadamente los significados de los eventos. Esta ansia de complementación parece tener su origen en un materialismo empiricista, propio de la mentalidad biologicista de occidente que apoya esta tendencia actual. Lo real es lo biológico y eso es lo que no es necesario demostrar, pues al psicoanálisis le preocupa la "realidad psíquica". Los correlatos no harían más profundo nuestro entendimiento de la influencia de los "significados latentes o verdades psíquicas", que

serían las áreas de dominio del Psicoanálisis. De acuerdo con estos autores, la idea biologicista a la base del Neuro-Psicoanálisis va contra la esencia de la visión del mundo del Psicoanálisis. El valor de significado aportado por la biología se aleja del que alienta la empresa psicoanalítica, las que la neurobiología nunca podrá aprehender a cabalidad. Otros investigadores (Fuchs, 2004 y Redolar, 2002) más ampliamente señalan que el complejo espectro que constituye a las relaciones interpersonales jamás podrá ser descrito fisiológicamente; ante las vicisitudes de un encuentro personal la pericia, sensibilidad, experiencia e intuición del clínico no pueden ser sustituidas. Dimensiones esenciales del encuentro psicoterapéutico, tales como el nivel de significado, la temporalidad, existencia y la experiencia del auto-conocimiento están más allá de lo que podrá abordar la neurobiología.

### UN CAMINO PARA LA INTEGRACIÓN: PLURALISMO PRAGMÁTICO

Brendel (2003) escoge la propuesta argumentativa que describe cómo los sistemas explicatorios que aún cuando son distintos y tratan con un mismo objeto de estudio –como sería el caso de la psicología y la neurociencia– pueden “co-evolucionar”. Esto implica que entre ellos diversos conceptos son compatibles y pueden proveer recursos explicatorios sólidos; éste sería el modelo que podría dar a nuestras disciplinas un marco para integrar rigurosamente y fundados en la evidencia conceptos biomédicos y psicológicos. Es de este modo que consideraciones pragmáticas pueden beneficiar esta tarea de superar la dialéctica reduccionismo/eclecticismo. El pragmatismo reconocería la imposibilidad de atrapar la verdad y pondría en primer plano poner al alcance del trabajo explicaciones que radicarían su valor en la capacidad de alcanzar resultados favorables para las personas en su vida cotidiana. El pragmatismo que sería pertinente a nuestros campos debiera ser uno factible de reconocerse por estar basado en la evidencia, en el que las buenas prácticas profesionales tienen consecuencias concretas en los pacientes (por ejemplo aliviar el dolor psíquico) y promover un funcionamiento adaptativo al servicio del paciente. En el campo de la psiquiatría y, extensivamente, la psicología debiera el pragmatismo caracterizarse por tres características centrales: *ser un pluralismo explicativo*, es decir, ser capaz de incorporar explicaciones limitadas desde diversos campos de conocimiento; segundo, fortalecimiento de una completa *participación de los pacientes en el diseño de sus tratamientos*, que alienta evitar el paternalismo y fortalece

empoderar a los pacientes respecto de los valores éticos de la autonomía, el consentimiento informado y la dignidad de ser humano. Tercero, *considerar la naturaleza provisional de las explicaciones* tanto en Psiquiatría y en Psicología; que tiene como consecuencia el desarrollo de una empresa científica impregnada por valores como la humildad, la tolerancia y lo hipotético de sus propuestas.

Dejar atrás la pugna tradicional entre eclecticismo y reduccionismo tiene consecuencias en muchos niveles. Pero probablemente aquel campo más sensible de verse afectado es el que tiene directa relación con los cuidados que podamos proveerles a nuestros pacientes. Mantener algunas de estas posturas es cerrarse a la complejidad del conocimiento actual y tener oportunidades que provean de soluciones creativas, novedosas a los pacientes que frecuentemente atendemos tanto en los contextos públicos como en el privado. Ciertamente no faltarán las voces que señalen que tanto conocimiento implica una suerte de super-hombre que, al estilo del humanismo renacentista, pueda ser capaz de manejar vastos contenidos y heterogéneos lenguajes. Frente a esto resulta fundamental recurrir a posturas prácticas, como lo que el Dr. César Ojeda (2007) denomina *alfabetización epistemológica*, y que fundamentalmente consiste en instruirse en los lenguajes de disímiles áreas disciplinarias. Alentar la actitud de estar en un permanente proceso de aprendizaje y enseñanza, tener la flexibilidad, la paciencia y la modestia para desempeñar muchas veces, quizá hasta el fin de la vida, el rol de aprendiz y maestro. Es quizá esta actitud, en un mundo saturado de información, con la cual podamos responder eficazmente a las demandas de nuestros pacientes, que con un sufrimiento se acercan a nosotros, que tienen en la cotidianidad un nombre y un rostro concreto para cada uno de nosotros.

### REFERENCIAS

1. Blass R. The Case against NeuroPsychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*. 2007; 88: 19-40
2. Brendel D. (2003) Reductionism, Eclecticism, and Pragmatism in Psychiatry: The Dialectic of Clinical Explanation. *Journal of Medicine and Philosophy*, vol 28, Nos 5-6, pp. 563-580
3. Corvelyn J, Luyten P, Blatt S. Ed. (2005) *The Theory and Treatment of Depression*. Leuven University Presss, Belgium.
4. Fonagy P. Psychotherapy Meets Neuroscience. *Psychiatric Bulletin*, 2004; 28: 357-359
5. Freud S. (1930) *Obras Completas. El Malestar en la Cultura*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1996
6. Fuchs T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Current Opinion in Psychiatry* 2004; 17(6): 479-485
7. Goodstein D. (2000) *How Science Works. Reference Manual on Scientific Evidence*, 2<sup>nd</sup> Edition, U.S. Federal Judicial Center

8. Jiménez JP. After Pluralism: Towards a New and Integrated Psychoanalytic Paradigm. *International Journal of Psychoanalysis* 2006; 87: 1487-507
9. Kandel E. A New Intellectual Framework for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155:457-469
10. Kandel E. Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 505-524
11. Kendler K. Toward a Philosophical Structure for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162:433-440
12. Martin J. The Integration of Neurology, Psychiatry, and Neuroscience in the 21st Century. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159:695-704
13. Ojeda C. Alfabetización Epistemológica. *Rev Gaceta Universitaria* 2007; 3, 1: 9-10
14. Pérez C. (1995) *Sobre un Concepto Histórico de Ciencia*. Editorial LOM. Santiago
15. Platón (1975) *El Banquete*. Alianza Editorial, Madrid

## ENSAYO

# UN ALEGATO CONTRA EL NEUROPSICOANÁLISIS ACERCA DE LAS FALACIAS QUE SUBYACEN EN LAS ÚLTIMAS TENDENCIAS CIENTÍFICAS DEL PSICOANÁLISIS Y SU IMPACTO NEGATIVO SOBRE EL DISCURSO PSICOANALÍTICO<sup>1</sup>

(Rev GPU 2009; 5; 1: 96-110)

Rachel B. Blass y Zvi Carmelli<sup>2</sup>

**En este trabajo los autores ofrecen una revisión crítica de los planteamientos de los partidarios de la creciente tendencia neuropsicoanalítica, los que sostienen que los hallazgos neurocientíficos son relevantes e importantes para el desarrollo y la justificación de la teoría y la práctica psicoanalíticas. Se ponen en evidencia algunas intuiciones que llevaron dichos alegatos a la popularidad y las falacias que subyacen a ellas. Los autores sostienen que hoy es crucial articular la reflexión en contra de la tendencia neuropsicoanalítica porque, en la base del debate acerca de su relevancia para el psicoanálisis hay una pugna acerca de la naturaleza esencial de la teoría y la práctica psicoanalíticas. Esta nueva tendencia se apoya en una perspectiva biologicista para la cual sólo lo que es biológico es real y, por lo mismo, ofrece una visión del psicoanálisis que limita su significación a un interés único: la comprensión de los significados y el papel del discurso en el discernimiento y la justificación de los mismos.**

**E**n la última década una tendencia neurocientífica se ha introducido de manera importante en el discurso psicoanalítico. Más allá del rápido crecimiento en extensión y popularidad de la literatura y actividad neuropsicoanalíticas, en ella se da expresión a un sentimiento que es dominante en contextos oficiales de parte de los líderes del pensamiento analítico. Ellos sostienen que la neurociencia es valiosa y, más aún, necesaria para la

evolución del psicoanálisis. Se argumenta que ignorar esto es aferrarse a las teorías y prácticas analíticas temiendo enfrentar la realidad que está en el poder de la neurociencia moderna para corroborar o invalidar esas teorías y prácticas (Kernberg, 2004; Mayes, 2003); que es negar evidencias del funcionamiento mental que son de interés vital para el psicoanálisis y, por lo tanto, es rechazar una nueva visión profunda de la teoría

<sup>1</sup> Este trabajo fue originalmente publicado en el Int J Psychoanal 2007;88:19-40. Traducción del inglés al castellano realizada por María Eugenia Legües y César Ojeda con la autorización de los autores y de Lina Kopicaite, Permissions Assistant, Wiley-Blackwell (UK)

<sup>2</sup> Depto. de Psicología, Universidad Hebrea, Mt Scopus, IL-91905 Jerusalem, Israel. rbllass@mssc.huji.ac.il; Zcarmeli@mssc.huji.ac.il



y práctica que está a punto de evolucionar, quizás más pronto de lo que pensamos, a partir de la unión de estos diferentes campos (Sacks [internet]). El tono de este discurso es por momentos profético, su origen autoritario y su llamado se propaga ampliamente<sup>3</sup>. Cuando más de 1.000 psicoanalistas aplaudieron las brillantes imágenes de los escaneos coloridos de las tomografías por emisión de positrones (PET), presentadas en el discurso de apertura del 44º congreso de la IPA en el año 2004 por el renombrado científico cognitivo Prof. Antonio Damasio, fue más evidente que nunca lo dominante de la tendencia neurocientífica actual en el psicoanálisis.

Aunque pareciera que no todos los analistas encuentran tan atractiva esta tendencia, en la literatura analítica existe una referencia limitada a argumentos específicos en contra de ella (Edelson, 1984, 1986; ver también Boesky, 1995; Smith, 1997).

En este trabajo intentaremos expresar claramente estos argumentos en contra, para hacer explícita las razones fundamentales que están a la base de la oposición al neuropsicoanálisis. Nuestro primer punto es que la aplicación de la neurociencia al psicoanálisis se basa en inferencias no garantizadas, las que pueden tener un significativo impacto negativo en la forma cómo el psicoanálisis evolucionará en el futuro. Como intentaremos demostrar, el neuropsicoanálisis no ofrece sólo una perspectiva de la relación entre dos campos separados, neurociencias y psicoanálisis (como lo mantienen sus proponentes), sino más bien lleva a una nueva perspectiva de la naturaleza del psicoanálisis: una perspectiva biológica. Por lo tanto, el debate sobre el neuropsicoanálisis es en verdad un debate acerca de la verdadera esencia y objetivos del psicoanálisis mismo. Lo que está puesto en tela de juicio no son los principios de tales o cuales teorías psicoanalíticas sino, más bien, el interés del psicoanálisis por los significados, entendidos como fenómenos mentales, interés que une a todas y cada una de las teorías analíticas.

Discutiremos cuatro áreas del estudio neurocientífico que han sido presentadas en la literatura psicoanalítica reciente como de valor considerable para el psicoanálisis: trauma y memoria, motivación y afecto, teoría de los sueños y teorías de la mente. Nos enfocaremos en un grupo de artículos típicos que están impactando

actualmente al psicoanálisis. Estos artículos, que han aparecido recientemente en contextos psicoanalíticos oficiales, han sido escritos por psicoanalistas bien conocidos o expertos en el campo del neuropsicoanálisis. En ellos ejemplifican y explican la visión de que la neurociencia contribuye significativamente al psicoanálisis. En algunos puntos, para fortalecer nuestra discusión, nos referimos a artículos adicionales, especialmente a varios publicados en los dos últimos años en la revista *International Journal of Psychoanalysis (IJP)*.

Al examinar cada una de las cuatro áreas del estudio neurocientífico señaladas, presentaremos primero los postulados básicos respecto de la relevancia de los hallazgos neurocientíficos para el psicoanálisis y luego destacaremos las intuiciones o supuestos subyacentes que sostienen a estos postulados.

Estos supuestos subyacentes poseen un significado especial, puesto que conducen a los analistas –que no están entrenados en neurociencias o necesariamente inmersos en sus hallazgos– a concluir que, en verdad, la neurociencia es relevante para su trabajo. Finalmente presentaremos nuestro examen crítico de esos postulados y supuestos, y señalaremos las consecuencias negativas de apoyarlos de manera sistemática. Después de examinar estas cuatro áreas presentamos un cuadro comprensivo del estado problemático y del impacto de la tendencia actual neuropsicoanalítica. Antes de enfocarnos en el estudio debe tomarse nota de tres puntos:

- a) Los argumentos teóricos o conceptuales que presentamos acerca de la relevancia limitada de los hallazgos neurocientíficos en el psicoanálisis no son completamente nuevos. Hay una larga e importante tradición filosófica que ha hecho postulados similares en relación a la conexión entre el reino psicológico y el biológico y, más específicamente, entre psicología y neurociencia (Edelson, 1986; Fodor, 1974, 1975, pp. 1-26; Polany, 1968; Shanon, 1992, 1993; ver también Bennett y Hacker, 2003). Nuestra contribución a este debate se basa en que examinaremos la relevancia limitada de la neurociencia específicamente para el psicoanálisis, y elucidaremos la atracción que ella ejerce a pesar de esas limitaciones.
- b) Nuestra oposición a los esfuerzos por integrar el psicoanálisis y las neurociencias no implica que el psicoanálisis sea vulnerable en un diálogo interdisciplinario sino, más bien, destaca la fuerza y el valor especial del psicoanálisis como un dominio concerniente a significados, y al cual las neurociencias no pueden contribuir significativamente. Sin

<sup>3</sup> “Creo que, en no mucho tiempo más, vendrá una unión profunda y casi inimaginable entre la neurociencia y el psicoanálisis, entre las aproximaciones desde fuera y desde dentro... Yo sospecho que esto ocurrirá en el periodo de vida de las personas más jóvenes entre ustedes” (Sacks [internet]).

embargo, los hallazgos neurocientíficos pueden ayudar a demarcar los límites del psicoanálisis. Pueden determinar cuándo las anormalidades neuronales son de un tipo en el que la intervención psicológica, y por lo tanto el psicoanálisis, sería fútil. Pero ésta no es *per se* una contribución al psicoanálisis sino más bien marca las condiciones en las que el psicoanálisis sería a la larga relevante.

- c) Al rechazar la contribución de las neurociencias al psicoanálisis como tal no cuestionamos de ningún modo el que todos los fenómenos mentales requieran un sustrato biológico. Sólo cuestionamos la relevancia y el valor de la comprensión del sustrato biológico, el disco duro de la mente, para la comprensión de lo mental. Este artículo puede tomarse como una invitación a considerar seriamente este asunto, el cual en debates recientes ha sido dado como no necesitado de mayor esclarecimiento.

## LAS CUATRO ÁREAS DEL ESTUDIO NEUROCIENTÍFICO

### Trauma y memoria

#### *El planteamiento*

Los hallazgos neurocientíficos con relación a los sistemas de memoria explícita e implícita dejan claro que la organización de la memoria es tal que muchos recuerdos traumáticos no están codificados en forma explícita y por lo tanto son irrecuperables como tales. En verdad, surgió un debate acerca de la recuperabilidad de los recuerdos dentro del psicoanálisis independientemente de las neurociencias. Pero las neurociencias, al revelar las bases biológicas de los procesos relevantes, decide en este debate a favor de la irrecuperabilidad de algunos recuerdos (Pulver, 2003; Novell, 2000). La irrecuperabilidad de los recuerdos no es la consecuencia de una técnica clínica limitada, que con el tiempo podría mejorar sino que está determinada por la biología del cerebro, un factor que no puede modificarse por la interpretación analítica. Esto tiene implicancias clínicas, de manera que uno no puede seguir buscando ciertos recuerdos traumáticos o acordar con el paciente que es necesario o siempre posible hacerlo. Además, las neurociencias, basadas en las neuroimágenes de la anatomía del cerebro, distinguen entre diferentes tipos de memoria explícita (genérica y episódica) y memoria implícita (asociativa y procedural). Esas distinciones con relación a la naturaleza fundamental de la mente tendrán que tomarse en cuenta en cualquier teoría psicoanalítica de la mente. Por ejemplo, Westen y Gabbard explican:

Aunque muchos estudios de neuroimágenes son de interés primordial para establecer relaciones cerebro/comportamiento, los estudios descritos aquí son más relevantes al psicoanálisis porque documentan que ciertas distinciones funcionales son también estructurales (en el sentido neuroanatómico), y por lo tanto sería inapropiado usar el mismo término (i.e. memoria) para describir dos sistemas diferentes. Éste es un ejemplo en el cual los datos neurocientíficos presionan a las teorías psicoanalíticas, las cuales deben, o hacen distinciones que van en paralelo a aquellas documentadas en la literatura experimental, o justificar por qué tales distinciones no son apropiadas con respecto a ciertos datos clínicos (2002a, p. 69).

Puesto que en el curso del trabajo psicoanalítico se aplican todas las formas diferentes de la memoria, el conocimiento en relación a los diferentes efectos de estas formas de memoria bajo condiciones diferentes nos puede permitir lograr mejor nuestros objetivos terapéuticos. Novell describe esto a través de un caso ilustrativo. Él concluye:

El insight neurobiológico en los efectos del stress en la formación de la memoria en pacientes con historia de trauma produjo un cambio en el timing de mis intervenciones terapéuticas... Los pacientes con PTSD se presentan a la terapia con un hipocampo que está ya comprometido, y con una amígdala hipersensible. En estas condiciones, una respuesta exagerada del cortisol al stress emocional, gatillada por la amígdala, puede inundar el hipocampo y dejar al paciente incapaz de retener aún la mejor interpretación. Además, un afecto excesivamente negativo durante una sesión puede llevar a nada más que una repetición traumática del daño original en un paciente que sufre un PTSD. Así, con pacientes como Tara, podría ser mejor 'pelear cuando el fierro está frío' y dar interpretaciones durante momentos de calma emocional, cuando pueden ser procesadas y recordadas (2000, p. 179).

Con otras palabras, el descubrimiento de los estados neurológicos que subyacen a desórdenes diferentes y del impacto neurológico de formar recuerdos a través de la interpretación nos permite predecir mejor, y entender, no sólo si un evento doloroso o traumático será recordado sino los métodos que facilitan su recolección y recoger sus consecuencias. Se puede encontrar un argumento similar en Tuttle (2004) y Cimino y Correale (2005).

### Los supuestos subyacentes

Para que sean válidas nuestras teorías psicoanalíticas en relación a la memoria, no pueden contradecir hechos conocidos relacionados con la mente. Por lo tanto, si las neurociencias muestran que hay recuerdos que no pueden ser recordados, entonces la teoría psicoanalítica no puede sostener que sí pueden recordarse y, consecuentemente, no puede desarrollar una teoría clínica de curación basada en el rescate del recuerdo. Además, fueron los métodos o técnicas neurocientíficas los que pudieron distinguir entre ideas que podían ser recordadas y otras que no, entre aquellas que podían ser recordadas explícitamente y las que sólo podían recordarse en forma implícita, y fueron estos métodos los que revelaron las consecuencias terapéuticas de recordar bajo las diferentes condiciones, de manera que sería posible aplicar un proceso terapéutico más sensible y eficiente. Con el avance tecnológico podríamos esperar desarrollar tales métodos y técnicas.

### Los problemas

1. El objeto del tratamiento analítico no es necesariamente una "recordación" objetiva.

Los hallazgos neurocientíficos relacionados con la memoria serán relevantes sólo para esos analistas que sostienen que el recuerdo real de los hechos de los eventos pasados es un objetivo principal del tratamiento psicoanalítico. Éste es un asunto debatido. Aparte de los casos en que existen muchas formas específicas y masivas de traumas tempranos, dentro del psicoanálisis domina una tendencia a mirar el recuerdo de eventos en sí mismos, como teniendo una contribución limitada al proceso analítico. Se ha argumentado que, siguiendo el cambio de Freud de enfocarse a la fantasía y la transferencia, dos tipos de procesos relacionados llegaron a ser más significativos que el recuerdo de los hechos *per se*:

- a) El descubrimiento de las tendencias del paciente a recordar en cierta forma las maneras cómo los significados se adscriben y la dinámica inconsciente que determina tal adscripción; y b) la experiencia y comprensión en el presente (en la transferencia) de los eventos pasados o significados que no necesitan nunca ser recordados en sí mismos [Caper, 1999, p. 61; Feldman (internet); ver también Kris, 1956, p.55; Laplanche, 1992].

Se puede ver que, al mirar los hallazgos neurocientíficos como altamente relevantes al proceso analítico, se está sustentando la dominancia de la posición que plantea que el fenómeno del recuerdo ha sido siempre crucial al proceso analítico (Pulver, 2003; Tutte, 2004; Novell, 2000) y/o que el proceso analítico debe ser modificado para acomodarse al hecho neurocientíficamente probado de que el recuerdo no puede siempre lograrse (Andrade, 2005). Es importante tener en cuenta que la idea de que el recuerdo es central para el psicoanálisis tradicional, no está avalada por ningún hallazgo neurocientífico sino, más bien, es una consecuencia de considerar que las neurociencias son de valor para el psicoanálisis.

2. La posibilidad del recuerdo y sus consecuencias no es específicamente un hallazgo neurocientífico.

La pregunta acerca de si los traumas pueden o no ser recordados en forma explícita o implícita puede ser objeto de un estudio empírico, pero tal estudio no pertenece especialmente al campo de las neurociencias. Una respuesta adecuada a esta pregunta requerirá un examen de la frecuencia del recuerdo de traumas entre un grupo de sujetos de quienes se sabe que lo sufrieron. En forma alternativa, uno podría examinar si el recuerdo de los traumas corresponde a situaciones reales y también determinar las consecuencias terapéuticas de tales recuerdos. En verdad, si se encontrara que pocos traumas pueden recordarse, o demostrarse que pocos son verídicos, tendría poco sentido esperar conseguir tales recuerdos en el curso del análisis. El psicoanálisis debería estar influenciado por tales hallazgos. De hecho, el reconocimiento de Freud de esta situación determinó su cambio hacia una teoría etiológica centrada en la fantasía más que en un trauma externo. Sería un error, sin embargo, mirar tales hechos empíricos como neurocientíficos.

3. Los hallazgos neurocientíficos sólo pueden poner de manifiesto el proceso biológico de las formas de la memoria que ya han sido reconocidas como tales de manera fenomenológica.

Los hallazgos neurocientíficos que son citados por los analistas en el contexto del trauma y la memoria explican cómo ciertos eventos que se olvidan, especialmente eventos traumáticos, pudieron llegar a ser olvidados. Por ejemplo, describen los diferentes centros del cerebro y patrones seguidos por la memoria genérica, episódica, asociativa y procedural. Sin embargo, esas explicaciones de los procesos, patrones y mecanismos

involucrados en recordar u olvidar eventos requieren que haya primero una distinción fenomenológica entre las diferentes formas de recordar y olvidar. Esto es, debemos primero tomar nota de que ciertos tipos de eventos de recordar y olvidar están ocurriendo y sólo después podemos preguntarnos por su base neurocientífica. Como es claro que la preocupación analítica es con los eventos que están ocurriendo fenomenológicamente –con cómo y qué está pensando, sintiendo, recordando el paciente, en un nivel psicológico, no biológico– la consiguiente descripción neurocientífica biológica de estos eventos no agrega nada al conocimiento del recordar que pudiera ser significativo para un analista. Si un analista descubre, fenomenológica y psicológicamente, que dos formas de recordar involucran a las mismas estructuras neurales, no por eso dejarán de ser reconocidos como diferentes. En forma similar, el descubrimiento de que idénticas formas de recordar en realidad involucran dos centros diferentes del cerebro no hará esas experiencias distintas en términos del analista. O, para usar aún otro ejemplo, si fuera demostrado que se puede efectivamente recordar lo que, de acuerdo a las neurociencias, es irrecuperable, entonces deberíamos replantear las neurociencias para acomodarlas a este hecho. De acuerdo a esto, el que ciertos eventos no se recuerden nunca en el curso del análisis sería relevante para determinar el curso del análisis, y no la mera presencia de un estado neural con el cual tiende a asociarse una falta de memoria<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Analógicamente, si una persona es o no es capaz de pensar matemáticamente, se decide por su habilidad de hacerlo, no por la presencia de estados neurales correlacionados con la habilidad de hacerlo. Por supuesto, en condiciones extremas (por ejemplo, cuando se han destruido áreas completas del cerebro relacionadas con la memoria), sabemos que, debido a su estado neural, no tendría sentido intentar un análisis con esa persona. Pero tales condiciones serán evidentes ya en una entrevista inicial. Queremos destacar que este argumento se aplica a muchos tipos diferentes de investigación neuropsicoanalítica, que intenta revelar la esencia del fenómeno psicológico describiendo sus determinantes o correlatos neurocientíficos. Por ejemplo, se ha sugerido que podríamos entender mejor la patología borderline observando los correlatos neurales de la inhibición emocional y del comportamiento de los pacientes (Beutel *et al.*, 2004), o procesos de identificación a través del estudio de la activación de las ‘neuronas espejo’ (Olds, 2006; Scalzone, 2005). Se ha argumentado también que, a través de la observación a nivel neuronal, sería posible demostrar los verdaderos efectos de la intervención psicodinámica. Nuestro argumento aquí, sin embargo, trae a discusión el

4. Los hallazgos neurocientíficos no aportan información acerca de la probabilidad de recolección u olvido de eventos específicos o sus consecuencias.

