



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE
PSIQUIATRÍA
UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 5, VOLUMEN 5, Nº 3 SEPTIEMBRE DE 2009

www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl

IMPORTANTE

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

El antiguo cojeda@vtr.net ha quedado desactivado.

El sitio actual de la GPU es: www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl

SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... suscripción gratuita

Médicos no psiquiatras \$ 15.000*

Otros profesionales \$ 15.000*

SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... US\$ 50*

Médicos no psiquiatras US\$ 65*

Otros profesionales US\$ 65*

Solicitudes

C&C Ediciones

E-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl

Fono: (56-2) 269 7517

* Suscripción por 1 año (cuatro números).

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

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

Dra. Julia Acuña, Dra. Claudia Almonte, Dr. Félix Bacigalupo, Ps. María Luz Bascuñán, Dr. Francisco Bustamante, Dr. Jorge Cabrera, Dr. César Carvajal, Dra. Susana Cubillos, Dr. Guillermo de la Parra, Dra. Marta del Río, Dr. Ramón Florenzano, Dr. Claudio Fullerton, Soc. Nina Horwitz, Dr. Francisco Huneeus, Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic, Dr. Enrique Jadresic, Dr. Juan Fco. Jordán, Ps. Mariane Krause, Dr. Juan Fco. Labra, Dr. Juan Carlos Martínez, Dr. Alberto Minoletti, Dr. Eugenio Olea, Dr. Patricio Olivos, Dra. Grisel Orellana, Dr. Policarpo Rebolledo, Dr. Pedro Retamal, Dr. Arturo Roizblatt, Dra. Graciela Rojas, Dr. Pablo Salinas, Ps. André Sassenfeld, Ps. Catalina Scott, Dr. Hernán Silva, Dr. Luis Tapia, Dr. Benjamín Vicente, Dr. Mario Vidal, Dr. Hernán Villarino

www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl

Psiquiatría Universitaria

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

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

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

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

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-1981 (Versión en línea)



JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS

Médica Psiquiatra. Graduada como médico-cirujana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1977. Título de Especialidad en Psiquiatría de adultos, de la Universidad de Chile en 1980. Estudios de Postítulo en Psicoterapia sistémica familiar (Instituto Chileno de Terapia Familiar), bioética (Universidad de Chile), administración en salud (USACH). Miembro de Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y de Sociedad Chilena de Salud Mental. Ha trabajado como psiquiatra clínica en Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional del Maule, Instituto Psiquiátrico "José Horwitz", Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador, Santiago. Se ha desempeñado como encargada de Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (1991-1995). Actualmente es Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, donde realiza docencia de postgrado y pregrado. Directora del Curso oficial de Psiquiatría de Escuela de Postgrado. Directora del Curso de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental, entre otros. Investigación y publicaciones se han centrado en estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, Discapacidad de causa Psíquica, Evaluaciones de impacto de programas nacionales FONADIS y Esquizofrenia MINSAL, Trauma infantil y su impacto en psicopatología del adulto; Subjetividad de los médicos en tiempos de cambio.



CLAUDIA ALMONTE KONCILJA

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



FÉLIX BACIGALUPO I.

Médico Psiquiatra, Académico Universidad de Los Andes.



MARÍA LUZ BASCUÑÁN RODRÍGUEZ

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



ALBERTO BOTTO VALLE

Médico Psiquiatra 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, psicósomática 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 and actual coordinador del comité local de dicha sociedad. Autor de numerosas publicaciones y presentaciones en los temas de psicoterapia, investigación en psicoterapia y psicoanálisis.



ANNELIESE DÖRR ÁLAMOS

Licenciada en Psicología, 5 de noviembre de 1991.

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

Psicóloga Clínica acreditada por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, 23 de noviembre de 1998.

Especialidad de Terapeuta Familiar. Formación realizada en el Instituto Chileno de Terapia Familiar, 10 de noviembre de 1998.