Si un evento traumático temprano se olvida, las neurociencias pueden describir el proceso neural que nos dirá por qué esto podría pasar. Pero, por sí misma, no puede decirnos si acaso tal evento traumático temprano será olvidado, la posibilidad de que se olvide, o la consecuencia de que sea recordado. Dicho con otras palabras, se puede argumentar que, ya que se está de acuerdo en que las neurociencias explican las condiciones que subyacen a los eventos traumáticos olvidados, al aplicar un patrón reverso sería en verdad posible diagnosticar si un cierto evento permanecerá olvidado para siempre o cómo será recordado, y también si la consecuencia de recordarlo será beneficiosa para el proceso analítico. O sea, puede darse el caso de que alguna forma de escáner de cerebro en el futuro nos permita saber si hay eventos traumáticos que han sido registrados, de manera que resultan accesibles a la memoria, o si no permiten esta posibilidad. Este escaneo podría también decirnos las consecuencias de recordarlo. Sin embargo este argumento es problemático. Para que el escáner de cerebro aporte esa información, los recuerdos tendrían que registrarse de manera específica. Es decir, para que el escaneo de cerebro sea relevante clínicamente debería mostrar que hay eventos específicos de relevancia especial al predicamento actual del paciente, los que son registrados de un modo que impide la posibilidad de que alguna vez sean recordados. Al revelar el escaneo de cerebro sólo que hay eventos registrados que no pueden ser recordados (en ninguna forma) esta conclusión obvia sería trivial. Todos sabemos que no podemos recordar todos los eventos de nuestra historia. Pero esta noción de registro específico requeriría de una extensiva información de la historia del paciente, desconocida para él mismo. Del mismo modo, sería necesaria información acerca de lo que ha sido o no registrado en su memoria. ¿Cómo sería posible obtener esa información? Igualmente problemático es el hecho de que el

hecho de que el estudio de los correlatos neurales no puede profundizar nuestro entendimiento de los fenómenos ya reconocidos a nivel psicológico y no puede informarnos con significado acerca de los fenómenos psicológicos no reconocidos como tales. Ésta también es una razón de por qué los efectos de las intervenciones psicodinámicas no dependen de hallazgos neurocientíficos. El espacio no nos permite una mayor elaboración de este punto en el contexto actual y será discutido en mayor extensión en un artículo posterior.

registro en forma discreta o específica es incongruente con todas las teorías comunes aceptadas en relación al proceso de la memoria.

Las teorías dominantes (congruentes con los modelos conexionistas del cerebro) conciben los procesos de memoria en términos de la habilidad de la mente para reconstruir un recuerdo y no en términos de su habilidad para recuperar un recuerdo fijado, determinado y codificado (ver Shanon, 1993, pp. 227-30; Leuzinger-Bohleber and Pfeifer, 2002). La noción de registro discreto nos llama la atención por la falaz tendencia humana de ver a la representación de una manera concreta. Aunque sepamos que no es así, tendemos a pensar en los eventos que nos ocurren como siendo engranados, como cuadros en lugares específicos de nuestro cerebro esperando ser recuperados. Sin embargo, esta tendencia puede distorsionar en este contexto nuestra lectura y evaluación de los hallazgos neurocientíficos.

Un problema respecto del valor de aplicar los hallazgos neurocientíficos en reverso tiene que ver con las limitaciones de tal procedimiento para determinar *los efectos* de recordar eventos específicos. Como se ha hecho notar anteriormente, el postulado de los proponentes del neuropsicoanálisis es que los hallazgos neurocientíficos pueden informarnos no sólo de la posibilidad de recordar eventos sino también acerca de los efectos de tales recuerdos. Sin embargo, es difícil mantener este postulado a la luz del hecho de que los efectos de los recuerdos no se pueden aislar del contexto en el que están ocurriendo. En verdad, podemos aceptar los hallazgos neurocientíficos, como por ejemplo, que una respuesta exagerada del cortisol al estrés emocional, gatillada por la amígdala, puede inundar el hipocampo de los pacientes con Trastorno de estrés post-traumático (el hallazgo en el que se basa Novell en el ejemplo clínico al que nos referimos antes). También puede darse el caso de que ciertas intervenciones en tales pacientes bloquearán procesos de memoria que son estresantes. Pero tales hallazgos neurocientíficos no nos dicen si la experiencia de estrés es analíticamente deseable. El decir que en ciertas situaciones el estrés sobrepase al hipocampo no resuelve nada, ya que un hipocampo sobrepasado puede ser bueno o malo para una perspectiva analítica, dependiendo de muchos factores. Si, por ejemplo, el contexto analítico es uno en el cual el estrés puede ser contenido y comprendido, entonces el 'hipocampo sobrepasado' subyacente puede ser una cosa buena y, si no, puede ser mala. De hecho, ¿qué es un hipocampo sobrepasado, si no *una persona que se siente sobrepasada* concomitantemente con un cambio en el estado de este hipocampo? No es del resorte de las neurociencias el predecir o decidir si

estar sobrepasado en esta forma es deseable o no para el proceso psicoanalítico. El contexto analítico involucra innumerables factores que no son capturados por el estado neurológico subyacente y, como tal, no puede ser definido de antemano para cada paciente específico y para cada evento que se recordará. Pensar de otra manera es ver nuestros recuerdos y su significado como eventos, los cuales, como el sustrato biológico de nuestro cerebro, son completamente definibles sin un entendimiento del contexto complejo en el cual encuentran expresión (ver Cavell, 1993, pp. 9-42; Davidson, 1980, pp. 207-24)<sup>5</sup>.

## Afecto y motivación

### *El planteamiento*

La naturaleza de los planteamientos que esgrimen los proponentes del neuropsicoanálisis con relación a la motivación y al afecto es similar, como también lo son los problemas que esos planteamientos implican y los supuestos que subyacen para ser aceptados. Primero enfocaremos el tema de la motivación y luego brevemente nos referiremos a cómo las ideas propuestas se pueden aplicar también al estudio neurocientífico del afecto.

### *Los supuestos subyacentes*

La investigación neurocientífica revela la existencia de varios centros motivacionales. Esta investigación apoya el desarrollo de nuevas teorías psicoanalíticas que ven al individuo en términos de una variedad de motivaciones, y apunta a la inadecuación de la teoría clásica que limita las motivaciones a los motivos instintivos (Pulver, 2003, p. 764). Pulver plantea:

El cambio... está en el viento. La demostración clara por las neurociencias de los sistemas motivacionales específicos en el cerebro está teniendo

<sup>5</sup> Un peligro práctico de confiar equivocadamente en las teorías biológicas en este contexto es que, cuando los recuerdos no emergen prontamente el analista tenderá rápidamente a concluir que tal evento ha sido registrado en una forma tal que no puede ser recordado explícitamente y podría abandonar los esfuerzos en este sentido (e.g. Pulver, 2003; Novell, 2000). Como hemos señalado antes, el acto de memoria está sobre-enfatizado por los proponentes de esta aproximación, lo que paradójicamente podría llevar a una intolerancia al proceso lento del descubrimiento y revelación que es característico de la situación analítica.

impacto. Estos sistemas incluyen motivaciones como la sexualidad, la agresión, el apego social, la devoción maternal, el hambre, la sed, y la seguridad, tanto como un sistema más general de búsqueda (Panksepp 1998) responsable del sentimiento de deseo (llamado presión en la teoría del *drive*) que acompaña toda motivación. Estamos comenzando a integrar estos hallazgos en nuestra propia hipótesis (p. 764).

La naturaleza esencial de la motivación humana es un tema biológico, determinado por los tipos de centros motivacionales que existen en el cerebro. Esos centros pueden conocerse de inmediato a través del estudio neurocientífico del cerebro. La teoría psicoanalítica de la motivación intenta determinar motivaciones esenciales a través del estudio de datos clínicos y fenomenológicos. Las categorías motivacionales que tales datos pueden proponer en este ámbito, sin embargo, serán meras aproximaciones a la realidad biológica del sistema motivacional que verdaderamente se encuentra en el cerebro. Por lo tanto, la verdad o falsedad de tales teorías psicoanalíticas pueden ser juzgadas por la investigación neurocientífica.

### Los problemas

1. La teoría psicoanalítica del impulso no postula que los impulsos sean las únicas motivaciones.

Es aparente que los seres humanos tienen muchas motivaciones diferentes: apegos sociales, devoción materna, hambre, sed, seguridad, etcétera, además de los impulsos sexuales y agresivos. Quienes suscriben las teorías psicoanalíticas de los impulsos no niegan este hecho obvio. Más bien ellos buscan formular las dimensiones psíquicas que organizan con sentido las variadas motivaciones y las maneras en las cuales ellas funcionan y se interrelacionan en un nivel psicodinámico. La teoría psicoanalítica de los impulsos entrega una formulación de este tipo (Freud, 1915, 1938). Por lo tanto, el postulado de que hay motivaciones adicionales a las descritas por la teoría psicoanalítica de los impulsos no pone tal teoría en cuestión sino que, más bien, está implícito en ella.

2. Los hallazgos neurocientíficos con relación a la motivación revelan el sustrato biológico de las motivaciones, no su estructura psicológica.

Claramente las neurociencias no descubren el fenómeno de la devoción materna, del hambre o de cualquier

otra motivación. Más bien, primero está el fenómeno y luego las neurociencias exploran cómo el cerebro puede llevar a cabo este fenómeno. Si lo que describimos como devoción maternal no se ha expresado nunca (directa o indirectamente) o no ha sido reconocida como tal, no habría posibilidad de hallar su centro y no tendría sentido hablar de ella como motivación. Así, aunque la presencia de motivaciones adicionales pudiese invalidar la teoría de los impulsos, su presencia no sería dependiente de las neurociencias.

Pero parece que es precisamente aquí donde el supuesto subyacente básico con relación al valor de las neurociencias juega un papel: se argumenta que, en verdad, hay muchas motivaciones aparentes, pero el sustrato biológico de las motivaciones revela su estructura básica. Por ejemplo, puede haber numerosas motivaciones experimentadas y sólo se ha identificado un manojito de centros motivacionales que dan cuenta de ellas en el nivel biológico y cerebral. Estos centros identificados son los elementos fundamentales de la estructura de la motivación humana y, por lo tanto, cualquier teoría psicoanalítica de la motivación debe adaptarse hasta que se ajuste a los hallazgos neurocientíficos relacionados con estos centros.

Nuestra respuesta a este argumento es que la noción de que la estructura última de la motivación es biológica, es una asunción sin base y que, desde fuera, cuestiona el valor de cualquier indagación analítica. Lo mismo podríamos sostener para las categorías estéticas, matemáticas, el arte y los números, sin que esas categorías necesariamente correspondan a estructuras específicas del cerebro. Podemos sostener entonces categorías que explican la experiencia humana y su funcionamiento sin que necesariamente se identifiquen como centros biológicos de motivación. En otras palabras, podríamos experimentar inmediatamente una docena de factores que son motivaciones; podríamos encontrar que biológicamente estas motivaciones están asociadas con un grupo de centros biológicos y aún podríamos sostener que la experiencia humana y el funcionamiento psíquico se explican mejor sobre la base de la existencia de dos impulsos.

Como señalamos anteriormente, el debate sobre la relevancia de los hallazgos neurocientíficos relacionados con la motivación también es aplicable al área del afecto. En este último contexto, el postulado es que las neurociencias revelan la existencia de afectos básicos y que esto contradice a la teoría analítica clásica que ve el afecto como el producto de la descarga de los impulsos (Pulver, 2003, p. 764). La idea de que la biología determina cómo debería ser categorizado el afecto es el supuesto subyacente básico. El problema que emerge con

este postulado, tanto en términos de la simplificación de la naturaleza de la teoría analítica del afecto y en términos del nivel del discurso de esta teoría, son los mismos que aquellos que señalamos en el contexto de la motivación.

## Teoría de los sueños

### El planteamiento

Los hallazgos neurocientíficos pueden corroborar o refutar la teoría psicoanalítica de los sueños. Esta teoría postula que el sueño es producto de la presión libidinal que busca una salida, que es una expresión, dentro de la conciencia, de la operación de procesos mentales complejos que involucran mecanismos que normalmente 'motivan al sujeto a buscar y enlazarse con objetos externos que pueden satisfacer sus necesidades biológicas internas' (Solms [internet]). Estudios previos, que relacionan la conexión entre la fase REM y el soñar, ponen en duda esta teoría, puesto que se observó en ellos que la fase REM derivaba de la actividad automática proveniente de cierta área del tronco cerebral, y que ocurría con cierta regularidad. Basados en esos estudios, el soñar no se podía conectar con la activación de mecanismos motivacionales. Mark Solms [internet], el investigador neuropsicoanalítico líder en el campo del sueño, resume este punto de la siguiente manera:

Si asumimos que el sustrato fisiológico de la conciencia está en el cerebro anterior, esos hechos [i.e. que la fase REM se genera automáticamente por mecanismos del tallo del cerebro] eliminan completamente cualquier contribución posible de ideas (en su sustrato neural) a la fuerza primaria que guía el proceso del sueño (Hobson & Mc Carley, 1977, p. 1346, 1338).

Sobre esta base, parecería justificable concluir que el mecanismo causal que subyace al soñar es 'motivacionalmente neutral' (Mc Carley & Hobson, 1977, p 1219) y que la imaginación del sueño no es nada más que "el mejor ajuste posible de los datos incoados, producidos por la mente-cerebro auto-activada" (Hobson, 1988, p 204).

Sin embargo, hallazgos neurocientíficos más recientes han mostrado que no es posible identificar completamente el soñar con la actividad REM y que es necesaria la actividad cerebral de alto nivel, la que involucra a los lóbulos frontales y occipitales. Se postula que esto apunta al hecho de que el estímulo somático (siendo la actividad REM uno de ellos) instiga una serie de eventos que llevan, en último término, al soñar. Sin embargo, son estos procesos motivacionales de más

alto nivel los responsables de la aparición de los sueños (Solms [internet]) lo que provee soporte neurocientífico a la teoría de los sueños de Freud (Solms, 1997a).

### Los supuestos subyacentes

La teoría psicoanalítica de los sueños se funda en la idea de que el sueño es un producto de factores motivacionales de alto nivel. Si el sustrato neurocientífico que subyace al soñar indica que no pueden participar centros motivacionales de más alto nivel, entonces la teoría no puede ser cierta. En cambio, si indica que tales centros participan, entonces la teoría gana soporte. Es necesario sustentarse en tales hallazgos neurocientíficos, porque la teoría freudiana de los sueños no ha sido validada científicamente en base a hallazgos dentro del *setting* analítico.

### Los problemas

1. La relevancia limitada de la fuente motivacional de la teoría psicoanalítica, que sostiene que los sueños tienen significado.

El postulado, relacionado con la contribución de las neurociencias a la teoría psicoanalítica de los sueños, se basa en la noción de que la proposición central de esa teoría es que los significados de los sueños derivan de la activación de una fuente motivacional. Por lo tanto, si no hay tales fuentes motivacionales que inicien el sueño, la teoría analítica del sueño prueba ser inválida. Sin embargo, mientras la proposición de que los sueños tienen significado es esencial a cualquier teoría psicoanalítica de los sueños, la idea de que los sueños o sus significados deben estar unidos a una fuente motivacional, no lo es. En consecuencia, los hallazgos respecto de que el sueño no puede tener una fuente motivacional no invalidaría la teoría psicoanalítica.

Freud, por supuesto, habla de que la fuente del sueño o su instigador está motivada por presiones libidinales en la forma de deseos instintivos. Pero deben tomarse en cuenta dos factores: (a) él no considera que esos deseos sean el único origen de los sueños – hay también orígenes pre-conscientes y somáticos (Freud, 1900), tanto como presiones de fijaciones traumáticas (Freud, 1920); y (b) la teoría psicoanalítica de los sueños desde Freud en adelante distingue entre *significado* y *origen*. El *significado* es la preocupación principal de la práctica psicoanalítica y su teoría de los sueños, independientemente de la cuestión del origen del significado. Como expresa Freud al principio de *La interpretación de los sueños*:

En las páginas siguientes mostraré pruebas de que hay una técnica psicológica que hace posible interpretar los sueños, y que si se emplea ese procedimiento, cada sueño se revela como una estructura psicológica que tiene un significado y que se puede insertar como un punto asignable en las actividades mentales de la vida en vigilia (1900, p. 1).

Esta focalización en el significado no niega o rebaja el rol del deseo. El significado de un sueño puede ser un deseo y Freud sostenía que usualmente lo era, pero para que esto sea así no era necesario que el sueño sea primero *instigado* por un deseo o algún otro mecanismo motivacional. Freud sostenía también que el deseo puede insertarse en el sueño en el curso del soñar y que el significado del sueño, ya sea un deseo u otra cosa, no depende de que tenga un origen motivacional. Escribe, por ejemplo, que los sueños traumáticos son motivados por “la presión hacia arriba (*the upward pressure*) de la fijación traumática de llegar a ser activa” y no revelan un significado de deseo porque “hay una falla en el funcionamiento del trabajo del soñar (*dreamwork*) que le gustaría transformar los restos del recuerdo del evento traumático en la satisfacción de un deseo” (1933, p. 29). En otras palabras, lo que determina el significado de deseo del sueño es la función del trabajo de soñar, que transforma el material que aflora (por cualquier razón) en el curso del dormir. Otros analistas han seguido esta distinción entre la fuente del sueño y su significado (ver Sandler *et al.*, 1997, p. 120; Blass, 2002). Esto se refleja en la mínima preocupación que existe en la literatura analítica por el origen o fuente del sueño, respecto de la importancia del significado (Etchegoyen, 1991, p. 331; Flanders, 1993). En todo caso, el enfoque del trabajo analítico ha estado siempre en el descubrimiento de los significados inconscientes del sueño (incluyendo significados motivacionales) y no en discernir si aquellos significados son los que causan el sueño en primera instancia.

A la luz de este enfoque, los hallazgos neurocientíficos relacionados con el origen del sueño no son realmente relevantes a él. Así, aun si los estudios de REM mostraran que el sueño es “generado automáticamente por mecanismos del tronco cerebral”, esto no contradiría la posibilidad de que el sueño contenga significados específicos.

2. Los hallazgos neurocientíficos relacionados con la actividad cerebral durante el sueño no son informativos acerca del significado de tal actividad.

Se puede argumentar que, aun poniendo de lado la cuestión del origen de los sueños, la idea de que éstos

contienen un significado presupone la participación de la actividad cerebral de más alto nivel y que ésta puede ser precisada por la investigación neurocientífica. Sin embargo tal argumento estaría desorientado. En primer lugar, porque el contenido de los sueños en sí mismos refleja altos niveles de funcionamiento. En nuestros sueños nosotros pensamos, razonamos, decidimos, planeamos, etcétera. No se necesita la neurociencia para demostrar esto, así como no esperamos que la neurociencia nos informe de que nuestros estados vigiles involucran complejos niveles de funcionamiento cerebral.

En segundo lugar, la demostración de la participación de un funcionamiento de más alto nivel no significa que este funcionamiento esté ocurriendo significativamente. Con otras palabras, aún si la neurociencia prueba que hay actividad de alto nivel ocurriendo durante el soñar, esto no quiere decir que esta actividad cerebral ocurra de manera significativa. Puede darse el que nuestras actividades mentales superiores ocurran sin sentido, que nuestras conexiones sean al azar, que nuestros recuerdos sean confusos, que nuestro razonamiento sea ilógico y que nuestras decisiones estén basadas en la no toma en cuenta de nuestros mejores intereses. De hecho, los neurocientíficos nunca han negado que la actividad cerebral de más alto nivel ocurra durante el sueño, sin embargo, al mismo tiempo, han cuestionado consistentemente la significación de tal actividad (Domhoff, 2004). Por lo tanto, se puede sostener que la demostración de la presencia de actividad cerebral de alto nivel no aporta nada a la teoría psicoanalítica de los sueños.

En este punto es necesario reconocer que la cuestión de si está ocurriendo o no una actividad que involucra significación en el cerebro durante el sueño –asunto que sí es claramente relevante para el psicoanálisis– no es una cuestión neurocientífica (ver Blass, 2002). Mientras que los pensamientos con significado deben tener un sustrato biológico, el no significado de esos pensamientos es una función del discurso humano, no de la biología. Este discurso está determinado por el lenguaje, cultura, experiencia personal y contexto que enmarca las maneras en las cuales nuestros pensamientos están interconectados y evaluados. El significado y la significación de las palabras no pueden ser establecidos por las palabras dichas sino que más bien dependen de la manera en que la persona que habla entiende el lenguaje de tales palabras. Del mismo modo, el significado del soñar y del pensar se establece más allá de la mera descripción objetiva de sus correlatos neurales subyacentes.



## Teorías de la mente

### *El planteamiento*

La teoría de la mente sobre la cual descansa el psicoanálisis está anticuada y debería ser reemplazada por un modelo neurocientífico. Hay tres aspectos principales en este planteamiento: (a) La teoría analítica clásica de la mente es limitada; (b) debería ser reemplazada por una teoría neurocientífica contemporánea; y (c) el adoptar esta teoría contemporánea impactaría la práctica psicoanalítica.

Se argumenta que los modelos freudianos de la mente no toman en cuenta los datos que emergen del estudio experimental de la cognición. Por ejemplo, Westen y Gabbard escriben:

Datos de varias líneas de investigación experimental indican claramente que muchas de las cualidades que Freud atribuía a procesos primarios de pensamiento –que es inconsciente, imaginativo, que realizaba deseos o era dominado por impulsos, irracional, primitivo en cuanto al desarrollo, prelingüístico y asociativo– son en realidad disociables, o sea, características de diferentes tipos de procesos inconscientes (y algunos conscientes) y que no constituyen la única forma de actividad de la mente. Algunos procesos asociativos son imaginarios y otros, tales como los que ocurren en experimentos semánticos priming, no lo son... Algunos procesos asociativos incluyen deseos, mientras otros incluyen temores... Algunos procesos asociativos... no tienen en absoluto que ver con el afecto o la motivación. Y muchos procesos inconscientes son notablemente avanzados en cuanto a desarrollo, tal como el proceso que guía el *timing* de una interpretación en una sesión analítica (2002 a. p. 56)

A partir de aquí, los autores concluyen que, aun cuando la contribución de Freud al entendimiento de la mente fue importante, uno 'no tiene más elección' que tomar en cuenta los datos que se han reunido sistemáticamente a través de los años y cambiar la teoría psicoanalítica de la mente de acuerdo a esto (pp. 55-6). Abundando, argumentan que el pensamiento freudiano debe ser reemplazado por modelos cognitivos que aportan un marco más comprehensivo para el entendimiento y el estudio continuado de los nuevos datos y, desde su punto de vista, tales modelos son neurocognitivos.

Al adoptar tales modelos neurocognitivos no sólo se evitan los errores de concepto teóricos sino que se resuelven las controversias psicoanalíticas. Por ejemplo,

reconociendo la validez del modelo neurocognitivo del conexionismo se resuelve la controversia sobre la participación de aspectos reales en el moldeamiento de la transferencia. ¿Cómo ocurre esto? En una cáscara de nuez el conexionismo es un modelo que explica la manera en que el cerebro procesa la información a través de una red compleja de unidades que operan en forma interactiva. La arquitectura y estructura de la red determinan y, en gran medida está determinada, por las experiencias que la persona ha tenido. Así, el funcionamiento de la red está siempre impactado tanto por nuevas experiencias y estímulos como por la naturaleza previamente moldeada de la red. Luego, se argumenta que en base a esta teoría es necesario concluir que la transferencia es delineada no sólo por realidades pasadas sino también por el impacto paralelo de la relación analítica actual. Las realidades pasadas determinan la naturaleza de las conexiones que se forman en la red neural entre diferentes puntos nodales, y la realidad actual (en análisis, la relación analítica) determina cuál de esas conexiones surgirá en un punto dado en el tiempo (Westen y Gabbard, 2002 b).

Más ampliamente aún, el entender las redes neurales subyacentes tendrá un amplio impacto en la práctica, puesto que deja claro que "cambiar la relación problemática de los objetos internos significa cambiar las redes que representan a los 'otros' significativos" (Gabbard y Westen, 2003, p. 828). Esto nos llevaría a dirigir nuestros esfuerzos a cambiar las redes neurales para lograr modificar las relaciones problemáticas de objetos. Aunque esto puede ocurrir en parte a través de métodos analíticos tradicionales, también necesitaría una expansión de esos métodos y su integración con métodos no analíticos que impactan las redes neurales más directamente (2003, p. 828).

### *Los supuestos subyacentes*

Tanto las teorías cognitivas del psicoanálisis como las neurocientíficas intentan explicar el funcionamiento de la mente y en cierto sentido están "realizando en definitiva la misma tarea" (como se plantea en la página de introducción del *Journal of Neuropsichoanalysis*). Las teorías neurocientíficas explican adecuadamente los datos empíricos con relación al funcionamiento de la mente y han testeado sus modelos de acuerdo a estándares empíricos aceptables. El psicoanálisis ha fallado en este sentido. Consecuentemente, el psicoanálisis tendrá que adoptar las teorías neurocientíficas para llevar a cabo su tarea adecuadamente, beneficiándose con la contribución de esas teorías al entendimiento de la actividad humana y el cambio.

## Los problemas

1. Concepción mal enfocada del ámbito y objetivos de la teoría psicoanalítica.

Las teorías psicoanalíticas de la mente tienen por objeto explicar fenómenos y funcionamientos mentales relevantes al psicoanálisis. No se preocupan directamente de entender el funcionamiento de la mente en general, de entender los detalles de la lógica o de las matemáticas, del proceso involucrado en el aprendizaje y la percepción y de cómo aparece el lenguaje o el pensamiento automático. Como regla, el psicoanálisis no ha sostenido que ofrece un modelo comprensivo que explica todas las formas de procesos de pensamiento y a todos los niveles (Brook, 1992, p. 278; Edelson, 1986, p. 508; Freud, 1905, p. 130, 1914, p. 50). Sin embargo, queda de manifiesto que las críticas neuropsicoanalíticas acerca de las teorías analíticas de la mente se basan en la asunción de que estas teorías deberían tomar en cuenta los nuevos hallazgos cognitivos que pertenecen al funcionamiento de la mente en general. También se supone que las teorías analíticas están compitiendo con las teorías neurocognitivas en la explicación del mismo ámbito de estudio. Ésta es una asunción sin base y equivocada en su foco, pues no toma en cuenta el ámbito especial que explican los modelos psicoanalíticos<sup>6</sup>.

La teoría psicoanalítica parece también estar mal comprendida cuando se examina la relevancia clínica de los modelos neurocientíficos de la mente. Los conceptos clínicos en los cuales se cree que estos modelos neurocientíficos son relevantes parecen estar comprimidos y simplificados, de tal manera, que dan la impresión que dejan un espacio para la contribución neurocientífica. Para volver al ejemplo de la transferencia sería muy difícil encontrar un analista que no pensara que las influencias tanto externas como internas formarán la naturaleza de la transferencia. Freud, ciertamente, estaba consciente de ambos tipos de influencia (como es aparente, por ejemplo, en su estudio de casos y artículos técnicos). La controversia psicoanalítica relacionada con la transferencia no tiene que ver con la pregunta de si hay o no hay influencias externas que determinan la relación del paciente con el analista sino, más bien, con que si esas influencias debieran ser el foco de atención en el análisis o si este foco debiera estar principalmente

en los determinantes inconscientes internos (e.g. Caper, 1997, p. 23; Ponsi, 1997, p. 245).

La pregunta es: ¿qué clase de atención e intervención sirve mejor a un proceso analítico? Sobre este asunto la neurociencia no tiene nada que decir.

La naturaleza del psicoanálisis está peor comprendida aún en la idea de que las metas analíticas han recibido el apoyo de la visión neurocognitiva de la mente, por las posibilidades que esta visión abre para obtener un cambio positivo a través de modificaciones de las redes neurales subyacentes. Lo que está mal comprendido es el hecho de que el psicoanálisis está definido por un cierto método de cambio. Un analista que conduce una terapia de la conducta, en el esfuerzo de hacer más adaptativa las conductas de su paciente, puede estar haciendo algo muy noble, pero no está haciendo psicoanálisis: está haciendo terapia de la conducta. En forma similar, modificar las redes neurales puede llevar a un cambio positivo, pero eso no significa que tal modificación sea psicoanálisis y, por tanto, facilitar tal modificación no es una contribución al psicoanálisis (Blass, 2003).

2. El limitado valor de los modelos neurocientíficos de la mente.

Las teorías cognitivas de la mente buscan explicar los procesos de pensamiento del ser humano en términos de funciones fisiológicas o estructuras, y la variante neurocientífica de esas teorías busca explicar esas funciones y estructuras en términos de su sustrato neuronal. Dentro del ámbito de la cognición, focalizarse en la neurociencia es controversial y es considerado por algunos destacados psicólogos cognitivos el reflejo de un desvío hacia afuera de la dimensión psicológica, dimensión que caracteriza a la cognición (ver Fodor y Pylyshyn, 1998; Shanon, 1992). Con otras palabras, y poniendo a un lado la cuestión de la relevancia de las neurociencias para el psicoanálisis *per se*, surge la pregunta acerca de la necesidad de volverse hacia dichas ciencias para el entendimiento de los procesos cognitivos. Lo que se necesita son buenas teorías de la mente, no necesariamente buenas teorías neurocientíficas de la mente.

El valor limitado de las teorías neurocientíficas en este contexto puede destacarse a través de la siguiente ilustración: imaginemos una paciente que siempre ve que la gente está envidiosa de ella. Cualquiera sea la situación, predomina esta visión aparentemente paranoica. Parecerá, en este caso, que no habrá influencia de la situación transferencial actual. Al contrario de lo que se habría esperado en base a la visión conexionista

<sup>6</sup> Por supuesto que los modelos psicoanalíticos no pueden contradecir los nuevos hallazgos cognitivos, pero no es esto lo que se postula en este contexto.

de la mente, en este caso las realidades actuales no determinan de ningún modo el tipo de conexiones que encuentran expresión. ¿Ha sido refutada la teoría conexionista? No, no lo ha sido. Más bien los proponentes de esta teoría plantearían que, para esta persona, la dominancia de cierta conexión interna es tal que no se necesita ningún estímulo especial para que aparezca. En realidad hay influencias tanto externas como internas pero, en este caso, el impacto de las externas es virtualmente nulo.

A través de esta ilustración se hace evidente que el nivel neurocientífico está subordinado al nivel fenomenológico y no enriquece su comprensión. El insistir en que hay siempre una influencia de la realidad actual externa, pero que a veces tal influencia es nula, es simplemente evitar decir que algunas veces no hay influencia de la realidad actual y, de ese modo, evitar reconocer que si hay o no tal influencia es un hecho fenomenológico, no un hallazgo neurocientífico. La neurociencia aquí no nos ayuda a entender si un paciente está influenciado por la realidad actual, más bien, después que esto se determina clínicamente, ofrece una explicación biológica de tal influencia.

3. La falacia de que sólo el nivel biológico de explicación puede describir qué es real en la mente.

Como hemos visto, la búsqueda de una teoría cognitiva, que explicaría mejor los datos cognitivos nuevos, lleva a los proponentes de la línea neurocientífica a adoptar teorías neurocognitivas. Pero, como hemos visto también, el cambio a nivel biológico no es ni necesario ni tiene buenas bases. Pareciera permanecer en la noción de que sólo a ese nivel de explicación pertenece a algo real y concreto, mientras que los niveles psicológicos de explicación (sean psicoanalíticos o de otro tipo) son meramente metafóricos y siempre serán hipotéticos (ver Westen y Gabbard, 2002 a, p. 57). No se han dado razones para que este estatus preferencial sea concedido al nivel de la explicación biológica.

### Resumen e implicancias

Todos los fenómenos psicológicos requieren un sustrato biológico y la biología puede establecer límites para la experiencia psicológica. Esos hechos no están en cuestión. Comprensivamente, esto puede llevar a aquellos con interés en la relación entre los dominios psicológicos y biológicos a estudiar algunos de los recientes escritos neurocientíficos. Lo que cuestionamos en este artículo es si el estudio de tales escritos contribuye de alguna manera a la comprensión del psicoanálisis como

teoría y como práctica, es decir, si las neurociencias son de valor para el psicoanálisis *per se*. A través de nuestro examen de los postulados del neuropsicoanálisis, presentamos los argumentos a favor de tales estudios y los supuestos de su valor, y destacamos los fuertes supuestos subyacentes que conllevan: el psicoanálisis tiene que ver con la memoria, con la interpretación de los sueños, motivaciones y el funcionamiento de la mente. Si ellos están determinados y limitados por las redes neurales de la mente, entonces, por supuesto –se argumenta– debemos conocer la naturaleza de esas redes biológicas. De esta manera podríamos limitar los intentos inútiles para convocar el pasado y entender los sueños donde eso no es posible. Nuestras teorías analíticas de la motivación, afecto y mente, podrían ser modificadas de manera que estén de acuerdo con lo que ya se ha probado y confirmado acerca de esos sistemas en la realidad biológica y así ser validados científicamente.

Pero, como hemos mostrado en el curso de este artículo, esos supuestos subyacentes están guiados en forma incorrecta. Ellos atribuyen a las neurociencias un potencial más allá de su ámbito. Las neurociencias pueden describir las redes neurales que subyacen a los fenómenos psicológicos, a los patrones y tendencias, pero estos fenómenos, patrones y tendencias son reconocidos y sus leyes especificadas sin ninguna información acerca de las neuronas que funcionan en forma concomitante. Sólo una vez que sean reconocidos en el nivel psicológico, pueden proceder las neurociencias con su descripción. Pero esto no agrega nada al conocimiento psicológico ya obtenido. Las neurociencias pueden decirnos algo de la biología de la mente mientras ocurre el sueño, mientras la persona siente una motivación, mientras tiene una experiencia afectiva, pero nada del significado de tal sustrato biológico o cómo se puede entender éste y categorizar con sentido. Como el psicoanálisis es un proceso y una teoría enfocados al entendimiento de los significados latentes y de las verdades que determinan la psique humana, tales hallazgos neurocientíficos son irrelevantes a sus objetivos y práctica.

Aquí enfatizamos que el psicoanálisis debería estar menos interesado que otros campos científicos en determinar correlatos biológicos o físicos de la experiencia. Mientras que en muchos otros campos las ciencias se desarrollan con naturalidad moviéndose desde la experiencia hacia el entendimiento de las bases físicas de tal experiencia (p. ej. de la experiencia del agua al entendimiento de las bases químicas del agua), para el psicoanálisis tal desarrollo no produce su avance. Esto por dos razones principales. En primer lugar, el tema del psicoanálisis no es un fenómeno claramente definido.

Su ámbito, los significados de los pensamientos y experiencias, no están nunca contenidos completamente por los pensamientos específicos y experiencias que los expresan sino, más bien, están determinados por un indefinido y mucho más amplio contexto humano en el cual ocurren. Los mismos pensamientos, palabras o ideas, tendrán diferente significado dependiendo de qué los precedió, o qué ocurrió mientras se expresaban. No hay ningún campo que haya hecho este punto más evidente que el psicoanálisis. Pero, si los significados no son definibles por ninguna experiencia precisable, la observación de los correlatos biológicos neurales de la experiencia nunca capturará el tema del psicoanálisis. Por ejemplo, no hay un correlato biológico específico para la idea de ‘padre’ que capture los significados innumerables de esa expresión en un individuo dado (ver Edelson, 1986).

El segundo factor que distingue al psicoanálisis de otros campos que tienen interés en los correlatos físicos de los fenómenos, es que el psicoanálisis busca facilitar el cambio en tanto éste ocurra a través del proceso psicoanalítico, y no mediante procesos biológicos o físicos. Mientras que la determinación de los correlatos físicos de los fenómenos nos puede permitir manipular los fenómenos de manera física, no va más allá en la comprensión del nivel puramente mental, psicológico, nivel que es relevante al proceso analítico en sí mismo. Pero, aunque fuera posible determinar los correlatos neurales que capturan significados, ellos no aportarían al psicoanálisis sino, más bien, sólo las formas de terapia, por ejemplo la psiquiatría, que tienen que ver con cambiar la mente a través de su manipulación en el nivel neurológico.

Por supuesto que uno podría explicar las acciones y experiencias humanas de varias maneras biológicas y, sin duda, también podría influenciar la acción y la experiencia introduciendo cambios biológicos. Pero la explicación biológica no profundizará nuestro entendimiento de la influencia de los significados latentes o verdades psíquicas, que es el dominio del psicoanálisis. Obviamente sería un error ignorar los efectos del daño o enfermedad cerebral e interpretar eventos biológicos sin significado como si tuvieran significado psíquico. Pero, aun cuando es importante evitar tal error, el hacerlo no requiere que el analista entre en un diálogo con la neurociencia. Lo que es necesario es estar familiarizado con los cuadros clínicos que pueden sugerir que influencias de tipo no significativas, no psíquicas, están jugando un rol principal.

Es difícil poner en el tapete estos argumentos contra la tendencia actual neuropsicoanalítica, porque dichos argumentos están basados en un fenómeno más

amplio que está ganando fuerza en la cultura Occidental: el biologismo. Lo que esta visión plantea es que lo que es real, es biológico. Hay dos aspectos de esta tendencia contemporánea que son relevantes aquí. Uno es la noción de que nuestros pensamientos y experiencias, como entidades psicológicas subjetivas, son secundarias y efímeras en comparación con la realidad concreta de las estructuras neurales tangibles. Ésta es la razón que explica postulados como, por ejemplo, que necesitaríamos ver centros motivacionales en el cerebro para conocer lo que son realmente las motivaciones humanas, o que deberíamos ver redes neurales para saber qué es realmente la mente.

El segundo aspecto es el enfocarse en los desenlaces materiales más que en el proceso o método. Lo que es importante desde esta perspectiva es lograr la salud y el bienestar y, por lo tanto, la manera más eficiente hacia tales fines es lo que mejor se acomode a ellos. Esta es la razón de que uno puede estar inclinado a estar de acuerdo en que, si el neuropsicoanálisis puede mostrar cómo las modificaciones de las redes neurales podrían traer un cambio en el estado psíquico de una persona, entonces debiéramos abrirnos a futuras posibilidades de integrar el psicoanálisis con métodos de cambio que estarían basados en neurociencia.

Mantenemos que esta perspectiva biológica que subyace al neuropsicoanálisis está en contra de la esencia de una visión psicoanalítica del mundo. A pesar de que los proponentes del neuropsicoanálisis argumentan que ellos no están reduciendo el dominio psicológico al biológico (ver e.g. Solms, 1995, 1997 b; Kandel, 1999, p. 519; Westen y Gabbard, 2002 a pp. 58 – 60), atribuyen a la biología un tipo de significancia que terminaría con el valor del significado y la verdad psíquica que son el fundamento del psicoanálisis. Por lo mismo, es la preocupación por el significado y la verdad que yace en el corazón del psicoanálisis lo que las neurociencias no pueden capturar. Aún más, el significado y la verdad desde la perspectiva psicoanalítica siempre permanecen hasta cierto punto desconocidos y en un proceso constante de despliegue, nociones muy ajenas a la visión neurocientífica de la realidad mental como un sustrato biológico dado. Por otra parte, hablar de la neurociencia y el psicoanálisis como dos perspectivas irreductibles en la experiencia humana sería como considerar la química y el arte como dos perspectivas irreductibles en las obras de Van Gogh. En verdad, no habría tales obras sin los componentes químicos de las pinturas y telas, pero sugerir que esos componentes proveen una explicación de lo que es valioso para el artista es negar el valor del arte y de lo que se puede mirar sólo a través de una perspectiva artística.

La negación del neuropsicoanálisis de la perspectiva psicoanalítica como tal puede verse en la manera en la cual la teoría y práctica psicoanalítica se modifican en las descripciones neuropsicoanalíticas. Como hemos ilustrado, en esas descripciones el psicoanálisis llega a ser una práctica relacionada especialmente con la cuestión de la recolección de hechos; la teoría de los sueños se describe en términos de la fuente de deseo de los sueños y su teoría de la mente como un modelo que busca explicar todo el funcionamiento cognitivo. Todos estos cambios rebajan el rol de los significados psíquicos, de tal manera, que permiten a los hallazgos neurocientíficos tener alguna relevancia para el psicoanálisis. Como corolario de lo dicho, se mantiene que las cuestiones psicoanalíticas podrían decidirse dirigiéndose a estos hallazgos más que a través de comprometerse en discursos complejos acerca del entendimiento y conceptualización del material clínico. Esta negación de la visión psicoanalítica del mundo también se hace patente al creer que el cambio producido a través de métodos basados en la neurociencia no difiere en ningún modo significativo de los cambios producidos psicoanalíticamente. Lo que más importa es el cambio. Escribiendo para un público analítico, Gabbard y Westen explican:

Los lectores probablemente se pregunten en varios puntos acerca de hasta dónde son analíticas algunas de las sugerencias técnicas en que nos apoyamos. Nosotros sugeriríamos diferir la pregunta de si estos principios o técnicas son analíticas y enfocarse más bien en si son *terapéuticas*. Si la respuesta a esa pregunta es afirmativa, la pregunta siguiente es cómo integrarlas en la práctica psicoanalítica o psicoterapéutica de modo que sean más útiles al paciente. La pregunta de si algo es analítico puede ser útil a veces, pero creemos que puede llegar a ser una trampa contratransferencial que desvía nuestra atención de la comprensión de la acción terapéutica, o sea, de entender qué es lo que ayuda a las personas a cambiar aspectos de su carácter y formaciones problemáticas de compromiso, de manera que puedan vivir vidas más satisfechas (2003, pp. 826-7).

Sin embargo, lo esencial del psicoanálisis es la visión de que el proceso de auto-entendimiento, de insight, de llegar a conocerse a sí mismo o aún de intentar hacerlo, es el tipo de satisfacción que la práctica psicoanalítica ofrece (Blass, 2003). Y así como el significado y la verdad psíquica son reales, independientemente de considerar sus sustratos neurales, así el proceso analí-

tico de buscar descubrir significados es real y valioso, independientemente de otros resultados terapéuticos que puedan resultar de él.

## CONCLUSIÓN

En la segunda parte del tercer ensayo de su libro *Moses and Monotheism*, Freud describe un avance en la naturaleza humana cuando Moisés prohibió el hacer una imagen de Dios. Si esto fuera aceptado, explica, tendría un profundo efecto: “porque significaba que a una percepción sensorial se le daba un lugar secundario respecto de lo que puede llamarse una idea abstracta –un triunfo de la intelectualidad [*Geistigkeit*]<sup>7</sup> sobre la sensualidad’ (1939, p. 113). El neuropsicoanálisis en la década pasada ha estado liderando al psicoanálisis hacia una apreciación de lo sensorial, de lo físico y lo visual, a expensas del significado psicológico, de la verdad y de las ideas que no pueden ser capturadas en las imágenes de un *PET scan*, con independencia de cuán tecnológicamente avanzado éste sea. Al presentar este alegato en contra del neuropsicoanálisis nuestra intención ha sido ofrecer argumentos que contrarrestan la biologización contemporánea del psicoanálisis y legitiman la preocupación psicoanalítica por la dimensión psíquica de la existencia humana [“la más valiosa alternativa” de acuerdo a Freud (1939, p. 115)] y que ha sido puesta en cuestionamiento por esta nueva tendencia.

## REFERENCIAS

1. Andrade VM (2005). Affect and the therapeutic action of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 86:677-97
2. Bennett MR, Hacker PMS (2003). *Philosophical foundations of neuroscience*. Oxford: Blackwell. 480 p
3. Beutel ME, Dietrich S, Stark R, Brendel G, Silbersweig D (2004). Pursuit of the emerging dialogue between psychoanalysis and neuroscience: Clinical and research perspectives. *Int J Psychoanal* 85:1493-6
4. Blass RB (2002). *The meaning of the dream in psychoanalysis*. Albany, NY: SUNY Press. 234 p
5. Blass RB (2003). On ethical issues at the foundation of the debate over the goals of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 84:929-43
6. Boesky D (1995). Commentaries. *J Am Psychoanal Assoc* 43:356-60
7. Brook A (1992). Psychoanalysis and commonsense psychology. *Ann Psychoanal* 20:273-303

<sup>7</sup> Este término no tiene equivalente inmediato en inglés, y Strachey con renuencia lo interpretó como ‘intelectualidad’ (Freud, 1939, nota al pie 1). Su significado literal sería ‘perteneciente a lo que corresponde al espíritu humano’ (nota de los autores).

8. Caper R (1997). Psychic reality and the interpretation of transference. *Psychoanal Q* 66:18-33
9. Caper R (1999). *A mind of one's own: A Kleinian view of self and object*. London: Routledge. 176 p
10. Cavell M (1993). *The psychoanalytic mind: From Freud to philosophy*. Cambridge, MA: Harvard UP. 288 p
11. Cimino C, Correale A (2005). Projective identification and consciousness alteration: A bridge between psychoanalysis and neuroscience? *Int J Psychoanal* 86:51-60
12. Davidson D (1980). *Essays on actions and events*. Oxford: Oxford UP. 320 p
13. Domhoff GW (2004). Why did empirical dream researchers reject Freud? A critique of historical claims by Mark Solms. *Dreaming* 14:3-17
14. Edelson M (1984). *Hypothesis and evidence in psychoanalysis*. Chicago, IL: U Chicago Press. 194 p
15. Edelson M (1986). The convergence of psychoanalysis and neuroscience-Illusion and reality. *Contemp Psychoanal* 22:479-519
16. Etchegoyen RH (1991). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London: Karnac. Feldman M [internet]. The illumination of history. Paper read at the annual conference of the European Psychoanalytic Federation, Vilamoura ©2002-06 [cited 2007 Jan 16]. Available from: [http://www.spdecaracas.com.ve/download/cdt\\_107.doc](http://www.spdecaracas.com.ve/download/cdt_107.doc)
17. Flanders S (1993). *The dream discourse today*. London: Routledge. 256 p
18. Fodor JA (1974). Special sciences: Or the disunity of science as a working hypothesis. *Synthese* 28:77-115
19. Fodor JA (1975). *The language of thought*. Cambridge, MA: Harvard UP. 224 p
20. Fodor JA, Pylyshyn Z (1988). Connectionism and cognitive architecture: A critical analysis. *Cognition* 28:3-71
21. Freud S (1900). *The interpretation of dreams*. SE 4
22. Freud S (1905). *Three essays on sexuality*. SE 7, p. 123-246
23. Freud S (1914). *On the history of the psychoanalytic movement*. SE 14, p. 1-66
24. Freud S (1915). *Instincts and their vicissitudes*. SE 14, p. 109-40
25. Freud S (1920). *Beyond the pleasure principle*. SE 18, p. 1-64
26. Freud S (1933). *New introductory lectures on psycho-analysis*. SE 22, p. 1-182
27. Freud S (1939). *Moses and monotheism*. SE 23, p. 1-138
28. Freud S (1940). *An outline of psycho-analysis*. SE 23, p. 139-208
29. Gabbard GO, Westen D (2003). Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* 84:823-41
30. Hobson JA (1988). *The dreaming brain*. New York, NY: Basic Books. 319 p
31. Hobson JA, McCarley R (1977). The brain as a dream-state generator. *Am J Psychiatr* 134: 1335-48
32. Kandel ER (1999) *Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited*. *Am J Psychiatr* 156:505-24
33. Kernberg OF (2004). *Psychoanalytic affect theory in the light of contemporary neurobiology*. Paper presented at 6th International Psychoanalytic Symposium, Delphi, October
34. Kris E (1956). The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *Psychoanal Study Child* 11:54-88
35. Laplanche J (1992). Interpretation between determinism and hermeneutics: A restatement of the problem. *Int J Psychoanal* 73:429-45
36. Leuzinger-Bohleber M, Pfeifer R (2002). Remembering a depressive primary object: Memory in the dialogue between psychoanalysis and cognitive science. *Int J Psychoanal* 83:3-33
37. Mayes LC (2003). Partnering with the neurosciences. *J Am Psychoanal Assoc* 51:745-53
38. McCarley R, Hobson JA (1977). The neurobiological origins of psychoanalytic dream theory. *Am J Psychiatr* 134:1211-21
39. Olds DD (2006). Identification: Psychoanalytic and biological perspectives. *J Am Psychoanal Assoc* 54:17-46
40. Polanyi M (1968). Life's irreducible structure. *Science* 160:1308-12
41. Ponsi M (1997). Interaction and transference. *Int J Psychoanal* 78:243-63
42. Pulver SE (2003). On the astonishing clinical irrelevance of neuroscience. *J Am Psychoanal Assoc* 51:755-72
43. Sacks O [internet]. *Neuroscientific and psychoanalytic perspectives on emotion* ©2004 [cited 2007 Jan 16]. Available from: <https://www.scl.co.uk/neuro-psa/centre/joinoursociety.html>
44. Sandler J, Holder A, Dare C, Dreher AU (1997). *Freud's models of the mind*. London: Karnac. 203 p
45. Scalzone F (2005). Notes for a dialogue between psychoanalysis and neuroscience. *Int J Psychoanal* 86:1405-23
46. Shanon B (1992). Are connectionist models cognitive? *Philos Psychol* 5:235-55
47. Shanon B (1993). *The representational and the presentational: An essay on cognition and the study of mind*. Hemel Hempstead, Herts: Harvester Wheatsheaf. 409 p
48. Smith HF (1997). Creative misreading: Why we talk past each other. *J Am Psychoanal Assoc* 45:335-7
49. Solms M (1995). Commentaries. *J Am Psychoanal Assoc* 43:1028-35
50. Solms M (1997a). *The neuropsychology of dreams: A clinico-anatomical study*. Mahwah, NJ: Erlbaum. 292 p
51. Solms M (1997b). What is consciousness? *J Am Psychoanal Assoc* 45:681-703
52. Solms M [internet]. *The interpretation of dreams and the neurosciences* ©2000 [cited 2007 Jan 16]. Available from: <http://www.psychoanalysis.org.uk/solms4.htm>
53. Tutte JC (2004). The concept of psychical trauma: A bridge in interdisciplinary space. *Int J Psychoanal* 85:897-921
54. Westen D, Gabbard GO (2002a). Development in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise and connectionism. *J Am Psychoanal Assoc* 50:53-98
55. Westen D, Gabbard GO (2002b). Development in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *J Am Psychoanal Assoc* 50:99-134
56. Yovell Y (2000). From hysteria to posttraumatic stress disorder: Psychoanalysis and the neurobiology of traumatic memories. *J Neuro-psychoanal* 2:171-81

## TEORÍA

# REGULACIÓN EMOCIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

(Rev GPU 2009; 5; 1: 111-125)

Dolly Figueroa<sup>1</sup>

**Las teorías actuales plantean que las emociones son fundamentales para la adaptación: ajustan el estilo cognitivo de la persona a las demandas situacionales, facilitan la toma de decisiones, preparan al individuo para respuestas motoras rápidas y promueven el aprendizaje. Además de estas funciones intraorganísmicas, las emociones tienen funciones sociales importantes: proveen de información acerca de intenciones conductuales, dan claves acerca de si algo es bueno o malo y permiten determinar con flexibilidad las conductas sociales, complejas o no, a seguir.**

**La emoción tiene una influencia regulatoria sobre otros procesos, como focalizar la atención y comunicarse con otros, y es también un proceso regulado en que la experiencia y la expresión de la emoción puede ser regulada para afrontar demandas situacionales.**

La capacidad de autocontrol tiene profundos efectos en el repertorio conductual del niño. La capacidad de controlar la expresión de las emociones, en especial las emociones negativas, se desarrolla en los primeros años de vida y tiene gran importancia para el despliegue de conductas adaptativas y sociales.

Las diferencias individuales en los patrones de regulación emocional pasan a ser características de la personalidad. Es así como la falta de un control emocional adecuado (tanto la carencia como el exceso) puede ser un precursor del desarrollo de psicopatología.

La regulación emocional (RE) competente constituye tanto un signo como una explicación para el funcionamiento psicosocial adaptativo. Las emociones

proveen a las personas con valiosa información sobre sí mismos, el ambiente y su relación con el mismo.

La habilidad de un niño de identificar, comprender e integrar la información emocional y al mismo tiempo manejar la información de acuerdo a sus metas tanto personales como interpersonales o sociales es la esencia de la regulación emocional.

La regulación de emociones es un heterogéneo conjunto de procesos de control que apunta a manejar cuándo, dónde, cómo y cuál emoción experimentamos y procesamos. Estos procesos de control tienen un periodo de desarrollo y subprocesos que ocurren en distintas etapas de la vida y ocurren a niveles tanto automáticos como conscientes.