Especialidad de Terapia de Pareja. Formación realizada en el Instituto de Santiago en Terapia Familiar, 6 de enero del 2000.

Magister en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile marzo 2002-2004.

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

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



RAMÓN FLORENZANO URZÚA

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

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



CLAUDIO DANIEL FULLERTON UGALDE

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

docencia de pregrado en las carreras de medicina y enfermería y de postgrado en el programa de formación de especialistas en Psiquiatría de la Universidad de Chile. También es profesor de Psiquiatría de la carrera de Psicología de la Universidad del Desarrollo. Actualmente integra el equipo de la Unidad de tratamiento de enfermedades del ánimo en el Hospital del Salvador de Santiago de Chile. Ha participado en investigaciones sobre la subjetividad de los médicos en tiempos de cambio, la relación entre trastorno de somatización, personalidad limítrofe y trauma infantil y la investigación sobre síntomas psicológicos en la Atención Primaria, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud. Ha publicado artículos sobre Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general, Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención, Epidemiología de los trastornos del ánimo en Chile y Latinoamérica y Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, además de colaborar en diversas otras publicaciones de otros autores.



NINA HORWITZ

Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.

Postgrados:

Community Studies, Boston College, Boston, Massachusetts. 1975.

Seminario Licenciatura de Formación en Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. 1980.

Fellow, International Leadership Program, W.K. Kellogg Foundation. 1990-1994.

Diploma en Comportamiento Organizacional, Birkbeck College, University of London. 1996.

Diploma en Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2001.

Magister en Bioética, Universidad de Chile (c).

Cargos y Funciones Académicas:

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

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

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

Líneas de Investigación:

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



FRANCISCO HUNEEUS COX

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



FERNANDO IVANOVIC-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 Ánimo*. También es miembro de la Task Force on Evolutionary Psychiatry de la WFSBP (World Federation of Societies of Biological Psychiatry).



JUAN PABLO JIMÉNEZ

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

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



JUAN FRANCISCO JORDAN MOORE

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

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

ciudad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Actualmente es Profesor Agregado de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Socio Fundador y Vicepresidente de la Fundación "Ciencia y Evolución". 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 Chilena de Neuro-Psiquiatría* y en la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. Y en drpolivos.googlepages.com

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



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 Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de

Chile. Contralora psiquiátrica COMPIN Sur de la SEREMI de la Región Metropolitana. Estudios de Postgrado: alumna del Magister en Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2000-2001. Alumna del Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2002-2009. Diversas publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales y capítulos de libros.

Diversas ponencias en congresos nacionales e internacionales, sometidas a referato y publicadas in extenso.

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

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

Miembro de la Cognitive Neuroscience Society.



POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI

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

Se desempeña como Jefe de Servicio de

Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago, y en la Fundación San Cristóbal.

Pertenece a diferentes sociedades nacionales e internacionales:

Sociedad Médica de Santiago

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Sociedad Chilena para el estudio del Dolor

Miembro internacional en:

IASP: International Association for the Study of Pain

APA: American Psychiatric Association

McLean Hospital International Psychiatric Society



PEDRO RETAMAL C.

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

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

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

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



ARTURO ROIZBLATT

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

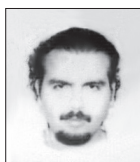
Miembro del Board of Directors International Family Therapy Association.
Miembro del Comité Editorial del Journal of Family Psychotherapy.



GRACIELA ROJAS

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

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



PABLO 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.



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).