<sup>1</sup> Psiquiatra Infanto-Juvenil. Unidad trastornos de alimentación Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro Atención Cross E-mail: drafigueroaellinger@gmail.com

## COMPONENTES DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL

Proceso	Proceso de regulación emocional
Componentes de la emoción	
Componentes Internos	Tono vagal neurofisiológico
	Funcionamiento del eje HPA
	Procesamiento cortical prefrontal
	Inhibición cortical
Cognitivos	Manejo de la atención
	Control de los cambios
	Codificación de los estímulos emocionales
	Generación de opciones de respuesta
	Selección de estrategia regulatoria
Subjetivos	Identificación/definición del sentimiento subjetivo
	Mantención del sentido de control sobre la intensidad del sentimiento
Componentes conductuales	
Expresión facial	Modificación de la expresión facial
	Enmascarar/suprimir la expresión facial
	Substituir por una expresión facial alternativa
Acciones	Búsqueda de recursos externos de enfrentamiento
	Cambiar las demandas ambientales
Componentes externos/sociales	
Significación cultural	Considerar el significado cultural de la conducta regulada
Significación social	Considerar el impacto de las estrategias de regulación en el ambiente social
Conducta de los otros	Provisión de contingencias para la conducta emocional
	Entrenar/discutir estrategias regulatorias
	Eliminar/manejar estímulos ambientales
	Manejo directo (sosiego físico)

De Zeman *et al.* JDBP/Abril, Vol. 27, No. 2.

La emoción puede regularse para lograr metas que son diferentes y es así como regulamos nuestras emociones en al menos dos formas: maximizando oportunidades para las emociones positivas y minimizando oportunidades para las emociones negativas. Por ejemplo, tendemos a favorecer situaciones relacionadas con información, eventos y personas que nos hacen sentir bien y evitamos o ignoramos aquellas que nos hacen sentir mal o evocan emociones negativas.

Controlamos las emociones seleccionando o creando determinadas situaciones, y una vez que aparece la emoción manejamos la magnitud de la respuesta intentando suprimir rápidamente las emociones negativas o amplificar o perpetuar las positivas.

Los humanos tenemos la extraordinaria capacidad de regular las emociones y estos esfuerzos regulatorios

determinan el impacto que los distintos eventos tienen en nuestra vida y en nuestro bienestar.

Los estudios actuales del desarrollo de la regulación emocional tienen sus raíces en el estudio del desarrollo socioemocional y la investigación contemporánea se basa en el uso de métodos conductuales y métodos neurocientíficos para describir cuándo, cómo y con qué consecuencias regulan sus emociones los individuos.

### ALGUNAS DEFINICIONES

*Emoción:* hay muchas definiciones, la más completa parece ser el modelo modal propuesto por Gross y Thompson en que la emoción constituye una transacción persona-situación que capta la atención, tiene un significado especial para un individuo y genera un



multisistema de respuesta coordinado, pero flexible a la transacción inicial. Por ejemplo, frente al miedo nuestros sentidos se agudizan, los músculos se activan para sacarnos del peligro rápidamente y nuestro sistema cardiovascular se sintoniza para entregar mayor oxígeno y energía a los grandes grupos musculares que se requerirán para la huida. Se piensa que las distintas emociones se relacionan con distintos problemas adaptativos y que la función de la emoción es coordinar los distintos sistemas de respuesta fisiológica.

*Regulación emocional:* es un heterogéneo conjunto de procesos de control que apunta a manejar cuándo, dónde, cómo y cuál emoción experimentamos y procesamos (Gross, 2007)

*Temperamento:* (Rothbart, 2006) son las diferencias individuales, que tienen una base constitucional en la reactividad y autorregulación en los ámbitos de afecto, actividad y atención. El término constitucional indica que el temperamento tiene una base biológica y que es influenciado en el tiempo por la herencia, madurez y experiencia.

## NEUROBIOLOGÍA DE LAS EMOCIONES

Las estructuras cerebrales involucradas, los componentes biológicos del temperamento, así como influencias epigenéticas tempranas como la calidad del cuidado materno precoz en la vida, van a ejercer una importante influencia en la facilidad con que se generan las respuestas emocionales positivas o negativas en la adultez.

La capacidad para regular la excitación emocional depende, en gran parte del funcionamiento de los sustratos neurales y fisiológicos relacionados con la reactividad fisiológica, la regulación autonómica, la inhibición conductual y el manejo del sí mismo, es decir, el desarrollo del sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo y los componentes fisiológicos asociados juegan un rol en determinar si se genera una emoción, qué tipo de emoción se experimenta, la intensidad y duración de la experiencia afectiva y si el individuo puede o no controlar sus conductas emocionales.

Las distintas estructuras del cerebro funcionan de modo sincronizado y coordinado. En el curso del desarrollo se van organizando gradualmente, de modo que en la medida que se adquieren nuevas habilidades y experiencias se va dando paso a capacidades que permiten la etapa siguiente del desarrollo. Lewis (2005) plantea que las transiciones del desarrollo se explican como reorganizaciones de la estructura del sistema neuronal

en que cada transición podría tomar la forma de una ola de sinaptogénesis seguida de una ola de poda sináptica. Esto ocurre en periodos críticos del desarrollo. Por ejemplo, la gran variabilidad del pensamiento y conducta en la adolescencia temprana se ha asociado con este fenómeno.

A otro nivel, los componentes cognitivos y de la atención juegan un rol fundamental que determina respuestas en la forma de pensamientos y planes. Los sistemas sensorial, motor y ejecutivo se enlazan, se acopla la memoria de trabajo, las acciones se seleccionan y refinan, y así sucesivamente.

Correspondiendo con la organización neural a lo largo de múltiples subsistemas y para establecer su relación con la cognición, se puede dividir de manera amplia al cerebro en cuatro niveles, cada uno más avanzado que el anterior y que aparece a su vez más tarde en la evolución que el que lo precede.

*El tronco cerebral:* conjunto de núcleos que responden en forma programada a eventos internos y externos. Estos núcleos controlan patrones de respuesta relativamente primitivos como conductas de ataque y vigilancia, alimentación, conducta sexual, expresiones faciales, etc. El tronco cerebral establece conductas emocionales aún en la ausencia de sistemas cerebrales más altos. Se han detectado circuitos parcialmente independientes del tronco cerebral (y del estriado) para la rabia, miedo/ansiedad, amor/vínculo, interés/excitación, tristeza, alegría y deseo sexual, es así como el tronco cerebral es el asiento de muchas emociones básicas y las propensiones conductuales que establece pueden ser consideradas las *tendencias a la acción* discutidas por los teóricos de la emoción.

El tronco cerebral y sus estructuras vecinas producen también una variedad de neuroquímicos (dopamina, norepinefrina) que modulan la actividad de la corteza y virtualmente de todos los otros sistemas del cerebro. Muchas de estas sustancias afectan los sistemas corporales, de modo que la respuesta corporal esté preparada para corresponder a los cambios cerebrales, como por ejemplo huir frente a una amenaza.

*El hipotálamo:* un poco más alto en la escala animal, las acciones de muchos de los sistemas del tronco cerebral son coordinadas o sincronizadas por el hipotálamo, que se ubica justo por encima de él. El hipotálamo controla el medio interno, incluyendo órganos y sistema vascular, en parte a través de su salida al sistema nervioso autónomo a través de vías axonales y en parte a través de la liberación de hormonas a la sangre. Simultáneamente recibe feedback de estos mismos sistemas, fun-

cionando como un regulador central de las respuestas corporales a los eventos ambientales relevantes. Al mismo tiempo el hipotálamo complementa la producción neuroquímica del tronco cerebral produciendo neuropéptidos que organizan los sistemas corporales y cerebrales para lograr estados coherentes dirigidos a una meta.

Cada neuropéptido tiene efectos paralelos en el cuerpo y el cerebro. Los estados inducidos por neuropéptidos se organizan a un nivel más alto que los inducidos por el tronco cerebral y su efecto puede ayudar a mantener estados emocionales o humores prolongados.

*El sistema límbico:* tosco semicírculo de estructuras que surge desde el diencéfalo y que evolucionó profundamente en los mamíferos. Estas estructuras median el aprendizaje y la memoria, mientras que las estructuras inferiores controlan la percepción y la acción de acuerdo a “programas fijos” que no requieren de aprendizaje. Ésta es una distinción crítica, especialmente cuando se trata del desarrollo.

Las estructuras límbicas y superiores pueden ser consideradas “abiertas” en el sentido que se modifican con el desarrollo sobre la base de la experiencia, mientras que las estructuras inferiores no cambian casi nada.

La progresión de la entrada sensorial a la salida motriz se entelatece en el sistema límbico, de modo que las respuestas pueden ajustarse con más precisión a aspectos aprendidos de las situaciones. Esto se atribuye al advenimiento evolutivo de las emociones, cuya fuerza motivacional *es mantener el foco de atención y acción*, más que responder con un patrón fijo de conducta.

El sistema límbico tiene un rol mediador de los estados emocionales, orientando la atención y la acción a lo que sea significativo. Aquí destaca la *amígdala* que etiqueta los estímulos con un contenido emocional, creando así cadenas de asociaciones basadas en experiencias emocionales. La amígdala es el “computador emocional” y tiene un rol central en la generación, monitoreo y cesación de la activación emocional a través de su efecto sobre los componentes fisiológicos de la emoción y la habilidad para aprender de la experiencia.

La conexión de la amígdala con estructuras más bajas (hipotálamo y tronco) activa sistemas motivacionales de respuesta de acuerdo a los eventos que están ocurriendo y sus conexiones a la corteza orientan la percepción y atención a estos eventos.

Mientras que la amígdala media la memoria emocional, el hipocampo organiza la memoria episódica y permite el monitoreo de los movimientos de uno mismo en tiempo y espacio. El hipocampo interactúa con la corteza prefrontal, probablemente a través de

la corteza cingulada para permitir actividades cognitivas voluntarias que reclutan recuerdos específicos al servicio de la planificación y desarrollo de estrategias. La amígdala y el hipocampo parecen funcionar en sincronía, de modo que las asociaciones emocionales evocan recuerdos específicos en la medida que se sigue un plan para lograr una meta.

*La corteza cerebral:* las capas de la corteza rodean al sistema límbico y éstas son el lugar donde habita la cognición, percepción y atención. En la corteza el tiempo entre estímulo y respuesta es mucho más largo. Los inputs del ambiente y las acciones potenciales se conectan entre ellos a través de una matriz de asociaciones, comparaciones, síntesis entre modalidades, planificación, reflexión y a veces, pero no siempre, control consciente. Estas operaciones toman tiempo y las emociones mantienen una orientación coherente a través del tiempo. Por ejemplo, una acción deliberada es guiada por la atención a evaluar planes alternativos y la atención anticipatoria es empujada por las emociones relacionadas con la persecución de metas particulares.

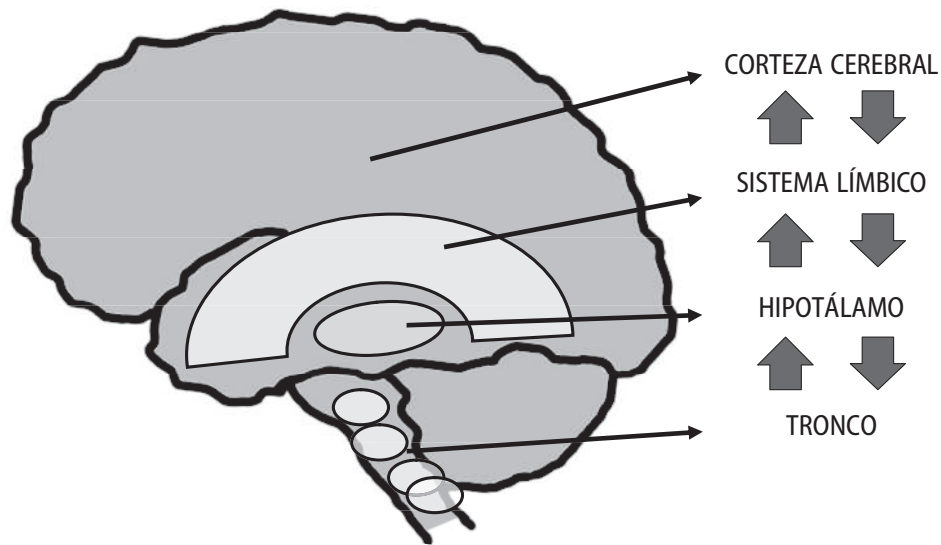
La corteza es también un sistema clave para el control cognitivo de las respuestas emocionales, lo que a menudo se conoce como regulación emocional. La corteza prefrontal ejecuta sofisticadas acciones perceptuales y cognitivas (que incluyen atender, monitorear, hacer decisiones, planificar y la memoria de trabajo) que son reclutadas por y que regulan las respuestas emocionales mediadas por la amígdala y las estructuras más bajas.

Hay dos sistemas corticales especialmente importantes en la integración de los aspectos cognitivos y emocionales del funcionamiento psicológico: la corteza cingulada anterior (ACC) y la corteza orbitofrontal (OFC). Ambas regiones paralímbicas sirven como interfaces entre la corteza prefrontal y el sistema límbico y parecen mediar las actividades cognitivas que son relevantes en los estados emocionales.

La ACC está ubicada en la superficie medial de la OFC. Su activación se ha relacionado con la evaluación y monitoreo de acciones potenciales, el monitoreo y resolución de conflictos y la atención selectiva.

El sistema ejecutivo mediado por la ACC dorsal se caracteriza por la elección voluntaria y es esencial para la atención dirigida y para el aprendizaje, sin embargo son las regiones más ventrales de este sistema las que se asocian con el procesamiento emocional.

La OFC, en la superficie ventral de la PFC, parece codificar y sostener la atención a los aspectos amenazantes o de recompensa del ambiente (Rolls, 1999). La OFC responde a cambios en la valencia hedónica de los



**Figura 1.** MODELO DE INTEGRACIÓN VERTICAL A LO LARGO DE LOS 4 NIVELES DEL NEUROEJE. EL FLUJO DE INFORMACIÓN BIDIRECCIONAL INTEGRA EL FUNCIONAMIENTO DE TODO EL CEREBRO (LEWIS, 2005).

eventos anticipados y se activa cuando hay “evaluaciones implícitas” de situaciones motivacionalmente relevantes en la mente. Sus conexiones hacia la amígdala, hipocampo y tronco cerebral son también integrales a la emoción y su actividad se ha implicado frecuentemente en la activación y regulación de estados emocionales.

Estas estructuras interactúan de modo que existe una jerarquía de control donde los niveles superiores dominan a los inferiores, así la corteza frontal subordina las funciones más primitivas del sistema límbico, que a su vez subordina las del tronco cerebral. Este flujo descendente de modulación y control es simultáneamente regulado por un flujo ascendente de activación sináptica y estimulación neuroquímica. Si no fuera por esta reciprocidad no podrían conectarse los procesos cognitivos con mecanismos motivacionales básicos, lo que Tucker denomina “integración vertical” (bottom-up y top-down, Figura 1). Esta integración vertical ocurre cada vez que un evento significativo interno o externo gatilla una emoción, requiriendo la iniciación de una respuesta cognitiva o motora. Acá se distinguen dos tipos de respuesta: el flujo de información entre una neurona y otra a través de las sinapsis y la acción de neuromoduladores y neuropéptidos que aumentan o disminuyen estos eventos.

### Eje HPA

El sistema hipotálamo-pituitario-adrenal produce cortisol, hormona que se libera cuando el organismo se prepara para responder a desafío físico o emocional. Al activarse el sistema HPA aumenta la vigilancia, el alerta, la atención y maximiza la energía disponible para su uso potencial durante una situación nueva o estresante. Esta respuesta se regula con un feedback que depende de la presencia de glucocorticoides (como el cortisol). Se ha postulado que los niveles de cortisol cambian en respuesta a la habilidad percibida de la persona en cuanto a controlar sus respuestas afectivas. Los hallazgos de investigación reciente indican que muchas estrategias de la RE afectan la actividad del eje HPA; esto está recién en pañales y queda mucho por investigar.

### NEUROBIOLOGÍA Y DESARROLLO

Existen mecanismos de cambio neural durante el desarrollo que en términos de la regulación emocional se pueden explicar en a través de las diferencias de la fuerza entre los impulsos desde abajo hacia arriba y la capacidad desde arriba hacia abajo para controlarlos. Los componentes biológicos del temperamento y las

influencias epigenéticas como la calidad del cuidado materno en la vida temprana pueden ejercer una influencia significativa en la facilidad con que las respuestas negativas fluyen en la adultez.

Se ha demostrado la plasticidad cerebral en el desarrollo, siendo un ejemplo claro la mielinización y poda que ocurre durante la adolescencia precoz en la corteza prefrontal, a la que se atribuye la capacidad para el pensamiento abstracto. A pesar de esto, algunos aspectos del desarrollo cerebral son muy individuales y las funciones como la regulación emocional muestran gran diversidad en la activación regional incluso en niños muy pequeños. La diferenciación funcional aumenta con el desarrollo y el cambio y la consolidación de los patrones sinápticos, tanto en funciones normativas, como la visión, el lenguaje, la permanencia de objeto, la teoría de la mente, y la regulación emocional, responden a cambios en la configuración neural y sus trayectorias a lo largo del desarrollo (Lewis, 2005). La generación de patrones sanos o maladaptativos dependerá de la experiencia en el primer año de vida (Schoore).

Existen factores constitucionales que inciden en este proceso y hay trabajos que sugieren la influencia del temperamento en la sensibilidad de la amígdala a los estímulos potencialmente amenazantes, que en ausencia de interacciones sociales positivas contribuyen a establecer un umbral bajo para la activación amigdalina que puede persistir a lo largo de la vida.

Éstas y otras predisposiciones afectivas interactúan con las normas de regulación emocional de cada cultura, las que generarán un entrenamiento en el uso de diferentes estrategias de regulación emocional.

La habilidad de implementar una determinada estrategia regulatoria va a depender inicialmente del desarrollo de las regiones prefrontales que efectúan los procesos de control. Se sabe que la corteza prefrontal experimenta un rápido crecimiento entre los 8 y 12 años, que continúa hasta los 20 y que hay formas de control cognitivo conductual que siguen la huella de este desarrollo. Los cambios en la estructura cortical y su función posterior en la vida también pueden impactar la capacidad de regular emociones. Por ejemplo, se sabe que los adultos tienden a experimentar una mayor proporción de emociones positivas que negativas en la medida que envejecen (Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999).

La capacidad de regular desde arriba hacia abajo (top down regulation) y de controlar o modelar los procesos de evaluación también puede variar de distintas maneras en los individuos. Algunas diferencias derivan del conocimiento de cómo y cuándo regular las emociones, que se refleja en distintas creencias acerca de cuáles

emociones son controlables y las diferentes estrategias a desplegar. Uno de los determinantes más importantes en la tarea cognitiva es la capacidad de la memoria de trabajo (Barret, 2004), y es posible que las diferencias individuales en esta capacidad determinen la habilidad individual para reevaluar o distraerse de experiencias aversivas. Por otro lado, la capacidad de identificar las propias emociones (que se relaciona con el lenguaje), puede ser útil para determinar cómo regularlas. También la tendencia a estar permanentemente reevaluando las situaciones en la vida cotidiana (en contraste con la supresión permanente de emociones) puede afectar la eficiencia con que los sistemas prefrontales implementan estrategias regulatorias y regulan hacia abajo la activación de los sistemas de activación.

## DESARROLLO EMOCIONAL

La capacidad del niño para autorregularse empieza a desarrollarse en la infancia, que es un periodo de relativa dependencia del adulto para la RE. Los episodios de desregulación al principio son manejados por los cuidadores primarios, y cuando esto no ocurre se puede comprometer seriamente el desarrollo.

En los primeros 3 meses de vida los lactantes muestran expresiones faciales que se asocian con emociones básicas de rabia, miedo y alegría sin que todavía se asocian a eventos específicos. Entre los 3 meses y dos años el desarrollo emocional se enfoca en diferenciar expresiones que se asocian directamente con habilidades del lenguaje.

A los 7 meses, en la medida que la relación adulto-niño se hace más sólida, el lactante empieza a expresar miedo y cautela frente al extraño. La socialización de los despliegues emocionales también comienza a esta edad y los padres responden diferencialmente por género a las expresiones emocionales de sus bebés. Los niños con desarrollo normal utilizan referencias sociales, en que las expresiones emocionales de otros guían sus reacciones a experiencias ambientales nuevas.

En los dos primeros años aparecen emociones más conscientes (vergüenza, orgullo) con amplias variaciones de la expresión dependiendo de las distintas culturas. Al final de este periodo el niño ha adquirido un amplio léxico emocional que utiliza para etiquetar sus emociones. El desarrollo del lenguaje le permite autorregularse, de modo que puede expresarle lo que siente a otra persona que lo puede ayudar.

En los primeros 7 años de vida el niño enfrenta numerosas tareas del desarrollo basadas en las emociones: la tolerancia a la frustración, el poder relacionarse y disfrutar a otros, reconocer el peligro y manejar el miedo y

la ansiedad, defender su propiedad y a sí mismo dentro de los límites de una conducta aceptable, tolerar el estar solo por periodos razonables, el interés y la motivación por aprender y lograr tener amistades. Todas estas tareas involucran la regulación de las emociones.

Los años preescolares están marcados por la emergencia de periodos de autorregulación sostenida mezclados con periodos de co-regulación niño-adulto. En esta etapa el alcance y la naturaleza de la RE aumenta y se diversifica y es importante en el sentido que el niño puede ir seleccionando patrones de regulación que se hacen característicos de él. En este periodo los niños tratan de enfrentar en forma autónoma las demandas emocionales de sus vidas y reciben feedback social tanto a su reactividad como su expresividad emocional.

En la niñez media los procesos de RE se internalizan, se hacen menos accesibles a la influencia externa y pueden estilizarse y hacerse más característicos. Mientras en el balance se inclina hacia la confianza en sí mismo en la RE, la regulación social juega un rol importante y crítico, como lo hace en las relaciones adultas.

La relación entre el niño y su cuidador provee del contexto para la socialización de la RE. Los lactantes muy pequeños parecen seguir la guía emocional de la madre en la interacción cara a cara, pero a los 6 meses se hacen más autónomos en el intercambio afectivo. Además de la interacción cara a cara, los padres responden al estrés de los pequeños con estrategias de cambio de estado, con conductas como tomarlos en brazos, acunarlos, alimentarlos y distraerlos, que se homologan a las estrategias autorregulatorias del niño en los primeros meses de vida, como son las conductas de autoestimulación y evitación de la mirada.

La desregulación emocional en estos primeros años ocurre en el contexto de un desajuste entre los recursos del niño y las demandas situacionales. Un ejemplo es el autismo, donde la habilidad del niño para coordinar el intercambio emocional con la madre o cuidador está alterada. Lo mismo ocurre cuando la crianza es disfuncional: por Ej. una madre deprimida tiene interferida su sincronía y sensibilidad a las necesidades del niño. Cuando esto ocurre, y la emoción del niño no gatilla una respuesta adecuada de la madre en forma sostenida, sus patrones emocionales empiezan a cambiar, pudiendo aparecer irritabilidad aumentada, indiferencia y falta de interés en comunicarse con los adultos, con consecuencias que pueden llevar a trastornos serios como la depresión funcional u otros trastornos vinculares reactivos que llevan a un aplanamiento del rango e intensidad de las emociones del niño. Así, un quiebre en la co-regulación diádica precoz de la emo-

ción genera una desregulación emocional del lactante, esté la causa en el niño o en su cuidador.

Es así como el periodo que va desde el nacimiento hasta la edad preescolar depende de interacciones sociales sensibles y adecuadas para la promoción de patrones de RE adaptativos y su fracaso puede tener efectos deletéreos en el niño.

Después de los 3 a 4 años los episodios de humor negativo como las pataletas, llanto intenso y distrés parecen disminuir. En general la investigación no se ha focalizado en los afectos positivos, pero los patrones de éstos también parecen cambiar. La habilidad de los preescolares para expresar y modular emociones se puede observar en el juego y en la vida cotidiana. Alrededor de los 3 años los niños imitan emociones en el juego y pueden ocultar o minimizar la expresión de sentimientos negativos en determinadas situaciones.

Las diferencias individuales en la regulación de la reactividad emocional distinguen en esta edad a los niños problema de los que no lo son. Los primeros tendrán episodios de distrés intenso y periodos prolongados de protesta durante la separación, a diferencia de sus pares más sanos.

El periodo preescolar marca cambios sociales importantes y el niño amplía sus redes para incluir nuevos amigos, hermanos, vecinos, compañeros de curso y profesores, entre otros. Las redes sociales proveen de información nueva y distinta acerca de la emoción, sus influencias regulatorias y aceptación social.

La expresión de las emociones se relaciona con la competencia social, de tal modo que el desarrollo de la habilidad para sintonizar la intensidad y la duración de la emoción con el fin de manejar las necesidades del momento, para lograr una meta y conservar las relaciones es un logro importante que ocurre en esta etapa y que continúa durante el resto de la niñez.

Este periodo es también uno de gran desarrollo cognitivo y del lenguaje, que tiene una gran influencia en la regulación emocional. Acá el rol de los lóbulos frontales y la función ejecutiva son de gran importancia. Los años preescolares marcan transiciones significativas en el prolongado desarrollo de las funciones ejecutivas y los niños que tienen dificultades en modular su atención e impulsos muestran, en relación a sus pares, diferencias en la latencia, intensidad, duración y calidad de los cambios en sus estados emocionales, incluso la alegría y la exaltación.

Las emociones quedan bajo el control verbal en este periodo y se cree que alrededor de los 5 a 6 años los niños verbalizan sus sentimientos más que actuarlos.

En resumen, en la niñez temprana, las relaciones y experiencias sociales proveen de oportunidades para

experimentar emociones, observar cómo funcionan, aprender las consecuencias de los estados emocionales, hablar de las emociones, adquirir estrategias iniciales para modular la experiencia de la emoción y utilizarla exitosamente. Las condiciones como una crianza disfuncional, conflicto parental, abuso, alteran los patrones de regulación emocional. Por otro lado, las características del niño que dificultan la capacidad del padre para leer y aliviar su estrés interfieren con la habilidad para aprender de las estrategias regulatorias del padre. Probablemente la situación ideal para el desarrollo de un patrón de RE sano es la exposición a un nivel de estrés manejable en un mundo receptivo y accesible.