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Los trabajos deben ser escritos en castellano (en casos excepcionales se aceptarán en inglés o alemán), pueden ser inéditos o haber sido publicados en medios de baja circulación, como libros, revistas u otros. Si el autor tuviera contrato de exclusividad editorial, deberá contar con la autorización correspondiente. El formato preferido es tamaño carta, letra Arial 12 con 1,5 espacios de separación entre líneas con uso de cursiva y sin negritas en el texto. La extensión es libre, aunque se sugiere no exceder las 20 páginas. Los trabajos deben ser enviados sólo en forma electrónica al Editor General: psiquiatriauniversitaria@gmail.com
2. Las colaboraciones pueden tener la forma de artículo tradicional, cartas, comentarios, opiniones, ensayos, ideas y otros. En el caso de los artículos de formato tradicional, es preferible que las referencias sean las estrictamente necesarias.
3. La forma de citar las referencias es libre, pero debe ser la misma a lo largo de todo el trabajo y fácilmente comprensible para los lectores. Se sugieren las siguientes:

Artículo:
1. López C. La imipramina en la enuresis. Rev Chil de Neuropsiquiatría, 2004, 3: 25-29

Libro:
1. Jaspers K. Psicopatología General, Ed Beta, Madrid, 1970
4. El autor puede iniciar su artículo con un resumen en castellano (e inglés si lo desea), que sirva de invitación al lector y dé cuenta de aquello que desarrollará en el texto.
5. Los editores se comunicarán vía mail con los autores a efectos de cualquier sugerencia, y se reservan el derecho de rechazar una colaboración por fundamentos que les darán a conocer por escrito.
6. Los trabajos recibidos podrán ser publicados, además de en números regulares de la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, en suplementos y/o separatas de la misma revista.

ÍNDICE

272 EDITORIAL

272 INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y EJERCICIO PROFESIONAL
César Ojeda

275 CEREMONIA INAUGURAL DE SODEPSI

285 RESONANCIAS NUCLEARES

288 ACADÉMICAS

295 COMENTARIO DE LIBROS

295 VIGESIMOSÉPTIMA EDICIÓN DE “EL TEMOR Y LA FELICIDAD”
DE SERGIO PEÑA Y LILLO
Autor: Sergio Peña y Lillo
Editorial Universitaria, 27ª Edición, Santiago, 2008, 166 páginas
Comentarista: César Ojeda

298 LOOK ME IN THE EYE: MY LIFE WITH ASPERGER’S
Autor: John Elder Robison.
Crown Publishers, New York, USA, 2007, 288 páginas
Comentarista: Claudia Almonte

301 TEORÍA DEL APEGO Y CLÍNICA DE ADULTOS:
UNA TEMÁTICA EMERGENTE
ATTACHMENT IN PSYCHOTHERAPY
Autor: David Wallin
Guilford Press, New York, 2007

ATTACHMENT THEORY AND RESEARCH IN CLINICAL WORK WITH ADULTS
Editores: Joseph Obegi y Ety Berant
Guilford Press, New York, 2009
Comentarista: André Sassenfeld

303 PREFACIO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL
BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE
Autor: Enrique Jadresic
Uqbar Editores, Santiago, 2009
Raúl Zurita

304 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

309 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

309 GUILLERMO DE LA PARRA: COORDINADOR DEL COMITÉ DE
PSICOTERAPIA DE SONEPSYN

313 RETROSPECTIVA

313 EL CONCEPTO DE PARANOIA EN EMIL KRAEPELIN
César Ojeda

321 ENSAYO

321 LA SUBLIMACIÓN EN LA POESÍA DE PABLO NERUDA
Pablo Santander

327 PRINCIPIOS DE UNA TEORÍA SOBRE EL FENÓMENO PSÍQUICO
HUMANO
José Francisco Alcalde, Maximiliano Silva y Felipe Tapia

336 EFECTO PLACEBO: HISTORIA, CONTROVERSIAS Y HALLAZGOS
NEUROBIOLÓGICOS
Perla del Carmen Letelier

343 PSICOPATÍA Y NIHILISMO PSICOTERAPÉUTICO
Fabián Pavez

351 REVISIÓN

351 NEUROBIOLOGÍA DE LOS PROCESOS RELACIONALES NO-VERBALES
André Sassenfeld J.

363 PROPUESTA

363 ¿LA OBESIDAD COMO ENFERMEDAD MENTAL?
Patricia Cordella

370 TEORÍA

370 PERSONALIDAD DE FRONTERA ESPECTRAL: UNA PERTURBACIÓN
EN LA ZONA DE LOS FENÓMENOS TRANSICIONALES
Irene Dukes

379 TRASTORNOS DISOCIATIVOS: UNA PÉRDIDA DE LA INTEGRACIÓN
Franco Mascayano, Franco Maray y Andrea Roa

389 VIÑETAS DE PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA

389 LA TRIVIALIZACIÓN DEL DELIRIO COMO UN CAMINO HACIA LA
MEJORÍA DE LA PSICOSIS

393 CLÍNICA PSICOANALÍTICA

393 ESCENARIOS CONTRATRANSFERENCIALES – TRANSFERENCIALES:
COMPASES Y ARMONÍAS
Carmen Gloria Fenieux

INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Nuestro colega Francisco Huneeus, miembro del Cuerpo Editorial de la GPU y conocido ampliamente por su labor editorial en la empresa Cuatro Vientos, suele mandarme artículos de su autoría, pero también trabajos seleccionados del "Journal of Humanistic Psychology" (JHP), reportajes de "Le Monde" o comentarios del "The New York Review of Books". Hace unos días me envió un comentario de esta última publicación titulado: *Drugs Companies & Doctors: A Story of Corruption*. En él, la redactora Marcia Angell revisa tres importantes libros acerca de la relación de las empresas farmacéuticas con los médicos¹. Lo que me impresionó de este comentario no fue el tono escandaloso con que la autora muestra el poder que la Industria Farmacéutica tiene sobre las organizaciones y el trabajo médicos (cosa conocida desde hace muchas décadas), sino la inocencia respecto de la estrategia de marketing del propio medio en el que escribe. Las compañías farmacéuticas, en medio de una competencia abierta y compleja, bien o mal, venden fármacos, y lo hacen a través de un marketing estratégico dirigido a los médicos, pues son éstos los que en último término realizan la prescripción que culminará en la venta buscada. Personalmente tengo la convicción de que la investigación farmacológica y el uso clínico de medicamentos ha sido una bendición para la humanidad. Es posible que una parte no menor de los lectores de GPU hubiera dejado de existir de no mediar algún tratamiento farmacológico en sus vidas. Personalmente, debí morir de neumonía a los cinco años de edad. Estoy aún vivo gracias al uso de la penicilina.

Si bien puede haber serias objeciones a la manera en la que operan algunas compañías farmacéuticas, eso

no elimina el beneficio evidente que ha tenido la salud humana a través de sus productos. Pero, inadvertido tal vez, hay aquí también otro problema. Las empresas de comunicación social no son blancas palomas que velan por el bien de la humanidad. Frecuentemente venden corrupción y escándalo, dirigido a un público general que, se sabe, gusta de ambos. Es evidente que buscar y publicar este tipo de hechos no es privativo del "The New York Review of Books" ni se refiere solamente a la investigación, uso y comercialización de medicamentos en la vida contemporánea. El fenómeno es mucho más general. Los medios de comunicación tienen un aguzado olfato para buscar lo podrido en todos los fenómenos sociales: delincuencia, política, administración del estado, empresas privadas, vida íntima de personas conocidas, y un largo "y todo lo demás" (etcétera). Estas degradaciones humanas, transformadas ahora en un producto de mercado, les reportan a esos medios grandes beneficios en ventas y dinero. Se ha dicho con frecuencia que los medios de comunicación social crean una imagen del mundo humano que no corresponde a lo que ocurre la mayor parte de las veces, en la mayor parte de los lugares y en la mayor parte de las personas. La idea de que estos contenidos "denuncian" y por lo mismo ejercen un control social de ellos, no parece fácil de demostrar. Lo que queda claro es que no se trata aquí de la verdad o la falsedad de los hechos publicados, al menos no de una manera obvia, puesto que hechos verdaderos, aglomerados y puestos en un orden artificial, pueden dar un resultado grotesco. De modo que no se trata de negar la corrupción sino de ponerla en contexto. En nuestro tema, decíamos en Editorial del N° 2 de septiembre de 2005 de GPU que en los últimos años una corriente de desconfianza recorre a la investigación científica en general, y no sólo a la investigación farmacológica. Efectivamente, en el año 2002 la revista *Nature*² hace un exhaustivo análisis