En el periodo escolar los cambios en el desarrollo cognitivo y social permiten un contexto de mayor confianza en la autorregulación, los patrones de desregulación se van haciendo más estables y menos accesibles a la influencia externa y se afinan las formas en que los niños han internalizado su experiencia emocional. El logro más potente es tal vez el desarrollo de habilidades que reflejan, conceptualizan y verbalizan ideas acerca de la emoción de modo más abstracto. Esto se refleja en la manifestación de las reglas emocionales. La socialización de la emoción empieza temprano en la infancia y las reglas culturales se adquieren al mismo tiempo que las reglas de conducta. Los aspectos cognitivos juegan un rol importante en la adquisición de la autorregulación. Las habilidades visoespaciales apoyan la percepción de la emoción en los otros, lo que a su vez influye en el conocimiento acerca de contextos emocionales y normas culturales. Los niños que tienen dificultades visoespaciales y de lenguaje tienden a tener más problemas emocionales. Los niños con problemas conductuales tienen dificultades en el procesamiento de la información, parecen malinterpretar las situaciones interpersonales y esto genera frustración y desilusión.

El desarrollo cognitivo también sostiene la habilidad del niño de autorreflejarse en su conducta, pensamientos y emociones. Esto se ve en la conciencia que tiene de la posibilidad de experimentar emociones simultáneas y mixtas. Sólo en la niñez media el niño empieza a comprender la simultaneidad de emociones opuestas. (Por ej. puede estar triste y contento a la vez porque su mamá salió, pero le dejó un regalo.)

El trauma precoz interfiere con esta capacidad de integración y emergen síntomas como la escisión, una forma sobresimplificada de ver los eventos como todo bueno o todo malo, que se asocia con psicopatología severa como los trastornos de personalidad. De hecho, muchos síntomas asociados con trastornos de perso-

nalidad son el reflejo de disfunciones en el logro de la integración emocional en la niñez media.

En la medida que el niño se hace consciente y es capaz de juzgar su propia vida interna, se le hace posible tener reacciones emocionales sobre las reacciones emocionales, siendo capaz de meditar sobre sus propios estados internos y de pensar sobre las implicaciones de estos estados. Las reflexiones dejan de ser cogniciones "frías" y se transforman en juicios de valor que conllevan una valencia emocional.

Las influencias sociales, como las reacciones de los otros a las emociones propias, también contribuyen a la internalización de emociones acerca de las emociones. Por ej. si el padre se siente culpable, triste o ansioso en relación a un momento de rabia con el niño, puede modelar un ciclo de emoción/emoción; esto también puede ocurrir si el niño es castigado o se ríen de él por mostrar una emoción determinada.

Desde los 12 a los 18 años la habilidad de regular emociones aumenta y las decisiones de regulación se hacen más diferenciadas en función de la motivación, del tipo de emoción y factores sociocontextuales. La conciencia aumentada de las consecuencias interpersonales de un despliegue particular de emociones y el proceso de cambio en las relaciones con los padres versus pares, influye en la decisión de expresar determinadas emociones a determinadas personas (por ej. los adolescentes tienen más probabilidades de expresar una emoción cuando esperan una reacción de apoyo). Aunque las emociones sociales o autoconscientes ya estaban presentes, su intensidad y frecuencia puede aumentar, dada la elevada sensibilidad a la evaluación de los otros.

En resumen, el desarrollo emocional es una evolución transaccional compleja en la que las características del niño, su cuidador y la experiencia convergen y transforman. Las situaciones que estresan al niño más allá de su capacidad de autorregulación, especialmente cuando no se ofrecen soluciones alternativas en el ambiente que lo rodea, crean una oportunidad para la generación de patrones estables de desregulación, que pueden llegar a convertirse en un atributo personal.

## FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS

Los factores intrínsecos (o internos) son las diferencias individuales que se consideran "innatas", como la predisposición temperamental, algunas habilidades cognitivas y los sistemas neurológicos y fisiológicos involucrados en el control de la emoción (Calkins, 2003). Cabe señalar, sin embargo, que ninguna diferencia en las características físicas, fisiológicas o biológicas es el

resultado puro de los genes y siempre se debe considerar la influencia del ambiente.

Los factores extrínsecos (o externos) incluyen la forma en que los cuidadores modelan y socializan las respuestas emocionales del niño, las estrategias utilizadas para ayudar al niño a regular sus emociones, el proveer de un ambiente de apoyo y cuidado para favorecer su socialización, además de los hermanos y pares, influirán en al forma que el niño utilice estrategias de autocontrol.

La capacidad de autocontrol depende de la reactividad del niño a la estimulación ambiental, y sus respuestas iniciales se caracterizan por su respuesta fisiológica y conductual a estímulos sensoriales de distinta intensidad y calidad. Estas respuestas iniciales tienen su correlato en indicadores faciales y vocales que reflejan en forma primitiva lo que después constituirá emociones diferenciadas. Esta diferenciación se va manifestando en la medida que avanza el desarrollo cognitivo y la conciencia de sí mismo en la niñez temprana.

Los procesos cognitivos que facilitan el control de la reactividad emocional incluyen la regulación de la atención, el control inhibitorio y la función ejecutiva. Las oportunidades para manejar la reactividad emocional son en sí mismas el producto del temperamento del niño, lo cual significa que la forma y frecuencia en que el niño responde a los estímulos permitirá que existan intervenciones externas (factores extrínsecos).

Un factor central en la emergencia del autocontrol es la regulación de la atención. El desarrollo de la atención parte en el primer año de vida y continúa durante los años escolares. La capacidad individual de sostener la atención en forma voluntaria o cambiar el foco de atención son aspectos críticos del autocontrol y se utilizan para manejar tanto emociones positivas como negativas. Los niños con mejor control de la atención tienen más afectos positivos y menor distrés durante episodios de atención focalizada (Rothbart), lo que sugiere que el control de la atención está ligado a la experiencia afectiva y que la afectividad negativa interfiere con la capacidad del niño de explorar y aprender del ambiente.

Al final del periodo de lactante el niño empieza a integrar el control de la atención con el control de la inhibición motriz permitiendo el logro de una serie de tareas del desarrollo, como el someterse a las peticiones del adulto, el poder retrasar la gratificación inmediata y manejar sus impulsos. Esta capacidad de controlar la atención se relaciona con conductas que más adelante requieren una supresión activa de la conducta aun cuando la recompensa es deseable, o cuando el inicio o

mantención de una conducta puede ser desagradable (Rothbart). En la medida que el lactante va creciendo se hace más sistemático en el despliegue de la atención y logra un mejor control inhibitorio.

La modulación de la activación (arousal) se refleja inicialmente en el control de los ciclos sueño-vigilia y se integra en el control emocional en los años preescolares. Las diferencias individuales en la activación y en la reactividad que aparecen temprano en la vida subyacen a muchos desarrollos que ocurren después en el control conductual de la experiencia y expresión de la emoción, es decir los procesos de atención y control inhibitorio son influenciados por el estilo de reactividad emocional del lactante y el niño.

En resumen, los procesos de control son una función del temperamento del niño y las diferencias individuales en estos procesos contribuyen al desarrollo normal del funcionamiento social.

### Factores intrínsecos

*Temperamento:* muchos investigadores dan cuenta de su rol en el desarrollo del autocontrol de las emociones. Rothbart incluye la reactividad, las diferencias individuales en el desarrollo de la atención y capacidades inhibitorias que pueden regular esta reactividad en su modelo de temperamento. La reactividad se caracteriza por la latencia del lactante en responder, el umbral de respuesta y la intensidad de la respuesta a la estimulación sensorial. Una gran parte de los trabajos de investigación del desarrollo del autocontrol se ha focalizado en los efectos de la reactividad negativa del temperamento. La reactividad negativa es el grado de distrés del lactante en respuesta a eventos nuevos que no le son familiares, o su grado de distrés en situaciones de frustración.

Diversos estudios demuestran que los patrones de asimetría en la activación frontal EEG entre los hemisferios derecho e izquierdo se asocian con distintos tipos de experiencias emocionales. La asimetría frontal refleja la disposición para expresar conductas de acercamiento o evitación (Diamond 1992). Entre los lactantes que presentan reactividad negativa a los 9 meses, aquellos que muestran un patrón de asimetría frontal izquierda EEG tienen menos probabilidades de exhibir inhibición conductual posteriormente en la niñez, comparados con los que muestran asimetría EEG frontal derecha. Un patrón de asimetría frontal derecha EEG se relaciona con la tendencia a expresar afecto disfórico en respuesta al estrés leve; pueden ser más vulnerables al estrés y responder con evitación y afecto negativo.

*Atención:* La capacidad de regular la atención empieza a aparecer a fines del primer año de vida y continúa durante el periodo preescolar. Los componentes descritos como importantes son tres sistemas atencionales: el de orientación, el de vigilancia y el ejecutivo (Posner). Estos tres sistemas proveen al niño de los procesos necesarios para regular su reactividad. Existen claras diferencias en el desarrollo durante el periodo de niñez temprana en las relaciones entre atención y control emocional, específicamente en cuanto a cómo el niño es capaz de utilizar su sistema atencional para regular sus emociones. Rothbart en varios estudios demuestra que el control de la atención se relaciona con disminuciones en la afectividad negativa en situaciones que evocan distrés en los lactantes; más aún, se piensa que la afectividad negativa interfiere con la capacidad del niño de explorar y aprender del ambiente y de mantenerse en una tarea.

Distintos estudios demuestran que la menor distracción y un mayor foco atencional se relacionan con más afecto positivo, menos reticencia y evitación social en las relaciones con los pares, menores niveles de cortisol en la mañana y mayor asimetría frontal EEG.

*Procesos de la voluntad:* Otro factor intrínseco del niño que influye en el autocontrol es la capacidad del niño de engancharse en procesos de control deliberado de la conducta (que es la habilidad de mantener un estado de vigilancia y de inhibición de respuesta en el tiempo). En la lactancia y el periodo preescolar se desarrolla de tal forma que a los cuatro años el niño puede usar exitosamente una norma para inhibir una respuesta dominante. Diamond y Zelazo atribuyen este logro a la maduración de determinadas áreas de la corteza prefrontal involucradas en la capacidad de inhibir respuestas.

Los procesos de control deliberado como la inhibición de respuestas son capaces de regular la tendencia a las conductas de acercamiento y la evitación, incluyendo la reactividad emocional positiva y negativa. Por ejemplo, permite al niño acercarse a un estímulo que produce distrés o incomodidad con el fin de obtener una meta deseada, es decir, oponerse a su reactividad para comportarse de acuerdo a ciertas reglas o expectativas.

El "costo" fisiológico de este esfuerzo cognitivo, según estudios de Gross y Levenson, sería un aumento de la activación simpática, con un aumento de la conductancia de la piel y de la frecuencia cardíaca.

*Función ejecutiva:* Con el desarrollo aparece un cuarto factor como componente del autocontrol: la cognición

ejecutiva. Hay dos tipos de habilidades en esta función que son importantes para la RE.

Primero, los lactantes y niños pequeños aprenden que es útil adoptar ciertas conductas en determinadas situaciones. La capacidad de anticipar las consecuencias eventuales de determinadas estrategias es una habilidad de desarrollo más tardío y aparece en la medida que el niño va entrando en la etapa escolar. En este proceso, la capacidad de autorregulación cognitiva aumenta. Este tipo de autorregulación involucra la planificación, control, reflexión, competencia e independencia (Paul y Newman).

En la medida que los lactantes maduran logran comprender que la gente a su alrededor responderá o se comportará de una manera determinada. En la medida que las interacciones sociales se refinan el niño aprende cuándo es necesario y adecuado regular sus manifestaciones afectivas y cómo desplegar distintas estrategias conductuales dependiendo de las circunstancias. En este punto el niño logra utilizar una compleja secuencia de procesos de información que le permite reconocer, interpretar, y evaluar una situación antes de emitir una respuesta emocional regulada.

Los procesos intrínsecos involucrados en el logro del control emocional durante la niñez son de naturaleza tanto biológica como conductual, sin embargo estos procesos pueden y son influenciados por factores externos.

### Factores extrínsecos

Tanto el temperamento como los procesos cognitivos son influenciados por factores externos. La interacción con los cuidadores es fundamental y, en la medida que el niño crece, se le entregan métodos de entrenamiento conductual de acuerdo a las normas y expectativas de los padres. La naturaleza de esta interacción tendrá relación con el temperamento y el desarrollo de las habilidades cognitivas necesarias para manejar las emociones.

El temperamento del niño afecta la forma y extensión de las intervenciones de su cuidador a través sus conductas. Las interacciones con el cuidador pueden modular la interpretación que el niño hace de determinados eventos que generan afectos y las emociones desplegadas ante estos eventos. Diversos estudios demuestran que la relación entre el ambiente de cuidado y el temperamento del niño predice la adaptación social del mismo. De modo que la forma en que los padres responden al temperamento de su hijo tiene importantes consecuencias para el desarrollo del autocontrol de las emociones y su competencia social.



Las prácticas de cuidado de los padres pueden apoyar o quebrantar este desarrollo. Durante la lactancia hay una dependencia exclusiva de los cuidadores como “reguladores” de la emoción. En el curso del tiempo las interacciones con los padres en situaciones de carga emocional le enseñan al niño el uso de determinadas estrategias que pueden ser útiles para regular la activación emocional y fisiológica, que le permitirá organizar su conducta. El apoyo de los padres es crucial durante la transición del niño a una mayor autonomía, lo que permite pensar que determinadas estrategias de la madre que se relacionan con la inhibición de impulsos y el complacer las demandas externas son potentes reguladores externos que eventualmente son internalizados.

Estas prácticas se observan en la interacción cotidiana donde los padres tienen múltiples oportunidades para modelar y reforzar las conductas del niño.

Los padres muy controladores en contextos que no lo requieren, pueden impedir el desarrollo de estrategias óptimas para la regulación y estos niños empiezan a depender del apoyo externo, inhibiendo sus posibilidades de generar procesos intrínsecos de autocontrol. Las interacciones positivas con los padres son necesarias y las conductas que refuerzan los intentos de autonomía del niño contribuyen al desarrollo del control emocional y conductual. Los hermanos también participan de este proceso, ya que pueden dar consuelo y ayudar a la autorregulación en situaciones de activación emocional. Sin embargo, pueden también ser una fuente de afecto negativo y de conflicto.

Los pares y el ambiente social constituyen otro factor extrínseco a considerar. Al igual que los hermanos, los pares pueden ser un foco de apoyo emocional y un modelo de habilidades regulatorias. Constituyen un espacio donde practicar habilidades de control emocional, pudiendo también implicarse en un desarrollo conflictivo; por ej., los niños rechazados tienen menos posibilidades de desarrollar y aprender habilidades sociales, lo que constituye posteriormente un riesgo de presentar dificultades en el ajuste conductual.

Finalmente el contexto cultural tendrá un rol en la RE. La transmisión de reglas culturales puede afectar cuándo y cómo el niño aprende a ocultar, mostrar y controlar su expresión emocional. Este despliegue puede no ocurrir hasta que el niño llega a la edad escolar. Las reglas culturales afectan el grado en que los padres y la participación familiar en el desarrollo emocional permiten ciertas expresiones de la emoción.

## INFLUENCIA DEL APEGO

En los últimos 20 años la teoría del apego de Bowlby se ha convertido en uno de los marcos conceptuales más importantes para comprender la RE.

Bowlby plantea que los niños nacen con un repertorio de conductas de vinculación que busca mantener la proximidad de otros (figuras de apego) y que esto constituye una condición innata destinada a proteger al individuo del peligro. Esta teoría ha sido ampliada por varios autores como Ainsworth, Blehar y Wall, que describen estilos de apego que pueden ser sanos o precursores de psicopatología dependiendo de cómo se establezcan los vínculos precoces.

Mikulincer y Shaver (2002) proponen un modelo para la activación y dinámica del sistema de apego, luego de integrar hallazgos de la investigación con propuestas teóricas previas.

El modelo tiene 3 componentes principales:

- El primero comprende la evaluación y monitoreo de eventos amenazantes. Éste es responsable de la activación de la primera estrategia de apego: *la búsqueda de la proximidad*.
- El segundo componente involucra el monitoreo y evaluación de la disponibilidad de figuras de apego externas o internalizadas, que da cuenta de diferencias individuales en el sentido de seguridad del vínculo y el desarrollo de lo que denominan *estrategias basadas en la seguridad*.
- El tercero consta del monitoreo y evaluación de la posibilidad de buscar la proximidad como forma de enfrentar la inseguridad vincular y el distrés. Éste es responsable de las diferencias individuales en el desarrollo de *estrategias de apego secundarias que son específicas (de activación o desactivación)*.

El modelo incluye vías excitatorias o inhibitorias que resultan del uso recurrente de las estrategias de apego secundarias. Estas vías, a su vez, afectan el monitoreo de los eventos amenazantes y la disponibilidad de las figuras de apego.

Mikulincer plantea que la percepción de una amenaza física o psicológica activa el sistema y se pone en marcha la primera estrategia. Este movimiento lleva al individuo a buscar representaciones internalizadas de figuras de apego o a la búsqueda de otros concretos que lo apoyen y a mantener proximidad sea simbólica o real con ellos. Estos autores asumen que con el desarrollo y la edad la capacidad de calmarse a partir de representaciones de figuras simbólicas aumenta y que a ninguna edad puede prescindirse de confiar en otros.

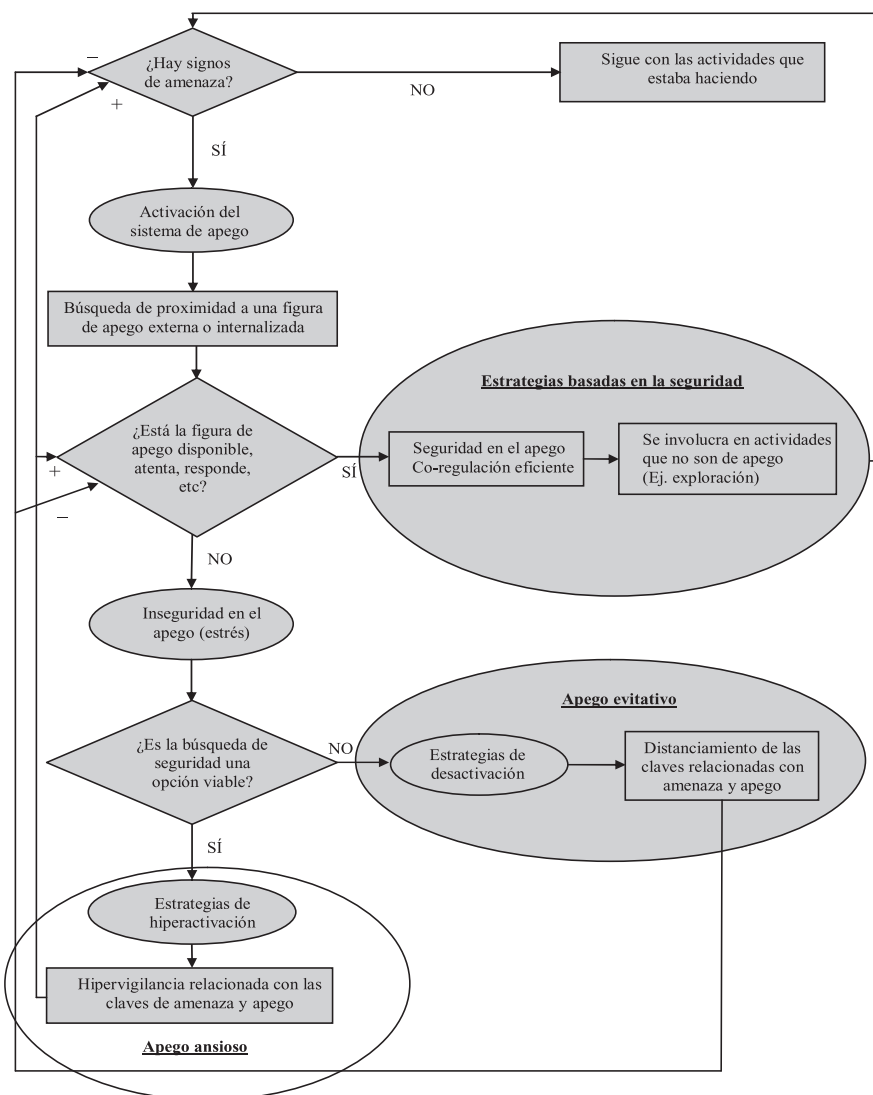


Figura 2. DE MIKULINCER, SHAVER Y PEREG. ATTACHMENT AND SELF REGULATION (2003)

Las estrategias basadas en la seguridad se relacionan con el logro cognitivo de internalizar los vínculos seguros que se hacen parte de la resiliencia y de la fortaleza personal del individuo. Estas estrategias consisten en el conocimiento declarativo y de procedimiento acerca de uno mismo, los otros y la regulación afectiva. El conocimiento declarativo se refiere a creencias optimistas acerca del manejo del estrés, a la confianza en las buenas intenciones de otros y en un sentido de autoeficiencia en manejar las amenazas. Estas creencias son componentes centrales del sentido de apego seguro y resultan de interacciones positivas con las figuras de apego.

El tercer componente se relaciona con la disponibilidad de la figura de apego. Si ésta no se halla disponible se genera inseguridad vincular, lo que a su vez hace necesario activar una estrategia secundaria específica.

La evaluación de la búsqueda de proximidad (sin figura disponible) puede generar estrategias de hiperactivación que generan un estado de vigilancia constante, preocupación y esfuerzo hasta que se logra un sentimiento de seguridad. En esta estrategia se observa la dependencia extrema de otras personas como fuente de protección y la percepción de uno mismo como desvalido e incompetente en la RE.

La búsqueda de proximidad como una opción no viable también puede generar estrategias de desactivación, inhibición de la búsqueda de apoyo e intentos activos por manejar el estrés solo. La meta primaria acá es negar la necesidad de apego: evitar la cercanía, intimidad y dependencia en las relaciones cercanas, maximizar la distancia física, cognitiva y emocional y la lucha por uno mismo. Cuando esto se generaliza el individuo se aleja del estrés literal y simbólico, se asocia o no a la experiencia vincular.

Cada estrategia tiene una función regulatoria específica y los procesos afectivos y cognitivos se conforman para el logro de metas como el eliminar el dolor producido por los intentos de acercamiento. En la Figura 2 se muestra el modelo descrito

## GENÉTICA Y REGULACIÓN EMOCIONAL

Los avances en la genética molecular y los estudios no invasivos de neuroimágenes han permitido tener algunos indicios acerca del rol de los genes en la RE. Como ya se mencionó, la RE tiene procesos de nivel inferior (autonómico y subcortical) y procesos cognitivos de nivel superior que se imbrican en regiones y circuitos del cerebro que contribuyen tanto a la reactividad como a la regulación. El rol de los genes en la RE implica necesariamente la inclusión de varios sistemas de genes.

Como aproximadamente 70% de los genes se expresa en el cerebro, muchas de las variaciones funcionales génicas dan cuenta de la variabilidad individual de la estructura y función. Por esta razón, para su estudio se usa una serie de técnicas de neuroimagen como la RNM, la RNMf, PET, y dos técnicas EEG: la magnetoencefalografía (MEG) y la espectroscopía de resonancia magnética (MRS).

La genética tiene una influencia en la RE, como lo demuestran estudios de gemelos, que han revelado una heredabilidad que va de 40 a 70% para diversos aspectos del temperamento, la cognición y la personalidad.

Los estudios de RE han llevado a explorar la variación en la disponibilidad de los receptores de neurotransmisores. Por ejemplo, la extraversión, características de dominancia, búsqueda de novedad y la sensibilidad a la recompensa se han asociado a la disponibilidad de dopamina. Hay muchos sistemas de neurotransmisores, cada uno con complejas funciones y en interrelación entre ellos.

Dos parecen tener particular importancia en la RE: el sistema serotoninérgico y el sistema dopaminérgico. El sistema dopaminérgico juega un rol crítico en el sistema de recompensa y se asocia con desórdenes como las adicciones

El sistema serotoninérgico se ha asociado con la generación y regulación de la conducta emocional y su manipulación tiene efectos sobre la impulsividad y la agresión. Un polimorfismo muy estudiado es el asociado al transporte de la serotonina, ubicado en el cromosoma 17q11.1-q12, cuya variante S se ha relacionado con respuestas de ansiedad y enfermedad afectiva. Se ha planteado que el alelo 5-HTTLPR S tiene un fuerte efecto sobre la función y estructura de la amígdala (ricamente inervada por neuronas serotoninérgicas) y sobre las interacciones funcionales del circuito córtico límbico, implicado tanto en los estados de humor normal como patológicos.

La mayoría de los estudios actuales demuestran que gran parte de la psicopatología se origina temprano en la vida, emergiendo en la niñez y adolescencia, lo que podría situar a los portadores del alelo corto en un mayor riesgo de desarrollar psicopatología frente a estresores precoces.

Si bien los efectos de los genes se están documentando en adultos, la contribución de estos genes a lo largo del desarrollo (cuando supuestamente los sistemas son más maleables) actuando en respuesta a distintas presiones ambientales debe seguir siendo evaluada para comprender los caminos biológicos que sesgan la conducta y el riesgo de desarrollar una enfermedad psiquiátrica.

Hay una serie de temas a seguir investigando. Hasta acá los investigadores del área de la RE habían asumido que las diferencias individuales en la reactividad del lactante eran moderadas por la maduración de los procesos cognitivos. Sin embargo, trabajos recientes sugieren justo lo contrario: que la cognición es modificada por el temperamento. Esto implica que el temperamento modifica la forma en que la persona percibe y procesa los estímulos ambientales.

Las redes neuronales que sostienen estos procesos cognitivos pueden ser distintas dependiendo de la forma y contexto en que se construyeron; el desafío es comprender cómo estos procesos del desarrollo aparecen en el tiempo

Otro tema es definir si el grado de utilización de los procesos cognitivos descritos son adaptativos al temperamento. Tampoco se sabe cómo cambian los factores intrínsecos en el tiempo.

Finalmente el poder comprender la etiología, los procesos y mecanismos que regulan las emociones y otros procesos asociados al desarrollo será fundamental para poder generar intervenciones que ayuden a prevenir el desarrollo de patrones maladaptativos que aumentan el riesgo de desarrollar psicopatología.