¹ *Side Effects: A Prosecutor, a Whistleblower, and a Bestselling Antidepressant on Trial*, de Alison Bass; "Our Daily Meds: How the Pharmaceutical Companies Transformed Themselves into Slick Marketing Machines and Hooked the Nation Prescription Drugs", de Melody Petersen; y, "Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness", de Christopher Lane.

² Drug discovery@nature.com

del falseamiento de datos en las publicaciones científicas, incluyendo algunos trabajos publicados por ellos mismos, lo que pone en tela de juicio a los “revisores” y “consejos editoriales” de prestigias revistas en el campo de las ciencias, especialmente de las llamadas “duras”. En el campo de la investigación biomédica, en septiembre de 2004 en el Congreso de Estados Unidos, el partido Demócrata, basado en el hecho de que los ensayos clínico-farmacológicos eran frecuentemente desarrollados en secreto, presentó una indicación que obliga a la industria farmacéutica a hacer públicas desde el inicio todas las investigaciones acerca de un producto, y luego presentar todos los resultados y no sólo aquellos favorables³.

En el reportaje que ahora comentamos, Marcia Angell sigue la investigación que realiza el senador republicano del Comité de Finanzas, Charles Grassley. Angell describe el caso (entre muchos otros) del Dr. Joseph L. Biedermann, profesor de psiquiatría en la Harvard Medical School y Jefe de psicofarmacología pediátrica en el Harvard's Massachusetts General Hospital. Se lo acusa de ser responsable del diagnóstico de trastorno bipolar en niños de apenas dos años de edad, y de tratarlos con un cóctel de drogas jamás aprobadas para ese uso, y expresamente no indicadas en niños menores de diez años. La base para este uso clínico son sus propias investigaciones, las que, se denuncia también, están mal diseñadas y son insuficientes y no conclusivas. La empresa farmacéutica que produce los medicamentos usados en este caso le habría pagado a Biederman 1.6 millones de dólares en consultorías y charlas en los últimos 7 años. Dos de sus colaboradores habrían recibido la misma suma de dinero en el mismo periodo. La redactora entrega detalles de muchos otros casos similares. Pero, para muestra, basta este botón.

Lo que está aquí implícito es que, en psiquiatría, los fármacos pueden “crear” enfermedades o cambiar la “epidemiología”: así, la aparición de la clorpromazina aumentó en el mundo el diagnóstico de esquizofrenia y la del Carbonato de Litio el diagnóstico de bipolaridad. El diagnóstico de este último trastorno, con los nuevos medicamentos conocidos como “estabilizadores del ánimo”, se ha extendido como pandemia por el mundo. Como señalamos en la Introducción del suplemento “Estabilizadores del Ánimo”⁴, la bipolaridad es un hoyo negro que pretende tragarse a todos los

cuadros psiquiátricos. Tal exageración nos llevó a publicar ese suplemento y mostrar las reales indicaciones, las precauciones y los efectos secundarios de esos medicamentos, que, bien indicados, producen un enorme beneficio en los pacientes que verdaderamente sufren de trastorno bipolar. Sin embargo, la medicalización de la vida contemporánea que muchos denuncian^{5,6} y, especialmente, la patologización desenfrenada de los fenómenos mentales, hacen necesario revisar permanentemente nuestros conceptos de “enfermedad mental”, nuestras nosologías y los resultados de la investigación en todas las áreas de nuestra actividad terapéutica y profesional. Las cosas actualmente son mucho más complejas que hace sólo veinte años, y ya nadie puede seriamente sostener que algunas “enfermedades mentales” se curan en quince días con la administración de un antidepresivo. La terapéutica psiquiátrica es compleja y es fácil caer en prácticas de polimedición o de sub o sobredosificación y, especialmente, de ignorar la indicación de realizar psicoterapia en pacientes que sí la requieren. Esto último ocurre especialmente en psiquiatras sin formación psicoterapéutica. Mas, por otro lado, la indicación indiscriminada de psicoterapia es tan sólo la otra cara de la medalla. El balance terapéutico es actualmente delicado y personalizado y, por lo mismo, muy difícil de esquematizar con criterios “universales”. Pero lo que ya no puede ocurrir es la utilización de un modelo médico burdo pensando que el diagnóstico “nosológico” y la indicación farmacológica son el corazón de la psiquiatría. Eso equivale a no entender qué es nuestra especialidad

Tal vez el problema de Biedermann no sea el haber recibido honorarios de una empresa farmacéutica, cosa absolutamente legítima para las actividades promocionales identificadas como tales. Distinto es si esas actividades omiten tal carácter y se presentan como académicamente independientes. Naturalmente, si la Harvard Medical School y el Harvard's Massachusetts General Hospital estiman que trabajar en esas instituciones es formalmente incompatible con recibir honorarios de terceros, el punto es otro. Pero, de hecho, no existe esa reglamentación sino sólo un corte en el monto de lo recibido (hasta US\$ 10.000 al año). Eso significa aceptar lo que para ellos es “corrupción”, pero pequeña. Por lo mismo, el centro del problema, mirado desde el ejercicio profesional, puede no ser principalmente financiero. ¿Es posible diagnosticar bipolaridad en niños de dos años de edad y aplicar

³ Legislators Propose a Registry to Track Clinical Trials From Start to Finish. *Science*, vol 305, 17 September, 2004, p.1695

⁴ Botto, A. *Estabilizadores del ánimo*. GPU, Suplemento clínico-farmacológico N°1, 2007

⁵ Whitaker, R. *Mad in America*. Perseus Publishing, Cambridge, 2001

⁶ Szasz, T. GPU 1; 1; 2005: Entrevista

EDITORIAL

complejas baterías farmacológicas en ellos? Creemos que la respuesta es: depende de la información acumulada. Si existen evidencias suficientes, como en muchas otras patologías del niño, la medicina *debe* ofrecer los tratamientos reconocidos como eficaces. El que la investigación haya sido financiada por una empresa farmacéutica no es distinto a si lo ha sido por organismos estatales, universidades u otros. Creer que las investigaciones de la industria farmacéutica son sinónimo de falseamiento de datos u otros hechos semejantes es simplemente irracional: la industria farmacéutica lleva a cabo la mayor parte de la investigación farmacológica en el mundo y está finamente regulada desde un punto de vista legal y metodológico. El foco del problema está, en el caso que señalamos, en que la base del diagnóstico y de la indicación terapéutica se sostenía *sólo* en estudios del propio Biedermann y carecía de réplicas adecuadas. Eso no es un

problema financiero o de corrupción, ni de la industria farmacéutica, es simplemente *mal praxis*.

Mirado desde acá, desde un país que junto a muchos otros del mismo tipo no tiene la posibilidad de aportar algo al desarrollo de la farmacología médica, el problema se traslada hacia la imitación: muchos colegas a lo ancho del mundo siguen estas "modas" y estos "inventos" nosológicos de manera a-crítica. Esta imitación es probablemente mucho más frecuente en países subdesarrollados que, no rara vez, sufren crisis de identidad y pretenden, a veces, ser una mala e infantil réplica de las desmesuras del mundo desarrollado y hacer caso omiso de la caricatura de progreso que eso significa. De pasada, también eso implica despreciar y desconocer las virtudes que nos otorgan una identidad profesional muy diferente a la de meros imitadores.