## REFERENCIAS

1. Schore Allan N. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 2001; 22,: 7-66
2. Purves Dale "Neuroscience. 3<sup>rd</sup> edition. Sinauer Associates, Inc. Publishers Sunderland, Massachusetts, 2004
3. Bell M, Deater-Deckard K. Biological systems and the development of self regulation: integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *J of Dev & Behav. Pediatrics* 2007; 28; 5: 409-412
4. Kochanska G, Coy K, Murray T. The development of self regulation in the first four years of life. *Child Dev.* 2201; 72; 4: 1091-1011
5. Cole P, Michel M, O'Donnell Tetti L. The development of emotional regulation and dysregulation: a clinical perspective Monographs of the society for research in child development, 1994: 59;2/3: 73-100
6. Taylor S, Eisenberger N *et al.* Neural responses to emotional stimuli are associated with childhood family stress. *Biol. Psych*, 2006; 60:296-301
7. Thomas K, Drevets W *et al.* Amygdala response to fearful faces in anxious and depressed children. *Arch. Gen Psych*, 2001; 58: 1057-1063
8. Skinner E, Zimmer-Gembeck M. The development of coping. *Annu. Rev. Psychol*, 2007; 58:119-144
9. Schore Allan N. Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of traumatic stress disorder. *Australian and N. Zealand J. of Psychiatry*, 2002; 36:9-30
10. Machado C, Bachevalier J. A non human primate models of childhood psychopathology: the promise and the limitations. *J of Child Psychology and Psychiatry* 2003; 44; 1: 64-87
11. Lewis M, Lamm C *et al.* Neurophysiological correlates of emotion regulation in children and adolescents. *J of Cognitive Neuroscience*, 2006; 18; 3:430-443
12. Zeman J, Cassano M. Emotion regulation in children and adolescents *Dev. and Behav. Pediatrics*, 2006, Vol 27, no 2:155-169
13. Bell M, Wolfe C. Emotion and cognition: an intricately bound developmental process. *Child Dev.* 2004; 72; 2:366-370
14. Posner M, Rothbart M. Developing mechanisms of self regulation. *Development and Psychopathology*, 2000; 12 : 427-441
15. Eisenberg N, Sadovsky A. Associations of emotion-related regulation with language skills, emotion knowledge, and academic outcomes. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2005; 109: 109-118
16. Lewis, Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook, Williams and Wilkins, 2<sup>nd</sup> edition. Baltimore, 1996
17. Handbook of self regulation. Ed. J. Gross, The Guilford Press, N.Y, London. 2007
18. Thayer JF, Lane RD. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *J Affect Dis*, 2000; 61: 210-216
19. Fox N, Calkins S. The development of self control of emotion: intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and emotion*, 2003; 27;1:843
20. Le Doux J. Emotion circuits in the brain. *Annu. Rev. Neurosci* 2000, 23:155-184
21. Iacoboni M, Dapretto M. The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. *Nature publishing group*, 2006; 7 : 952-951
22. Kandel Eric. Principles of Neural Science, 4<sup>th</sup> edition, Mc Graw Hill, N.Y. 2000
23. Wager T, Ochsner K. Sex differences in the emotional brain. *Neuroreport*, 2005; 6; 85-87
24. Hwang J. A processing model of emotion regulation: insights from the attachment system. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Philosophy. Georgia State University. Electronic Version Approved: Office of Graduate Studies College of Arts and Sciences. Georgia State University. May 2006
25. Feldmann L, Ochsner K, Gross J. Automaticity and emotion Automatic processes in social thinking and behavior. *Psychology Press N.Y*, 2005
26. Mikulincer M, Shaver P, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development and cognitive consequences of attachment related strategies. *Motivation and emotion*, 2003; 7; 2: 77-102
27. Lewis M. Self organizing individual differences in brain development *Developmental Review* 2005; 25:2-277
28. Cole P, Martin E, Dennis T. Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 2004; 75; 2: 317-333
29. Ochsner K, Gross J. Thinking makes it so: a social cognitive neuroscience approach to emotion regulation. *Handbook of Self Regulation*. Ehrlbaum: N.J., 2003
30. Eisenberg N. Temperamental effortful control (self regulation). *Encyclopedia of Early Child Development* (2005) Arizona State University, USA Published online July 12, 2005
31. Feldman Barret L, Mesquita B, Ochsner K, Gross JT. The experience of emotion *Annu. Rev. Psychol* 2007; 58: 373-403
32. Stieben J, Lewis M, Granic I, David Zelazo P, Segalowitz S, Pepler D. Neurophysiological mechanisms of emotion regulation for subtypes of externalizing children. *Development and Psychopathology* 2007; 19: 455-480
33. Taylor S, Naomi I, Eisenber N, Saxbe D, Lehman B, Lieberman M. Neural responses to emotional stimuli are associated with childhood family stress. *Biol Psychiatry* 2006; 60:296-301
34. Kunzmann U, Grunn D. Age differences in emotional reactivity: the sample case of sadness. *Psychology and Aging* 2005; 20; 1; 47-59
35. Hamann S, Canli T. Individual differences in emotion processing. *Current Opinion in Neurobiology*, 2004; 14:233-238
36. Ochsner K, Gross J. The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 2005; 9; 5
37. Calkins S, Dedmon S, Gill K, Lomax L, Johnson L. Frustration in infancy: implications for emotion regulation, physiological processes and temperament. *Infancy* 2002; 3; 2: 175-197
38. Meaney MJ, Szyf M, Seckl JR. Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health. *Trends in Mol Med* 2007; 13; 7:269-277
39. Tronick E. Of Course All Relationships Are Unique: How Co-creative Processes Generate Unique Mother–Infant and Patient–Therapist Relationships and Change Other Relationships. *Emotional Development*. Ed. Nadel J & Muir D, Oxford University Press, 2005
40. Hariri A, Bookheimer S, Mazziotta J. Modulating emotional responses: effects of a neocortical network on the limbic system. *Neuroreport*, 2000; 1; 1
41. Lévesque J, Joannette B, Mensour B, Beaudoin G, Leroux J-M, Bourgouin P, Beaugregard M. Neural basis of emotional self regulation in childhood. *Neuroscience* 2004; 129: 361-369
42. Forero VJ. Cuidados postnatales y neuroplasticidad cerebral. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 2005; 6
43. Feero G, Guttmacher A, Collins F. The genome gets personal, almost. *JAMA*, March 2008; 19; 11: 299
44. Esteller M. Epigenetics and cancer. *N Eng J of Medicine* 2008; 358:1148-1159

45. Feinberg A. Epigenetics at the center of modern medicine. *JAMA* 2008; 299:11:1345-1350
46. Kochanska G, Murray K, Katherine C. Coy. Inhibitory Control as a Contributor to Conscience in Childhood: From Toddler to Early School Age. *Child Development*, 1997; 68;2: 263-277
47. Gross J. Emotion regulation: past, present and future. *Cognition and emotion*, 1999; 13;5: 551-573
48. Busch G, Luu P, Posner M. Cognitive and emocional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Sciences* 2000; 4; 6
49. Tirapu-Ustároz J, Pérez-Sayes G, Erekatxo-Bilbao M, Pelegrín-Valero C. ¿Qué es la teoría de la mente? *Rev Neurol* 2007; 44 ;8: 479-489
50. Oatley K, Keltner D, Jenkins JM. (Ed.) *Understanding emotions*. 2<sup>nd</sup> Edition. Blackwell Publishing, Oxford United Kingdom 2006
51. Jackson R.J, Tester J. Environment shapes health, including children's mental health *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2008; 47; 2: 129-131
52. Horner M. Critical Periods of Development, Risk of Psychopathology, and Intervention Strategies. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2008; 47:3
53. Ogren M, Lombroso P. Epigenetics: Behavioral Influences on Gene Function, Part I. Maternal Behavior Permanently Affects Adult Behavior in Offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2008; 7:3: 240-244
54. Ogren M, Lombroso P. Epigenetics: Behavioral Influences on Gene Function, Part II: Molecular Mechanisms. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psych J.* 2008; 47:4: 374-378
55. Weisman, Pilowski *et al.* Remissions in maternal depression and child psychopathology, a STAR\*D child report. *Jama*, 2006; 22/29; 30
56. Pruessner JC, Champagne F, Meaney MJ, Dagher A. Dopamine release in response to a psychological stress in humans and its relationship to early life maternal care: a positron emission tomography study using [<sup>11</sup>C]raclopride. *J Neurosci.* 2004 ;17;24: 11:2825-31
57. Szyf M, McGowan P, Meaney MJ. Review Article: The Social Environment and the Epigenome. *Environmental and Molecular Mutagenesis* 2008;49:46-60
58. Francis D, Champagne F, Liu D, Meaney MJ. Maternal Care, Gene Expression, and the Development of Individual Differences in Stress Reactivity. *Annals NY Academy of Sciences* 1999; 896: 66-84
59. Casey BJ, Jones R, Todd A. Hare. The adolescent brain. *Ann N.Y. Acad Sci* 2008; 1124: 111-126
60. Caldú X, Dreher JP. Hormonal and Genetic Influences on Processing Reward and Social Information. *Ann N.Y. Acad Sci* 2007; 1118: 43-73
61. Spear LP. The adolescent brain and age related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2000; 24: 417-46
62. Tronick E. Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals' states of consciousness: coherence governed selection and the co-creation of meaning out of messy Making. *Emotional Development*, Ed. Nadel J & Muir D, Oxford University Press, 2005

## TERAPÉUTICA

# UNA APROXIMACIÓN A LA COTERAPIA DESDE EL PSICOANÁLISIS

(Rev GPU 2009; 5; 1: 126-132)

Lilian Tuane<sup>1</sup>

**Reflexionar sobre la coterapia desde una perspectiva psicoanalítica constituye un desafío. Cuando hay tres en escena: el paciente, el psicoanalista y el farmacoterapeuta, se constituye una situación triádica, con repercusiones tanto prácticas como intrapsíquicas para el paciente y los mismos profesionales. Se acuña entonces el concepto de triángulo terapéutico para dar cuenta de las dinámicas entre estos “personajes” y sus psicodinamismos. Se destaca el fenómeno de la escisión de la transferencia y sus posibilidades, considerando el psicoanalista, el farmacoterapeuta y los medicamentos. Un completo análisis de la coterapia incluye la relación entre coterapeutas. Por medio de un caso clínico atípico se ponen de manifiesto algunos aspectos controvertidos de esta práctica y sus límites.**

**Este artículo surge a partir de las reflexiones del Grupo de Coterapia de Santiago, donde el propósito es abordar el tema de la coterapia desde diversos ángulos en un trabajo conjunto entre psicólogos y psiquiatras<sup>2</sup>.**

## INTRODUCCIÓN

Pensar en la coterapia desde el psicoanálisis no resulta simple y en algunos puntos incluso puede resultar un desafío. Al haber tres en juego: -paciente, psicoterapeuta y psiquiatra, el escenario es otro. Se organiza una situación triádica con todas sus complejidades, no sólo objetivamente sino, fundamentalmente, en la dimensión intrapsíquica. La transferencia se escinde en los elementos en juego susceptibles de tomar la pro-

yección: el psiquiatra, el analista e incluso el propio fármaco indicado.

Como cada terapeuta tiene sus funciones definidas, la relación entre éstos construye una variable que participa en el desarrollo del tratamiento.

La insuficiente literatura al respecto es quizás reflejo de las diferentes tensiones y conflictos que han existido históricamente entre la psicología y la psiquiatría, así como también entre una visión cartesiana y otra integrada del ser humano. Con respecto a este

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica Universidad de Chile: Psicoterapeuta Psicoanalítica titulada en la Sociedad Chilena de Psicoanálisis (ICHPA). Miembro de GCP, Grupo Clínico Psicoanalítico. Miembro del Grupo de Coterapia de Santiago.

<sup>2</sup> Los miembros del Grupo Coterapia de Santiago son: Ps. Germán Morales, Dra. Adriana Pedrals, Dra. Constanza Recart; Dr. Gino Ravera y Ps. Lilian Tuane

último punto los aportes de la neurociencia han zanjado muchas de las polaridades.

José Antonio Infante (2001) dice, refiriéndose al aporte de las neurociencias: "Todo esto ha traído como consecuencia una creciente aproximación de la psiquiatría y el psicoanálisis, con lo que hoy en día se recomienda en muchos casos tratamientos conjuntos en los cuales es el psiquiatra quien administra psicofármacos a pacientes en análisis, mejorando en forma importante el pronóstico de casos, los cuales, tratados sólo desde una de esas especialidades, se presentan muy dudosos" (Pág 15).

## CONCEPTO

Pedrals *et al.* (2007) proponen la siguiente definición: "Coterapia puede definirse como el arte de complementar la acción terapéutica desde diversos campos de tratamiento de lo humano, con un objetivo común, y con el particular desafío de apuntar todos en la misma dirección. En el caso más específico que nos ocupa, se trata de integrar los esfuerzos en la dirección ya descrita, de psicoterapeutas y psiquiatras en el tratamiento de nuestros consultantes" (Pág. 327).

A través de la discusión del tema en cuestión dentro del Grupo de Coterapia de Santiago (2007) se han establecido algunos requisitos para la práctica coterapéutica. En la praxis es fundamental un diálogo entre los coterapeutas, para establecer objetivos comunes, metodología para éstos, y tomar acuerdos sobre roles. Sin embargo, todo esto requiere de algunas condiciones previas. En primer lugar se requiere de una sintonía entre ambos, lo que no es sinónimo de una aproximación homóloga. Por otro lado, es central una actitud de respeto y receptividad al otro, en cuanto a su estilo personal, profesión y opiniones personales. Todo esto, si además se acompaña de una comunicación clara y directa, permite establecer cimientos sólidos, que a su vez permitan resolver las tensiones y conflictos propios de la coterapia.

Por lo general existen tres formas de iniciar la coterapia (estos casos no pueden ser considerados equivalentes):

### El paciente que inicialmente visita a un psiquiatra

¿Qué determinó que su primera consulta fuera a un psiquiatra y no a un psicoterapeuta? ¿Buscaba soluciones mágicas en un medicamento? ¿Buscaba una licencia médica? ¿Estaba en una crisis que sólo se podía resolver vía medicamentos?

En cada una de estas situaciones aparecen otras preguntas que surgen de las dinámicas particulares de

cada persona. Por ejemplo: ¿Cómo ocurre que alguien dilata la ayuda hasta llegar a ser interferido por los síntomas y necesitar ayuda urgente e intensa?

Es necesario que los síntomas se mitiguen para evaluar la motivación del paciente a realizar un trabajo de mayor profundidad, o mantenerse sólo con la medicación y el apoyo psicoterapéutico del psiquiatra. Según mi experiencia, la actitud del psiquiatra tratante es fundamental en abrir la posibilidad a un proceso psicoterapéutico de otro orden.

### El paciente consulta directamente a un psicoterapeuta o psicoanalista

Esto nos hace suponer que el paciente tiene una alta motivación en realizar un trabajo personal más profundo, aunque cuidado, que no siempre es así.

Muchos llegan buscando en la psicoterapia soluciones similares a las que otros buscan en un fármaco. En estos casos se invierte al fármaco y al terapeuta de poderes mágicos y omnipotencia, que niegan la posibilidad de un proceso. Si revisamos nuestra experiencia terapéutica podemos reconocer algunas características similares en estas personas: predominio de un nivel de pensamiento primario, dificultad para posponer impulsos y, en algunos, un bajo nivel intelectual.

### El paciente plantea un enfoque coterapéutico desde un inicio

Dada la naturaleza de la patología el paciente comienza por uno sabiendo que acudirá a otro: trastornos bipolares, esquizofrenias, borderline.

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Frieda Fromm Reichman en 1947 fue la primera analista que hace referencia a lo que hoy conocemos como coterapia o "split treatment". Corresponde al momento del advenimiento de las drogas psicotrópicas. Sin embargo, en esta época, una parte importante de la comunidad psicoanalítica se opone al uso de fármacos, ya que apuntan al alivio y supresión de los síntomas y no a los conflictos y dinamismos que los generan. Al mismo tiempo, que indican que la medicación es considerada una herramienta demasiado interferente, la cual sólo debe ser considerada en casos extremos.

Con el paso del tiempo los avances farmacológicos y las conclusiones de diversas investigaciones, que comprueban la mejoría considerable en los resultados de tratamientos donde se combina farmacoterapia y psicoterapia, se produce lo que Kwoilton (1997) llama

un efecto sinérgico. Este mismo autor señala a modo de anécdota un comentario realizado por Ana Freud (1980) en New York. Ella dice: “los medicamentos ayudan a sostener el análisis”.

Rose y Stern (1995) hacen referencia a la integración creciente entre farmacoterapia y psicoanálisis, basándose en los resultados del estudio realizado en el Center for Psychoanalytic Training and Research, de la Universidad de Columbia. Dicha investigación muestra cómo dentro del psicoanálisis se comienza a recurrir a los fármacos en mayor medida que en las generaciones anteriores. En la década de 1990 los candidatos a analistas medicaban a un 30% de sus pacientes, en cambio los analistas lo hacían solamente con un 20%.

Las nuevas generaciones están más abiertas a trabajar en equipo, además que la valoración y respeto mutuo por cada uno de los quehaceres ha crecido. Existe otro factor no menos importante que ha condicionado dicha relación: el contexto histórico. Aquellos países que por años vivieron bajo el sometimiento de gobiernos dictatoriales tuvieron políticas de salud en las cuales el trabajo interdisciplinario entre distintos profesionales de la salud fue evitado a toda costa, por el peligro que esto revestía. La psicología, y con más razón aún el Psicoanálisis, eran considerados una amenaza, por favorecer el desarrollo del individuo. Se propiciaba así una concepción biologicista de la psiquiatría. En este contexto no cabía la alternativa de una coterapia entre un psicólogo o psicoanalista y un psiquiatra. Con el fin de los gobiernos dictatoriales en diferentes países comienzan a desarrollarse los llamados Centros de Salud. En este espacio surge la posibilidad de un trabajo interdisciplinario. Claramente el desarrollo de la coterapia en Chile ha estado también determinado por este factor histórico.

Hasta el momento hemos revisado sucintamente la evolución histórica y nada se ha dicho sobre la posibilidad de un trabajo coterapéutico entre un psicoanalista y un psiquiatra que tenga el rol de farmacoterapeuta.

## COTERAPIA Y PSICOANÁLISIS

El objetivo de este artículo es aproximarnos a modo introductorio a temas centrales dentro de la coterapia. Consideramos entonces que cada una de estas unidades temáticas en sí misma requiere ser repensada una y otra vez, proporcionándonos un terreno fértil para enriquecer la dimensión de análisis. Sobre todo si pensamos que al menos entran en interjuego los siguientes factores: medicamento, psiquiatra, psicoterapeuta analista y paciente.

## Significación personal de la medicación

No siempre resulta fácil determinar cuándo es necesario medicar. Rose y Knwolton (1997) enfatizan la importancia de la fenomenología del síntoma por sobre los aspectos interpretativos. Proponen entonces la necesidad de basarse en aspectos tales como la intensidad del síntoma e interferencia de éste en la vida personal, entre otros.

Si bien es cierto la decisión de medicar puede basarse en fenomenología pura, la medicación constituye un hito dentro del proceso psicoanalítico, implica un movimiento terapéutico muy potente que tiene que ser incorporado y analizado. Algunos autores le asignan a la medicación una importancia similar a la de los sueños. No incorporar la medicación y su significación sería dejar fuera dinanismos que son fundamentales en la comprensión del paciente. Por lo tanto, se requiere comprender la significación de este acto terapéutico para cada persona en particular.

En los pacientes las reacciones y significaciones pueden ser diversas:

En algunos pudiera constituir una herida narcisista. El recibir un medicamento los contactaría con sentimientos de inferioridad, de incapacidad, y debilidad entre otros, resistiéndose entonces, a la farmacoterapia con el objeto de llegar a demostrar que son capaces por sí mismos.

Otros pudieran rechazar la medicación para continuar, así, con la gratificación inconsciente que produce el síntoma.

No es raro encontrarnos con personas donde la sintomatología esconde sentimientos que son mucho más difíciles de tolerar que el mismo síntoma, por ejemplo sentimientos de futilidad y vacío, estas personas también podrían rechazar la farmacoterapia.

En caso de patologías más graves como la esquizofrenia esta significación estará determinada por la alteración del juicio de realidad y vivencias paranoideas del paciente; por ejemplo podría tener la convicción de estar siendo envenenado.

Fridlenderis y Levy (2004) describen cómo durante un proceso terapéutico el paciente va a significar la medicación, según éste se encuentre en un momento con predominio de la posición esquizoparanoide o de la posición depresiva. En el primer caso desde lo persecutorio la medicación constituirá amenaza, lo que podría manifestarse de diversas maneras, como faltando a las consultas, haciendo cambios en la po-



sología, etc. En cambio, cuando hay un predominio de la posición depresiva recibirá la función del médico como un acto reparatorio y le otorgará connotación de cuidado.

De estas posibles significaciones se puede transitar a actuaciones. Sobre todo en aquellas estructuras débiles donde las posibilidades de análisis y reflexión están claramente disminuidas. Se pueden suscitar así algunos comportamientos impulsivos en relación con los medicamentos, como son el abandono abrupto de tratamiento, ingesta masiva de fármacos, intentos de suicidio, etc.

Muchos pacientes tienen la fantasía de que el analista no es capaz de contener ni tolerar los sentimientos complicados que padecen. Entonces, recurrir a los fármacos y a otro terapeuta puede ser interpretado por el paciente como una manera de deshacerse de ellos, y remover así complicados sentimientos de abandono.

Los fármacos pueden también ser considerados un "objeto transicional" lo cual implica un puente entre el terapeuta y el paciente. Así como la madre y el pecho no están disponibles permanentemente, el terapeuta tampoco. En cambio el medicamento sí puede ser conservado, lo que permite elaborar la ausencia, ayuda a desarrollar la capacidad de espera, a tolerar la frustración a re-unirse en la fantasía con la madre –terapeuta que no está. A diferencia de las adicciones, donde la droga no sirve para elaborar la ausencia del analista sino para negarla.

También actitudes y conductas muy concretas en torno a la medicación deben ser incluidas como material de análisis. Es así como Powell (2001) destaca el valor de preguntas sobre efectos colaterales y manejo de fármacos, elección del momento en que los medicamentos son tomados, modo de almacenamiento de los fármacos. Todo esto nos proporcionará interesante información de los dinamismos del paciente, no olvidando que los medicamentos constituyen objetos simbólicos.

La diversa gama de significaciones posibles además va a estar muy determinada por la relación médico-paciente y el despliegue transferencial en juego. La significación de la medicación y los efectos transferenciales serían diferentes según el momento en que se inicia la farmacoterapia. Khan (1990) considera que en los inicios del proceso psicoterapéutico los alcances tienden a ser menores que en momentos posteriores, ya que la constancia y fortalecimiento de la transferencia aún no habría ocurrido, entonces los efectos de intrusión de un tercero estarían minimizados.

## Transferencia

Con respecto a la transferencia, Garrido plantea: "En la situación analítica debemos observar todos los sentimientos y reacciones relacionados con la medicación, como reacciones transferenciales al terapeuta, y observaremos a los medicamentos como objetos simbólicos, puesto que todo cuanto ocurra en la transferencia puede ser interpretado y todo el material analítico adicional que de allí surja podría facilitar más que retrasar el tratamiento" (Pág. 1).

La farmacoterapia, en las diferentes condiciones, ya sea en el tratamiento combinado o en la llamada coterapia, genera una escisión de la transferencia. Este fenómeno reviste particular interés y debe ser analizado. Especial atención merecen las reacciones inmediatas y espontáneas del paciente. Podremos escuchar opiniones como las siguientes: "el otro terapeuta es muy frío, mecánico y superficial y sólo se interesa en los síntomas"; o por el contrario, tener la impresión de un coterapeuta muy claro, comprensivo. En cualquiera de estos casos es de suponer entran en juego aspectos transferenciales que aún no han sido desplegados con el analista.

Los diversos aspectos transferenciales no sólo son desplegados en cada uno de los coterapeutas, sino que en el fármaco en sí mismo. Por esta razón resulta fundamental prestar atención a todo aquello que es depositado en el fármaco y tenga relación con éste; por ejemplo efectos secundarios, intolerancias, otorgamiento de poderes especiales, etc. En los casos de los tratamientos efectuados por un mismo terapeuta<sup>3</sup>, el fármaco adquiere entonces especial relevancia.

No sólo se debe tener en cuenta la transferencia sino también la contratransferencia, la que puede ocupar un rol preponderante en la toma de decisiones con respecto a la medicación. Es así como una rápida tendencia a medicar puede deberse a una identificación precipitada con el paciente, una pérdida de distancia, donde el propósito sea aplacar los síntomas, mejor dicho el dolor del paciente, por una dificultad de manejo con el propio dolor. Entonces Fridlenderis y Levy hacen la siguiente proposición: "Los clínicos deben monitorearse en el acto de iniciar, retirar o cambiar un fármaco, en la búsqueda de actuaciones transferenciales y contratransferenciales infiltradas" (Pág. 43).

Brockman (1990) destaca la especial atención que requiere la medicación en los pacientes limitrofes. Por

<sup>3</sup> Tratamiento Combinado o también llamado Tratamiento Integrado

lo general la medicación no constituye una experiencia regresiva, sin embargo en estructuras débiles ocurre algo distinto. Se genera una situación regresiva donde el despliegue y escisión de la transferencia es más potente. Entonces frente a la decisión de medicar, además de las características fenomenológicas de los síntomas, se requiere tener en cuenta consideraciones estructurales y por lo tanto transferenciales del paciente. Si bien es cierto los medicamentos pueden ayudar a un mejor funcionamiento yoico, en estos casos puede ocurrir una situación de difícil manejo.

En ocasiones la escisión puede ser masiva y generarse una suerte de colusión con cada uno de los terapeutas. Por ejemplo el paciente puede contarle a su analista que no se toma los medicamentos, y al farmacoterapeuta aspectos ambivalentes con el psicoanalista. Por lo tanto se requiere un reconocimiento, exploración y confrontación de ambos settings, donde en la comunicación entre los coterapeutas es central favorecer el cuidado de cada encuadre y la viabilidad del tratamiento.

### El Triángulo Terapéutico

En la coterapia, además de la significación de la medicación y sus vicisitudes transferenciales, la inclusión de un tercero en concreto nos sitúa en otro escenario psicoterapéutico donde se facilita la entrada de nuevos dinamismos.

La coterapia ubica al paciente en una situación, en un setting que constituye una reedición de la relación padre/madre-hijo. En este sentido “dos padres” que se reconocen mutuamente, se respetan, comunican y velan por el cuidado de su hijo, tendrán repercusiones muy diferentes a una situación diametralmente opuesta.

El desafío es que ambos terapeutas puedan en conjunto sostener la viabilidad de un tratamiento. Esto no es fácil, en momentos surgen tensiones, conflictos, muchas veces generados por los propios pacientes, como los niños hacen con sus padres. En este sentido la autopercepción como un equipo de trabajo es determinante, además de la relación y comunicación entre los coterapeutas.

Tendemos a analizar este triángulo desde el vértice del paciente, sin embargo interesantes consideraciones surgen al centrar el análisis en los coterapeutas. Al respecto, Busch y Gould en Kraft (2001) “consideran que la principal piedra de tope contratransferencial es la tentación de coludirse con la transferencia negativa del paciente hacia el psicoterapeuta. Esto puede tener dos posibles fuentes. El psiquiatra puede sentir una herida narcisista al tener que compartir su poder con

el psicoterapeuta, pudiendo creer que la aproximación del otro va a ser superior. Al mismo tiempo que el psiquiatra puede sentirse muy ansioso por tener que compartir el control del tratamiento”.

Además, desde el vértice del psicoterapeuta o psicoanalista surge una serie de temores con relación a la inclusión del psiquiatra en la relación. Surgen fantasías con relación a la pérdida del paciente, que se expresan en algunos cuestionamientos, tales como: ¿ocurrirá algo que implique que el paciente continúe trabajando solamente con el psiquiatra? ¿Cómo será la intervención del psiquiatra, cuidará los límites, o tendrá una actitud intrusiva?

Como señala Khan (1990), existe el riesgo, en el peor de los casos, que el paciente se transforme en un objeto narcisístico, mientras ambos terapeutas desencadenan una lucha de poder.

### Relación entre coterapeutas

No cabe ninguna duda que, entonces, se hace necesario preguntarse sobre la relación entre los dos coterapeutas. Los afectos en juego, el tipo de conflictos interpersonales y profesionales, la modalidad de comunicación, y la forma de enfrentar las dificultades entre ambos deben ser considerados como un factor más que incide en el paciente y por tanto no debemos perder de vista el análisis y comprensión de este escenario en su totalidad.

Miriam Berger (2002), autora de uno de los escasos artículos sobre coterapia, desarrolla los fenómenos de envidia y generosidad entre los coterapeutas. La autora considera la autopercepción de los terapeutas, la causa de la insuficiente reflexión e investigación de esta relación. Los terapeutas tendríamos la esperanza (yo pienso que la palabra esperanza no corresponde: propongo entonces *ilusión*) de lograr a través de nuestro trabajo analítico personal relacionarnos con los otros sin conflictos y dificultades. Sin embargo, la situación de coterapia es compleja, emergen distintos aspectos personales que están ligados principalmente a la manera en que cada uno percibe al otro y su función.

Berger da cuenta de algunos aspectos emocionales que surgen de esta relación: competitividad, lucha de poder, control, desacuerdos teóricos y personales. Sin embargo la autora pone especial acento en los sentimientos de envidia y generosidad. De este modo la generosidad es posible cuando la confianza es central entre los coterapeutas, confianza tanto en los recursos propios como en los del otro. Se valora así la posibilidad de trabajar juntos considerándola una instancia para crecer y enriquecerse mutuamente. Existe un

reconocimiento del otro a partir del reconocimiento de la diferencia. Este clima permite la apertura para explorar los conflictos, dificultades y sentimientos más primitivos que de algún modo u otro siempre están presentes.

Comparto con Berger la idea de que la situación co-terapéutica facilita una dinámica basada en la envidia: son dos que comparten las funciones y a un mismo paciente. En el caso de que los dos terapeutas estén al mismo tiempo en “escena” esto se potencia. Fácilmente se puede caer en comparaciones (de sus habilidades, características personales, fortalezas y debilidades) ya que cada uno representa para el otro el yo ideal y el superyo de la comunidad terapéutica.

## VIÑETA CLÍNICA

El siguiente caso clínico plantea ciertos desafíos prácticos y obliga a ciertos cuestionamientos especialmente con respecto a los límites de la coterapia.

Una paciente con diagnóstico de enfermedad afectiva en tratamiento medicamentoso con su psiquiatra. Una vez estabilizado el cuadro anterior se deriva a psicoterapia de orientación psicoanalítica. El tiempo, tipo de tratamiento, vínculo con el psiquiatra, y características de la paciente determinan un despliegue transferencial considerable. Es necesario señalar algunos antecedentes de la paciente. Su madre gravemente enferma y ausente, y un padre centrado en lo laboral, constituyen una infancia de soledad, ausencia de juego, escisión del mundo afectivo, donde la forma de sobrevivir fue lo que podría denominarse “una vieja chica” cargada de exigencias y responsabilidades para sus hermanos menores y sus padres.

Este mecanismo de sobreadaptación y esta disociación de su mundo afectivo fueron empobreciendo la posibilidad de desarrollo de sí misma en los distintos ámbitos de su vida, a pesar de sus recursos intelectuales.

Pareciera entonces que el tratamiento con el psiquiatra tiene la connotación de una primera experiencia de cuidado no condicionado por exigencias; este “padre” la cuida en su vulnerabilidad, no sólo medica sino que en muchos momentos constituye un yo auxiliar.

Además es un “padre” que reconoce en ella la necesidad de una madre; la deriva a una terapeuta. En este minuto se constituye el inicio de la coterapia. Inicio que por las circunstancias de la paciente no es claro en cuanto a los roles; la paciente aún asiste una vez por semana donde el psiquiatra.

La estabilización de la paciente permite comenzar a diferenciar la función de los coterapeutas, las sesiones

con el psiquiatra se distancian. De a poco comienza a darse la posibilidad de un mayor acceso a su mundo interno, al mismo tiempo que la disociación de la transferencia en cada uno de los coterapeutas es evidente y se agudiza cada vez más. Ella nos percibe opuestos y contradictorios, deposita en ambos coterapeutas los distintos aspectos de sus conflictos y aspectos de sí misma no integrados. Nos percibe como dos padres en posiciones muy distintas, esto la confunde. Esta confusión incide directamente en su funcionamiento diario en asuntos de relevancia para ella y sus cercanos. En ese momento tomamos la decisión de tener una sesión los tres. La paciente se emocionó mucho, dijo que por primera vez sentía que tenía como dos padres que se hacían cargo de ella. En esa ocasión ambos, junto a ella, pensamos sobre la mejor manera de enfrentar aquella situación en concreto. En ese momento los aspectos escindidos de la transferencia no fueron tema, la tranquilidad que le proporcionó esta sesión permitió de a poco volver a retomar sus conflictos.

## DISCUSIÓN

Este atípico caso nos obliga a pensar sobre algunas cuestiones prácticas y conceptuales del quehacer coterapéutico. Da cuenta de cómo las circunstancias, en muchas ocasiones, nos “presionan” a dejar de lado nuestros prejuicios y nuestra asepsia en el proceder, pone en tensión muchos de nuestros preceptos y en ocasiones dogmas.

Creo que particularmente podemos pensar sobre los límites de la coterapia, preguntarnos hasta dónde es coterapia entendiéndola como el trabajo en conjunto entre un farmacoterapeuta y un psicoterapeuta. También nos sitúa frente a las siguientes interrogantes: ¿Es posible tener siempre los roles tan claros y delimitados? ¿Cómo determina el desarrollo del proceso psicoanalítico el inicio de la coterapia? ¿De qué manera influye en el proceso psicoanalítico si ambos coterapeutas estuvieron en escena desde el primer momento, o si en primer lugar estuvo el farmacoterapeuta o el psicoanalista? ¿Cómo entran en juego las variables de género de ambos cooterapeutas y determinan el escenario triádico?

Por otro lado, nos obliga a pensar nuestro rol en este triángulo y a analizarlos como dupla coterapéutica. En este caso específico planteamos: ¿Qué de la dupla de coterapeutas posibilitó un proceder terapéutico poco habitual? ¿Qué de la paciente facilitó esta situación? ¿Qué circulaba entre los tres? ¿Qué de la paciente estaba ahí? ¿Quizá el clamor por los padres que no tuvo, grito interrumpido que acalló su existencia desde su in-

fancia ... junto a nuestro propio deseo y desde la omnipotencia pretender reparar en concreto su historia?

## CONCLUSIÓN

Después de revisar algunos de los principales emergentes de la coterapia, podemos ver que ésta y sus vicisitudes determinan un escenario complejo. La inclusión de un tercero, a través del psiquiatra y los medicamentos, abre un campo donde entra en juego una serie de variables, que toman un significado personal en cada caso en particular. Se facilita así la aparición de dinamismos del paciente. Tomar en cuenta todos estos movimientos enriquece nuestra posibilidad de análisis. Todos sabemos y hemos tenido la experiencia de cómo al incluir más dimensiones del acontecer psicoterapéutico, junto a las significaciones que el paciente les otorga, abre la posibilidad de una mayor comprensión, de establecer vínculos con sentido. Creo también que marginar del análisis lo anterior empobrece, entorpece y distorsiona la comprensión a cabalidad del paciente

Por otro lado, nos encontramos con todo aquello que emerge de la relación entre los coterapeutas, esto es: sentimientos, tensiones, conflictos, y cooperación, entre otros. Cuando esta relación cumple con los requisitos básicos, de respeto, receptividad, comunicación y sintonía, ésta constituye una ventaja. Sobre todo en aquellos casos complejos, donde se requiere de un fortalecimiento del accionar terapéutico.

Cada uno de los puntos tratados aquí sucintamente –significación personal de la medicación, transferencia, triángulo terapéutico y relación entre coterapeutas– son parte de una mirada particular de enfocar el tema en cuestión. Sin lugar a duda existen otros ángulos de análisis de la coterapia. Pienso que debemos hacer el ejercicio de pensar en ellos, de modo que la coterapia cada vez más se constituya en un tema pensado y considerado en nuestro quehacer.

## REFERENCIAS

1. Berger M. Envy and generosity between cotherapists. *Group*. 2002; 26, 1: 107-121
2. Brockman R. Medication and transference in psychoanalytically oriented psychotherapy of the borderline patient. *Pschia Clin North Am*. 1990; 13, 2: 287-95
3. Fridlenderis M. y Levy M. Consideraciones psicodinámicas en la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2004; 68, 1 [http://chasque.apc.org/spu/revista/jun2004/03\\_monografias](http://chasque.apc.org/spu/revista/jun2004/03_monografias)
4. Garrido G. Psicoterapia psicoanalítica y medicación: hacia el final de una dicotomía. *Vitae: Academia Biomédica Digital*. 2000 N° 5. <http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Vitae/VitaeCinco/Articulos/Psiquiatria/psicoter.htm>
5. Infante JA. Psicoanálisis y psiquiatría en el cambio de siglo. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2001; 39, 1: 14- 15
6. Khan D. The dichotomy of drug and psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 1990; 13 (2)
7. Kraft M. Practical psychotherapy: split treatment: The Psychotherapy Role of the Prescribing Psychiatrist. *Psychiatr Services* 2001; 52, 5: 605-609
8. Pedrals *et al* . Práctica psicoterapéutica: el desafío de la coterapia. *Gaceta Psiquiátrica Universitaria*. 2007; 3: 327-330

## TALLER

# DE LA TRISTEZA A LA CREACIÓN<sup>1</sup>

(Rev GPU 2009; 5; 1: 133-138)

Susana Cubillos y Gisella Galliani<sup>2</sup>

**Se comunica el trabajo terapéutico grupal realizado con metodología feminista, para abordar la dimensión depresiva en mujeres. La investigación cualitativa focalizada en la tristeza se realizó secuencialmente en espacios/tiempo personales, en parejas y grupales, utilizando una multiplicidad de recursos expresivos. El proceso de elaboración permitió a las participantes conocer aspectos temidos y rechazados de sí mismas tributarios de la tristeza vital. La activación de la fuerza creativa de las mujeres canalizada hacia la sanación personal y colectiva sostuvo el proceso.**

## ANTECEDENTES

Es reconocido en el ámbito de las ciencias sociales que el movimiento social más importante del siglo XX fue el de las mujeres. Poco se conoce sobre la vasta producción de conocimientos de mujeres posicionadas en una subjetividad asumida como asunto propio, construyendo un nuevo paradigma de referencia, cuyo análisis epistemológico referido a tal producción y su

validación profundiza Ballou<sup>3</sup>. Para nuestro objetivo inmediato baste entregar algunas claves referenciales que permitan seguir los lineamientos de esta investigación-acción terapéutica.

Este trabajo se realizó en el Colectivo de Salud Mental Mujer, cuyo proyecto "El enfoque terapéutico desde una mirada específica de mujer", utilizó un método feminista desarrollado por Centros de Salud de Mujeres en Alemania, en un proceso de desmedicalización de su

<sup>1</sup> Presentado como trabajo libre en las Primeras Jornadas Latinoamericanas de Investigación en Psicoterapia. Santiago de Chile, 1991.

<sup>2</sup> Gisella Galliani es psicóloga de la Pontificia Universidad Católica de Lima, Perú; psicoterapeuta, experta en trabajo grupal, investigadora psichistórica, formada en el grupo psicoanalítico del Perú.

<sup>3</sup> Ballou, Mary B. Ph D. *Aproximación a un paradigma basado en principios feministas en la construcción de teoría de personalidad*. Analiza los métodos de generación y validación de conocimiento entre la corriente dominante y la psicología feminista. Concluye que las metodologías imponen severos límites a la realidad que la psicología construye. Ejemplo: en estudios sobre la efectividad de grupos de autoconciencia los resultados (realidad) dependieron de los métodos de generación y validación del conocimiento (Ballou 1979).

Así, estudios que usan metodología experiencial que aceptan que la noción de realidad está en la experiencia o percepción del respondiente tienen un impacto enormemente positivo en las participantes. Estudios que usan metodología experimental que sostienen que la realidad es objetiva e independiente de la experiencia y percepción no encontraron impactos significativos en la participación de grupos de autoconciencia. Por lo tanto claramente las asunciones de la epistemología particular acerca de la naturaleza del conocimiento y su validación de la verdad, legitimada a través del método, moldea el resultado de estos estudios.

malestar<sup>4</sup>. Un sello distintivo del feminismo es la intención de afirmar a las mujeres como protagonistas de la construcción permanente de su propia historia, visibilizando y problematizando las relaciones de poder que ha de enfrentar en ese camino, en los espacios íntimo, privado y público. Esto llevado al espacio terapéutico ha conducido a interesantes y provechosas innovaciones. Asume la no neutralidad de la terapeuta cuando se enfrenta a la consultante con quien comparte una realidad contextual común<sup>5</sup>. Otorga igual valor a emociones, afectos, cuerpo, pensamiento y espiritualidad, integrando la experiencia en toda la complejidad de registros humanos. Otorga igual valor a diferentes técnicas terapéuticas, no concediendo hegemonía a una sobre otra. Da valor relativo a las categorías de la psicopatología y resignifica el síntoma como señal potencial de cambio. Reconoce el poder del proceso compartido, en un espacio de intercambio de experiencias, saberes y de reflexión colectiva, donde el expertizaje de la terapeuta es un elemento facilitador. Ejercita la transformación de la histórica y cultural rivalidad entre mujeres en reconocimiento y solidaridad en tiempo presente.

El abordaje terapéutico da especial valor a la vida cotidiana, al trabajo doméstico, a la exploración del propio estilo de vida, creencias y mitos en las relaciones con otros y consigo misma, integrando la elaboración del contexto socio-histórico. La atención dirigida al cuerpo como territorio de construcción de identidad pone de manifiesto que el cuerpo no sólo “habla” sino que se “percibe” y se “habita”. Los saberes de la ancestralidad y la multiculturalidad, el poder de los símbolos y de los elementos naturales son usados para sostener y potenciar el proceso terapéutico grupal. La recuperación de estas prácticas facilita y activa la expresión creativa, permitiendo hacer tomas de conciencia y re-

significaciones reparadoras. Las re-simbolizaciones pueden actuar poderosamente sobre engramas cognitivos y afectivos que han marcado la historia de las mujeres.

“De la Tristeza a la Creación” fue un proceso terapéutico grupal, realizado con mujeres y por mujeres, explorando la dimensión afectiva depresiva de las participantes. Se abordó el tema reconociendo la tristeza como una emoción o sentimiento que si bien está presente en cada mujer, resulta difícil mirar, contactar y vivir por temor a que ello signifique entrar en dimensiones “depresivas”, percibidas como amenazantes. Una razón para realizar este trabajo terapéutico es que la defensa permanente contra los afectos tristes implica un desgaste energético y un nivel de bloqueo afectivo que interfiere el contacto consigo mismas y con otras(os).

## OBJETIVOS

1. Que cada mujer pueda acercarse a su tristeza, viviéndola como más real y menos amenazante.
2. Contactar las áreas sanas y potenciar los recursos internos.
3. Visualizar factores comunes en la depresión de las mujeres en el contexto de la situación social que comparten.

## METODOLOGÍA

Taller de ocho sesiones, una semanal de tres horas cada una.

Las estrategias metodológicas incluyen:

1. incorporar los planos verbal y corporal,
2. trabajar las fantasías, lo imaginario y lo simbólico,
3. atender al contexto cultural, la historia personal y la realidad cotidiana.

Se inicia el taller con un rito de preparación del espacio en analogía con la preparación de la tierra para la siembra, removiéndola, eliminando lo que no sirve, para luego depositar semillas-deseos-expectativas. El pacto de confidencialidad, respeto y cuidado mutuo reconocen el carácter sagrado de nuestras vidas.

Cada sesión se inicia sentadas en círculo con la pregunta ¿cómo vengo hoy?, dando espacio para la expresión de las tensiones más inmediatas, en actitud de validación y acogida. Se continúa con trabajo de movimiento corporal, ocupando lúdicamente el espacio, expandiendo la presencia, desentumeciendo la gestualidad inconclusa y contraída, en acciones de

<sup>4</sup> "BDZ" La Tranquila Adicción de Santiago. Miren Asunción Busto. 1991. Documento de Trabajo. Corsaps. Esta investigación local refleja lo que Romito llama “la medicalización de la opresión cotidiana”. La encuesta reveló que el uso habitual de benzodiazepinas en el Gran Santiago ascendía a un 4,1% de la muestra, en tanto el promedio mundial era del 1,5 %. Las mujeres de dicha muestra no sólo consumían los tranquilizantes en una proporción el doble que los hombres sino que lo hacían en modalidades más perjudiciales (de abuso y dependencia), constituyéndose en modeladoras del abuso para sus hijas/os, en una proporción de 28 a 1 sobre el padre.

<sup>5</sup> Como dijera Christianne Olivier: : “... yo aquí renuncio a separar lo que soy de lo que sé y afirmo que lo que escucho en el diván, dicho por otras mujeres, me entrega algo de un orden femenino que reconozco como mío”.

soltar las inhibiciones, las autocensuras, el control, para experimentar posibilidades de libertad. Se estimula el uso del sonido, la liberación de la voz; la apertura de los sentidos, el juego del caos y el orden, la armonía y la disyunción, los ritmos diferentes, el equilibrio y el desequilibrio, la fuerza y la vulnerabilidad. Luego se hacen ejercicios de centración y posicionamiento de cada una en su identidad personal.

De acuerdo a la temática de la sesión se eligen ejercicios de contacto, de confianza, imitación, expresión gestual o juegos en parejas o grupales<sup>6</sup>. El paso siguiente consiste en un trabajo individual de entrada a la temática del día, que puede ser dibujando, pintando, escribiendo, haciendo un collage, o una imaginaria dirigida, para luego compartir en parejas algo de sí. Se ejercitan de este modo dos momentos de la acción comunicativa: escuchar y expresar.

Siguiendo la estructura del taller desde lo individual a lo diádico y de allí a lo grupal, se abre un círculo para compartir la experiencia. Se recepciona con una escucha de corte psicoanalítico, en tanto técnica terapéutica. Es el espacio y el tiempo colectivo para la significación, la interpretación, el verbo. Para la contención, el compartir tomas de conciencia, identificar lo común, contextualizar. Encontrar razones, raíces, nudos. Espacio de proyección, de agresión, de transferencias y contratransferencias a ser canalizadas por las terapeutas. Los saberes, dudas, temores, se comparten en el respeto y la libertad de expresión. Muchos siglos de represión y postergación operan sobre las mujeres. En el ser para otros se olvidan los deseos propios que no sean el de la maternidad. Sueños y proyectos muchas veces ni siquiera se esbozan. Se olvida que existe un espacio posible de ocupar, un tiempo personal. Las frustraciones y tristezas pueden ser expresadas y nombradas. Lo mismo los miedos y la rabia; aun el sentimiento de desamparo y la violencia.

El viaje continúa por el cuerpo. Reparadores ejercicios de gratificación, placenteros, calmadores, nutricos. Se aprende dando unas a otras masajes de pies, de cabeza, de espalda. O una imaginaria que permita completar el trabajo del día, obteniendo de

los propios archivos mnémicos o del inconsciente colectivo las claves para significar la experiencia, para la resolución del acertijo, para la decisión postergada. El umbral para el encuentro consigo misma. La ventana para intermediar el pasado y visualizar el futuro. El conjuro al dolor.

Cada cuerpo contiene engramajes donde se ha condensado el sufrimiento, áreas que se activan, se actualizan, por las distintas vías en que se pone la energía en movimiento, abriéndose así la posibilidad de reconocerlas y liberarlas. Cuerpo y conciencia realizan la alquimia sanadora. Los soportes de este proceso podemos nombrarlos como la fraternidad, el amor, el gozo.

Al final de la sesión las participantes practican su asertividad señalando lo que me gustó, lo que no me gustó y el reconocimiento de algo que me llevo y algo que dejo. El término del taller incluye trabajos de simbolización, resignificación del proceso y las tomas de conciencia, en una construcción ritual.

Técnicamente las terapeutas diseñamos un modelo de proceso de taller, el cual se iba adaptando a la dinámica emergente en el grupo. Se registró la totalidad del proceso a través de notas y análisis al final de cada sesión.

## RESULTADOS

El proceso es realizado por seis mujeres. Dos de ellas se encontraban en tratamiento psiquiátrico por Depresión Mayor en remisión parcial y usaban antidepressivos y ansiolíticos.

Tres mujeres tenían una personalidad bien estructurada, correspondiente a la categoría de estructura neurótica, y las otras tres una estructura frágil de personalidad, correspondiente a la estructura límite.

## PROCESO

### Sesión 1. CÓMO ESTOY EN ESTE MOMENTO DE MI VIDA

Cada mujer realiza un dibujo para graficar "cómo estoy en este momento de mi vida", que posteriormente le permite hablar de sí misma. Espontáneamente las participantes se van definiendo en términos: yo soy depresiva / no soy depresiva. Frente a estos enunciados se activan las resistencias, aparecen las dificultades, los temores, que se recogen y se relacionan con lo que está significando el taller.

Lo verbalizado en el grupo señala la necesidad de ser queridas y aceptadas como somos; reconocer que todas tenemos tristezas pero no nos atrevemos a vivirlas y que el grupo desconocido provoca temor.

<sup>6</sup> Estas dinámicas de trabajo circularon en el país en encuentros de educación popular y salud poblacional, en una activa red social de sobrevivencia en los años de dictadura. Los seis Encuentros Feministas Latinoamericanos y del Caribe realizados hasta ese momento fueron también espacios de aprendizaje privilegiados respecto a modos creativos de trabajo de mujeres y de intercambio de experiencias norte-sur.

Las expectativas de vida y del taller son el superar cosas que no son lindas, aprender a vivir las “trancas”, aprender a disfrutar la vida. Aprender técnicas para combatir la depresión y continuar el proceso de búsqueda: “vengo a ver esa parte triste de mi vida”.

### Sesión 2. IMÁGENES DE VIDA

Para trabajar el tema central de la sesión se realiza una imagería de regresión a la infancia. Aparecen las imágenes de niñas solas, el abandono, la tristeza, la vulnerabilidad, la carencia, el dolor y la debilidad por el daño físico. El tener la sensación de no existir para las madres, el sentimiento de desvalorización, junto al esfuerzo, el trabajo y la sobreexigencia compensatoria.

Aparece el miedo a la madre, percibida como absoluta, representante de toda la vida o toda la muerte. Es una sesión intensa en que se contienen tristeza, dolor, angustia y agresión.

### Sesión 3. LA MADRE

Para entrar en esta dimensión se realiza un ejercicio grupal sentadas en círculo, en que las mujeres se van pasando una mantilla que simula un bebé. Luego cada una va acunando a la compañera como si fuera un bebé, para después dejarse acunar.

Aparecen bloqueos en el flujo del dar y recibir afecto, en tanto contacto físico, en todas las mujeres. Se habla de falta de registros afectivos, de dificultad para recibir porque implica conectarse con la fragilidad y el desamparo. El percibir tensión en la otra provoca miedo y distanciamiento, pudiendo relacionarse el contacto con aprisionar. Se observa una diferencia clara en el tipo de dificultad de contacto de las mujeres más estructuradas, quienes son claramente distantes, y las más frágiles, quienes muestran un contacto menos modulado. No perciben las señales emocionales de la compañera, pudiendo ser rígidamente invasivas.

Luego se realiza un trabajo de psicodrama en que se representan familias, jugando con cambio de roles. Como resultado se pueden observar similitudes en los estilos de ser madre que se mueve en un eje que va entre la omnipotencia y la fragilidad, como sentimientos básicos de percibirse en relación. La tendencia a preocuparse más que relacionarse, a querer controlar lo que ocurre en el espacio familiar y con los miembros de la familia, el sentirse responsables de todo y por ello recurrir a maniobras para querer saberlo todo, influir y controlar. Esto se alterna con sentimientos de agobio, impotencia, soledad e incapacidad.

Omnipotencia	Fragilidad
Control de los otros	Agobio
Preocuparse más que relacionarse	Impotencia
Responsables de todo	Soledad e incapacidad

Los hombres aparecen en dos posiciones: EL HIJO consentido de mamá, no exigido y amado; EL PADRE como apoyo y soporte de la madre, en un plano secundario.

### Sesión 4. LA DEPRESIÓN

En esta sesión emerge la protesta por el tema recurrente de la madre y el deseo de hablar de la depresión de una vez. Cada una ubica la situación depresiva personal con su narrativa.

Aparece la disociación primitiva como forma de vivir la realidad: lo total / la nada, la verdad absoluta / la nada, esperarlo todo / la desesperanza total.

Se elabora que cuando se espera todo del otro (persona, religión, taller) y no se cumple, aparece la depresión con sentimientos de rabia y pena.

Aparecen los sufrimientos de las madres y de las madres de éstas como una cadena, con relaciones de parejas caóticas, con hombres alcohólicos, negligentes e inmaduros. Ellas observan a estas mujeres en su debilidad, con todas las expectativas puestas en la pareja y luego en la religión. La decepción, los quiebres y la rabia por la frustración caen sobre sí mismas y sus partes más débiles: sus hijas. Se percibe fuerte ambivalencia frente a la figura materna.

### Sesión 5. LA RABIA

Se realizaron ejercicios de asertividad. En forma lúdica se despliegan las posibilidades expresivas de decir SÍ y de decir NO. Se ejercita corporalmente la expresión de frustración y rabia. Luego se elaboró la rabia en dos ejes:

- Como algo muy grande que cuesta manejar, que da miedo
- Como defensa que permite no conectarse con la fragilidad.

El significado potencial de decir SÍ se visualiza como:

- Sostener un espacio propio, autoconfirmando el sí mismo.
- Abrirse a recibir algo que se desea.
- Confirmar al otro en una percepción similar o común.



El significado potencial de decir NO se observa en:

- Defender los límites de un espacio propio, interno y externo.
- No aceptar un no querer.
- Diferenciarse del otro.

Los Miedos al Sí:

- Puede significar fusión o simbiosis con el otro.
- Mostrarse tal como se es, con la fragilidad, la necesidad, la vulnerabilidad.

Los Miedos al NO:

- Implica miedo al conflicto y luego pérdida.
- Miedo a agredir o dañar y luego pérdida.
- Implica rechazar.
- Implica ser autoritaria.

### Sesión 6. YO QUIERO

La indagación en el plano de los deseos no es fácil para las mujeres. Aquellas con estructuras de personalidad más frágiles (también más “depresivas”) manifiestan su deseo de adquirir la habilidad para defenderse mejor de la enfermedad, tal como salir del aislamiento, manejarse mejor de la invasión materna y recuperarse a sí mismas en un proceso a su propio ritmo. Centrarse, conocerse, aceptarse, ser independiente. Las mujeres más estructuradas desean vínculo(s) y menos deber(es).

Las dificultades para el “yo quiero” están en poner límites a la familia; el yo quiero se ve inundado por otros que juzgan, que presionan con sus demandas y necesidades, generando una exigencia interiorizada constante, como un modo de vida, lo que ocasiona una tensión permanente.

### Sesión 7. SEPARACIÓN

La indagación en los duelos se programó como la penúltima sesión, sin embargo la separación del taller se comienza a trabajar desde la sesión cuatro.

Se asocia separación con dolor, carencia, vacío, desconcierto, soledad, falla, ausencia, abandono, culpa y también con reencuentro consigo-misma y libertad.

Se elabora que separación no necesariamente implica ruptura; la elaboración de duelos y separaciones es parte de un proceso continuo de vida. Tenemos miedos porque todas tenemos historias de separaciones no elaboradas. También hay miedo porque la separación puede contactarnos a sentimientos de carencias o faltas.

Se trabaja la idea de proceso, de crisis, ciclo natural de vida-muerte, principio-fin. En relación al taller, nos vamos llevándonos algo, para continuar o iniciar otros procesos.

La pérdida implica también otros ámbitos de la vida: el trabajo, los estudios, la vivienda y lo cotidiano.

### Sesión 8. AUTOIMAGEN, AUTOESTIMA

Esta sesión final es una jornada de seis horas. Se indagan los referentes de ideal de yo a través de la realización de un collage personal. En general, es valorado el ser trabajadora, responsable, cariñosa y comunicativa. No se acepta la inseguridad, la debilidad, la rigidez, el sentirse “rara” (distinta).

Para integrar la experiencia vivida en el proceso del taller se solicitó a las participantes la búsqueda de un objeto que representara una parte no aceptada de sí misma. Posteriormente se realiza un ritual de sanación integrando los aspectos rechazados.

- Rama seca y papel de calco negro. “Por primera vez puedo conectar mi amargura en forma concreta. He reconocido cosas que me han ido dejando huellas. Ya no es el sentir amargura sin saber por qué. Veo que mi depresión es una parte de mi; no soy yo la depresión”.
- Viga de madera: Su objeto representa su rigidez. Va reconociendo su tensión por un defecto físico, desde la adolescencia. Tensión de ser aceptada, “como era tan frágil comencé a ser densa para protegerme, incluso pensando densa (capacidad de análisis)”.
- Alpargata vieja: “Me recordó cómo me he sentido cuando he tenido separaciones dolorosas, con baja autoestima, no sirvo para nada, nadie me toma en cuenta, mi sensibilidad a veces se vuelve autodestructiva, pero me gusta mi sensibilidad”.
- Colilla de cigarro apagada: “Objeto que me da la sensación que tengo de mi vida, de haber sido consumida y botada. Luego de relacionarme con él ya no lo veo como objeto muerto sino apagado. Me dice: no me tengas lástima porque puedo volver a encenderme y llegar a ser una antorcha. Después lo veo como una gran antorcha que es fuego, poder y fuerza”.

Para finalizar se solicita a cada participante realizar un dibujo que la represente en este momento de su vida. Luego se compara con el dibujo de la primera sesión y se elabora en torno al proceso realizado.

## CONCLUSIONES

En el taller de depresión la tristeza apareció relacionada fundamentalmente con una vivencia de carencia afectiva, estando en todas las participantes eclipsada o ausente la vivencia de sentirse amadas por sus madres.

Las terapeutas y el grupo fuimos continentes de la angustia, la tristeza y la rabia. Gratificamos necesidades de sentirse cobijadas y estimadas. Escuchamos su malestar y éste fue validado y explorado. Surge en el grupo un sentimiento de filiación, de hermandad. Somos todas mujeres adultas, con una historia donde emerge el sentimiento de carencia y juntas podemos mirarlo, reconocerlo y reconocernos cada una en nuestra sensibilidad, nuestra fragilidad y nuestra potencia, acercándonos a nuestra propia fuente afectiva.

La depresión y/o la tristeza aparece en relación a la necesidad afectiva absoluta en la infancia de ser queridas total, perfecta y dependientemente. Frente a la frustración de esta necesidad se prueba todo para obtener el amor deseado, la sumisión, la rebeldía, la agresión, el esfuerzo, la exigencia, la seducción. La frustración implica rabia, culpa y confusión del objeto al que va dirigido en tanto no se entiende el motivo del desamor. Entonces es en sí misma en quien recae el golpe de la frustración, afectando y debilitando la autovaloración y dejándola atada a la confirmación del otro o la otra.

El imaginario de cada mujer del grupo contiene una mujer-madre que oscila permanentemente entre la omnipotencia y la fragilidad, como modo de percibirse en relación. Vivir atrapada entre sentirse responsable

de todo, querer saberlo todo, preocuparse más que relacionarse y luego sentirse agobiada, impotente, sola e incapaz. Es el círculo que se revive permanentemente en la cotidianeidad y que probablemente corresponde a lo que se llama ser depresivas como parte de la identidad.

Finalmente, el mal manejo de la rabia, la baja autoestima y la autoexigencia, elementos habituales asociados a los estados depresivos, aparecen como constantes en todas las mujeres y pueden entenderse como resultado de la posición social de segundo orden ligada a la socialización de la mujer para sostener este lugar y del desamparo afectivo que de ello deriva.

## REFERENCIAS

1. Mabel Burin: Estudios sobre la Subjetividad Femenina. Grupo Editor Latinoamericano. B. Aires, Argentina, 1987
2. Marianne Walters. Red Invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares. Paidós. B. Aires, Argentina, 1991
3. Ana María Daskal. El Malestar silenciado. La otra Salud Mental. Ediciones de las Mujeres. Isis Internacional, Santiago, Chile 1990
4. Patricia Romito. Las mujeres y la medicalización de la opresión cotidiana. La Mujer Urbana. N° 9-10, Julio-Nov. 1989. Lima, Perú
5. Alicia Lombardi. Psicoterapia Psicoanalítica con orientación feminista. Feminaria, año II, N°4, B. Aires, Noviembre 1989
6. Emilce Dio Bleichmar. El feminismo espontáneo de la Histeria; estudio de los Trastornos Narcisistas de la Personalidad. Ed. Adotraf S.A, Madrid, 1985
7. Ina Rössing. Introducción al Mundo Kallaway. La Curación Ritual de Penas y Tristezas. Editorial Los Amigos del Libro. La Paz, Bolivia 1990

## INVESTIGACIÓN

# TENDENCIA DE SUICIDIO EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO DE CHILE, SEGÚN EL MES Y LA ESTACIÓN DEL AÑO

(Rev GPU 2009; 5; 1: 139-143)

Mariana Nuño<sup>1</sup>, Cristóbal Adriaola<sup>1</sup> y Francisco Bustamante<sup>2</sup>

Los objetivos de este estudio son describir en forma retrospectiva el comportamiento de la mortalidad por suicidio en Santiago de Chile entre los años 1995 – 2005, según los meses del año, y ver su correlación con las distintas estaciones del año. **Materiales y Métodos.** Datos de mortalidad por suicidio en la Región Metropolitana, según certificado de defunción, entre los años 1995 al 2005, caracterizándolos según mes de fallecimiento. **Resultados.** Existió un total de 3.415 casos de suicidio en este periodo. Se confeccionó la tasa anual de suicidio en la región Metropolitana por 100.000 habitantes, observándose un aumento a lo largo de los años. Al comparar muertes por suicidio según estación del año, se observa un aumento de las muertes en primavera. **Conclusiones.** Llama la atención la escasa certificación de suicidios hasta el año 1999, lo que se explica por un mal registro de los datos. El número total de suicidios aumenta en los meses de enero, septiembre y noviembre. Al comparar muertes por suicidio según estación del año, se observa un aumento de las muertes en primavera, no hubo ninguna causa externa en dicha estación del año que explique el aumento del número de suicidios totales por otra causa.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es un tema que ha inquietado desde siempre, y que constituye uno de los enigmas más grandes para quienes lo estudian.

Se trata de un problema prevalente, más frecuente en Europa, en los países anglosajones y Hungría (más

de 25 casos por 100.000 habitantes). En EE.UU. la cifra es de 12 por 100.000 habitantes, donde constituye la 11ª causa de muerte general, y la 3ª para el grupo de niños, adolescentes y adultos jóvenes. Sin embargo se cree que su prevalencia está subestimada, quedando no pocas veces como causa indeterminada lo que realmente ha sido un suicidio (1, 2).

<sup>1</sup> Interno de Medicina. Universidad de Los Andes. E-mail: toty734@gmail.com

<sup>2</sup> Psiquiatra. Universidad de Los Andes.

En Chile en el año 1990 la tasa de mortalidad bruta por suicidio fue de 5,6 por 100.000 habitantes, con importantes diferencias por género: 9,7 por 100.000 habitantes para hombres, y 1,6 por 100.000 para mujeres, siendo el grupo de 50 a 65 años el que encabeza la lista de frecuencia (3, 4).

Muchas características asociadas al fenómeno han sido descritas a lo largo de la historia. Se sabe que los hombres se suicidan más que las mujeres, aunque ellas lo intentan con mayor frecuencia frustradamente. También, que es más frecuente en mayores de 40 años, en personas con familias desestructuradas y en zonas urbanas más que en las rurales. Se ha asociado también a accidentes biográficos, enfermedad mental o somática severa y abuso de sustancias, entre otras muchas (1, 5).

Sin embargo, una que llama en particular la atención es la que relaciona al suicidio con una estacionalidad marcada. El análisis sugiere que los suicidios se agregan en primavera, documentándose los mayores rangos de suicidio en el mes de mayo en el hemisferio norte, y noviembre para el hemisferio sur.

Esta observación ha dado lugar a múltiples teorías que intentan explicarlo. Por ejemplo, que los pacientes deprimidos, por razones climáticas, están rodeados más de cerca por otras personas durante el invierno, lo que constituiría un factor protector que se pierde al llegar la primavera. Otra, que los que se encuentran deprimidos por el clima mejoran al llegar la primavera. Pero no ocurre así a los que están deprimidos por otras razones, quienes, al ver que no mejoran, tendrían mayor frecuencia de intentos de suicidio.

Otras teorías intentan explicar esta asociación por la disminución de la cantidad e intensidad de la luz solar, lo que explicaría no sólo el aumento del suicidio en determinadas épocas del año sino también el aumento endémico en las latitudes extremas.

Sin embargo estas hipótesis también han sido puestas en duda, como lo muestran algunos estudios que observan que si bien la estacionalidad en el suicidio era reconocible hasta las últimas décadas del siglo pasado, desde 1990 en adelante comienza a perderse y al año 2005 es prácticamente nula (6, 7).

Ajdacic-Gross *et al.* reportaron en 2007 un análisis retrospectivo que correlaciona variables climáticas con suicidios entre 1881 y 2000, encontrando que la mayor frecuencia se produce en meses de invierno, y que la única variable climática que tuvo correlación significativa fue la temperatura ambiental, con lo que contradicen la teoría clásica antes mencionada (8).

Hallazgos similares hicieron Stephen *et al.* En un estudio retrospectivo realizado en British Columbia (1981-1991) se encontró que el suicidio juvenil sí

incrementa en los meses de primavera y verano, mientras que en los mayores el evento se gatillaría por desviación de la temperatura esperada para el mes del año (9).

También la estacionalidad se ha encontrado asociada a los suicidios violentos, pero no así a los no violentos, como lo mostraron Maes *et al.* en una revisión realizada entre 1979 y 1987 en Bélgica (10).

Parece claro que la estacionalidad del suicidio es un tema controversial, del que se conoce poco en nuestro medio. Los objetivos de este estudio son describir en forma retrospectiva el comportamiento de la mortalidad por suicidio en Santiago de Chile durante los años 1995-2005, según los meses del año, y ver su correlación entre estación del año y aumento de suicidalidad.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se definió caso de suicidio como aquel del cual en el certificado de defunción aparece esta calificación en el casillero respectivo, derivada del registro civil y procesado en el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se excluyeron los casos que no cumplieron este criterio.

Se solicitaron al INE los datos de muerte por suicidio de la Región Metropolitana de Santiago, Chile, entre los años 1995 al 2005, caracterizándolos según mes de fallecimiento, teniendo en cuenta que la información entregada por los anuarios estadísticos presenta limitaciones dado el subregistro de datos en el certificado de defunción entre los años 1995 al 1999.

El análisis estadístico se efectuó mediante el programa Excel y SPSS 15.0.

## RESULTADOS

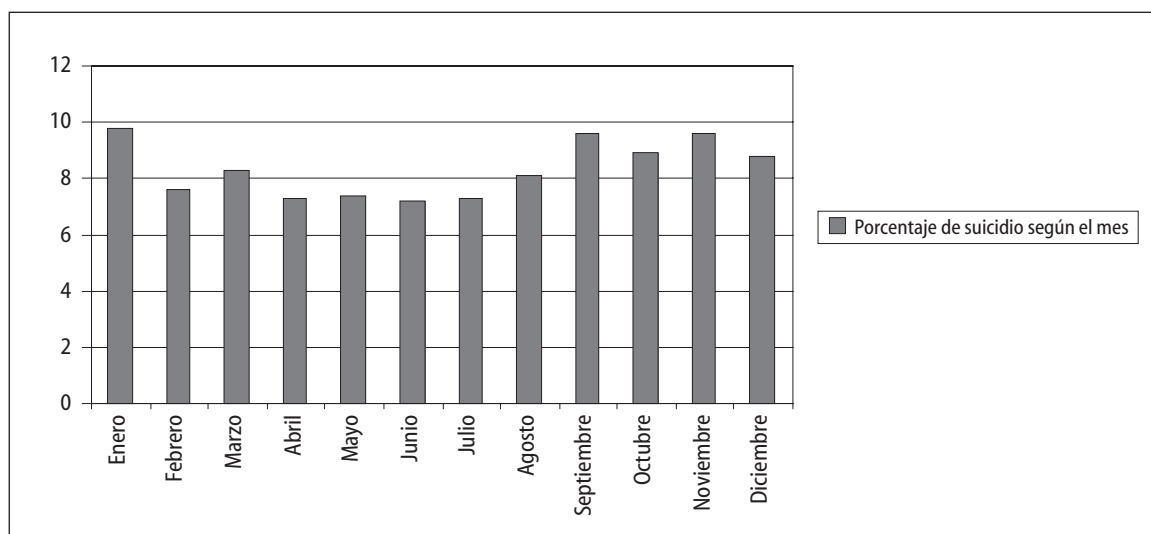
En el periodo estudiado se observó un total de 3.415 casos, en los cuales el método principal empleado fue el ahorcamiento y en segundo lugar el uso de armas de fuego. Se observa que existe un aumento del número de suicidios en los meses de enero, septiembre y noviembre (Gráfico 1).

Se confeccionó la tasa anual de suicidio en la región Metropolitana por 100.000 habitantes, para todas las edades, observándose un aumento a lo largo de los años, que es más constante desde el año 2000 (Tabla 1).

Al comparar muertes por suicidio según estación del año (Tabla 2), se observa un aumento de las muertes en primavera (septiembre, octubre, noviembre).

Al comparar el número total de suicidios según mes y estación del año, desde el año 2000 al 2005 donde existe una mejoría del registro de los datos estadísticos a nivel nacional, observamos también un aumento

**Gráfico 1**  
PORCENTAJE DE SUICIDIOS SEGÚN MES DEL AÑO, REGIÓN METROPOLITANA, 1995-2005



de las muertes por suicidio en los meses de enero, septiembre y noviembre, y un aumento en la estación de primavera.

En la Tabla 3 podemos observar el promedio de suicidios anuales por: año, meses de alta suicidalidad (enero, septiembre y noviembre) y meses restantes

(febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, octubre, diciembre), desde los años 2000 al 2005.

También se presenta la diferencia porcentual de los meses de alta suicidalidad, observando una disminución en los años 2000 y 2001, debido a un aumento del número de suicidios en el mes de agosto del año 2000 y en el mes de octubre del año 2001. Se observa también un aumento de la diferencia porcentual del año 2002, y una diferencia porcentual más estable desde el año 2003 al 2005, con un promedio de 20,4%.

En la Tabla 4 podemos observar el promedio de suicidios en primavera y el resto de las estaciones. Los promedios tanto en primavera como en el resto de las estaciones se comportan de manera estable entre los años 2000 y 2005.

**Tabla 1**

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO POR 100.000 HABITANTES SEGÚN AÑO DE FALLECIMIENTO, EN LA REGIÓN METROPOLITANA

Año	Número muertes	Tasa x 100.000 Hab.
1995	25	0,47
1996	26	0,49
1997	50	0,95
1998	71	1,35
1999	36	0,68
2000	500	8,25
2001	545	8,99
2002	492	8,11
2003	543	8,95
2004	563	9,28
2005	564	9,30

Censos de población y vivienda 1992-2002 (11)

**Tabla 2**

NUMERO DE SUICIDIOS ENTRE LOS AÑOS 1995-2005, SEGÚN ESTACIÓN DEL AÑO, EN LA REGIÓN METROPOLITANA

Estacion del año	Número de suicidios
Primavera	960
Verano	896
Otoño	788
Invierno	771

Tabla 3

Años	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Promedio suicidios anuales	41,6	45,4	41	45,2	46,9	47
Promedio suicidio en los 3 meses altos	43,6	47	56,6	52	58,6	53,6
Promedio suicidio en el resto de los meses	41,1	45,8	38,7	43,9	46,4	46
Diferencia del promedio entre los meses	2,4	1,1	17,9	8	12,2	7,5
% diferencia respecto al promedio de los meses restantes	6%	2,5%	46,3%	18,4%	26,2%	16,4%

Tabla 4

Años	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Promedio suicidios en primavera	43	51	49,3	47,3	58,6	54
Promedio suicidios en resto estaciones	41,2	43,5	38,2	44,5	43	44,6
Diferencia	1,7	7,4	11,1	2,7	15,6	9,3
% diferencia con respecto al resto de las estaciones	4,3%	17%	29%	6,2%	36,4%	20,8%

La diferencia entre primavera y el resto de las estaciones fue siempre positiva, aunque el aumento porcentual en los años 2000 y 2003 fue más bajo que para el resto de los años.

## CONCLUSIONES

Lo primero que llama la atención al analizar los datos, es la pobre y variable certificación de suicidios hasta el año 1999. Contrasta un promedio anual entre el año 1995 y 1999 de 41,6 muertes y entre el año 2000 y 2005 de 534,5 muertes. Esto se explica porque la calidad de los datos de mortalidad específica indicada en el certificado de defunción antes del año 2000 se vio limitada, ya fuera por deficiencias en la certificación, errores de procesamiento, preferencia del médico para otro diagnóstico, ya sea por motivos jurídicos, sociales y de otra índole, que condujo a la subnotificación en el certificado de defunción en causas de carácter delicado, como el suicidio. Esto hace que no podamos establecer una tendencia, ya que los años en que contamos con la información apropiada son sólo los últimos cinco. Es por esto que para efectos de análisis de los datos consideramos desde el año 2000 en adelante.

Al comparar la tasa anual de suicidios entre la región Metropolitana de Santiago y el resto del país, llama la atención que alrededor de un tercio del total corresponde a muertes por suicidio en Santiago (12, 13). Tomando en cuenta que el 40,1% de la población vive en la Región Metropolitana, de acuerdo al Censo

2002 (11), los suicidios en el resto de las regiones del país serían bastante altos.

Observamos que el número total de suicidios aumenta en los meses de enero, septiembre y noviembre. Si bien en los años 2000 y 2001 la diferencia en el número de suicidios en meses altos y bajos es pequeña, notamos que para el resto de los años analizados ésta supera el 15%. Es decir, en estos años se obtuvo en promedio sobre un 15% más de muertes en los meses altos, con respecto al promedio de los meses bajos. Destaca que en el año 2002 esta cifra se acercó al 50%, vale decir, se obtuvo en promedio la mitad más de suicidios en los meses altos que el promedio obtenido en los meses bajos.

Pensamos que el aumento del número de suicidios en los meses altos en el año 2002 en comparación con el resto de los años, puede haberse debido a un aumento de la tasa de cesantía y desempleo en la región y a la crisis financiera en Argentina, que afectó secundariamente a nuestro país.

En la Tabla 3 se observa una disminución en la diferencia porcentual en los años 2000 y 2001. Esto se explica por un aumento del número de suicidios en los meses de agosto y octubre, respectivamente, lo cual podría explicarse por variaciones en el inicio de la estación para los años mencionados.

Respecto a la tasa anual de suicidio en la región Metropolitana por 100.000 habitantes, se observa un aumento a lo largo de los años, que es más constante desde el año 2000.

Al comparar muertes por suicidio según estación del año, se observa un aumento de las muertes en primavera, no hubo ninguna causa externa en dicha estación de año que explique el aumento del número de suicidios totales por otra causa.

La disminución del porcentaje de diferencia de la primavera respecto al resto de las estaciones, observada en la tabla 5, en los años 2000 y 2003, se explica por la agregación en los meses de agosto y julio-agosto respectivamente, pese a lo cual se mantiene la máxima agregación en primavera, con un promedio de 18,9%.

## REFERENCIAS

1. Florenzano R, Carvajal C, Weil K. *Psiquiatría*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 1999
2. Méndez JC, Opgaard A, Reyes J. Suicidio en la Región de Antofagasta 1989-1999 ¿Existe una tendencia creciente? *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, oct. 2001, Vol. 39, no. 4, p. 296-302. ISSN 0717-9227
3. Florenzano R, Carvajal C, Weil K. *Psiquiatría*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2008
4. Hakko H, Rasanen P, Tiihonen J, Nieminen P. Use of statistical techniques in studies of suicide seasonality, 170-1997. *Suicide & Life-Threatening Behavior*; Summer 2002; 32, 2; Research Library Core, p. 191
5. Plan nacional de prevención del suicidio. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud 2008
6. F Stephen Bridges, Paul S F Yip, Kris C T Yang. Seasonal changes in suicide in the Unites States, 1971 to 2000. *Perceptual and Motor Skills* [serial online]. 2005; 100: 920-925. 2. Available from: ProQuest Information and Learning, Ann Arbor, Mi. Accessed August 11, 2008, Document ID: 880150241
7. Vladeta Ajdacic-Gross, Matthias Bopp, Dominique Eich, Michal Gostynski, *et al*. Historical Change of Suicide Seasonality in the Canton of Zurich, Switzerland. *Suicide & Life-Threatening Behavior* [serial online]. 2005; 35: 217-26. Available from: ProQuest Information and Learning, Ann Arbor, Mi. Accessed August 11, 2008, Document ID: 836086221
8. Vladeta Ajdacic-Gross, Christoph Lauber, Roberto Sansosio, Matthias Bopp, Dominique Eich, Michael Gostynski, Felix Gutzwiller, Wulf Rössler. Seasonal Associations between Weather Conditions and Suicide-Evidence against a Classic Hypothesis. *American Journal of Epidemiology* [serial online]. 2007; 165: 561-9
9. Stephen A Marion; M Oluwafemi Agbayewa; Sandi Wiggins, The effect of season and weather on suicide rates in the elderly in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*; Nov/Dec 1999; 90, 6; Health Module pg. 418
10. Maes M, Cosyns P, Meltzer H, De Meyer F, Peeters D. Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide. *The American Journal of Psychiatry*; Sep 1993; 150, 9; Research Library Core pg. 1380
11. Región Metropolitana de Santiago, Comparación principales resultados censos de población y vivienda 1992-2002, Santiago 2003. Gobierno de Chile. Seremi de planificación y coordinación. Disponible en: [www.serplacrm.cl](http://www.serplacrm.cl)
12. Ministerio de Salud Chile. Indicadores 2005. Disponible en: <http://deis.minsal.cl/Indicadores/ind2005.pdf>
13. Duarte D. El suicidio en Chile, estudio socio-demográfico y aproximación microsocia y psicológica a la violencia ejercida contra sí mismo. Instituto de Ciencias Familiares y Sexológicas, Facultad de Psicología y de Ciencias de la Educación, Universidad de Lovaina, Octubre 2007. Disponible en: [edoc.bib.ucl.ac.be:81/ETDdb/collection/available/BeInUcctd-03062008111611/unrestricted/Tesis-1.pdf](http://edoc.bib.ucl.ac.be:81/ETDdb/collection/available/BeInUcctd-03062008111611/unrestricted/Tesis-1.pdf)





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](mailto:cyc@consultoriaycapacitacion.cl)