CÉSAR OJEDA

CEREMONIA INAUGURAL DE SODEPSI

El sábado 29 de agosto del presente año se realizó la ceremonia inaugural de SODEPSI, a la que asistieron los 65 psiquiatras, psicólogos y neurobiólogos que son sus socios fundadores. Por gentileza del Laboratorio Saval, la ceremonia se llevó a cabo en el Centro Saval Manquehue, y en ella el Dr. César Ojeda desarrolló los fundamentos y alcances de esta nueva corporación sin fines de lucro, y sus proyectos académicos inmediatos. El Dr. Juan Pablo Jiménez analizó y proyectó las relaciones de SODEPSI con la Universidad de Chile y con otras universidades que se espera sean “socios institucionales”, categoría destinada a dar cabida y membresía a organizaciones que compartan los objetivos de la corporación. Posteriormente, la abogada de SODEPSI, Sra. Joyce Abeliuk, explicó el marco jurídico de los estatutos, las facultades y obligaciones, tanto de la organización como de sus socios. Finalmente, el Sr. Wilfredo Romero, Director general de CyC Salud Ltda., la empresa a cargo de los aspectos operativos del proyecto, puso en conocimiento de los socios fundadores la forma de la administración financiera, la estructura virtual y de gestión de SODEPSI.

Inmediatamente después los socios fundadores firmaron el acta correspondiente ante el Notario de Santiago don Samuel Klesky Rapaport, e hicieron el aporte financiero de \$50.000 cada uno para completar el capital inicial requerido por la ley para las corporaciones sin fines de lucro.



Presentación del Dr. César Ojeda



Presentación del Dr. Juan Pablo Jiménez



Presentación de la Abogada Sra. Joyce Abeliuk



Firma del Acta de Constitución ante el Notario don Samuel Klesky

¹ El borrador de los Estatutos está disponible desde hace meses en el sitio web de la GPU. La versión definitiva (que está en trámite legal), con muy pequeñas modificaciones, estará disponible en el mismo lugar en el curso del mes de septiembre o principios de octubre del presente año.

LAS CORPORACIONES DE DERECHO PRIVADO Y LOS ESTATUTOS DE LA CORPORACIÓN CHILENA PARA EL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA (SODEPSI)

Esta presentación tiene como propósito explicar muy brevemente el marco jurídico de las corporaciones de derecho privado, en general, para así poder situar a la Corporación Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría (SODEPSI) dentro de dicho marco. Para llevar a cabo el objetivo señalado se ha hecho la siguiente síntesis:

I. QUÉ SON LAS PERSONAS JURÍDICAS Y QUÉ TIPOS DE PERSONAS JURÍDICAS EXISTEN EN NUESTRA LEY

Nuestra legislación contempla dos tipos de personas: las personas naturales, que son las personas físicas, de carne y hueso y las personas jurídicas, a las que el Estado les concede un estatuto legal.

- a) Qué son las personas jurídicas: De acuerdo a nuestra ley, una persona jurídica es un persona ficticia, capaz de ejercer derechos y contraer obligaciones y también de ser representada judicial y extrajudicialmente" (Art. 545 inciso 1° CC.)

Es así, entonces, que la persona jurídica o moral, como se la llama también, no es una simple reunión de personas, tampoco es un mero conjunto de bienes destinados a un fin, sino que es una unión de una naturaleza tal, que da vida a una unidad orgánica, a un ente al que el Estado reconoce una individualidad propia. Y esta individualidad es distinta de las individualidades de las personas que componen el cuerpo colectivo o lo administran, o a las cuales son destinados los bienes.

- b) Clases de personas jurídicas: las personas jurídicas pueden ser de derecho público o de derecho privado.

Las personas jurídicas de derecho público se crean por ley, están dotadas de potestades públicas y tienen finalidades públicas. Ejemplos de personas jurídicas de derecho público son el Fisco y las Municipalidades. En cambio las personas jurídicas privadas se crean por decreto supremo del Presidente de la República, carecen de potestades públicas y tampoco tienen fines de carácter público.

II. LAS PERSONAS JURÍDICAS DE DERECHO PRIVADO

- a) Clasificación: Las personas jurídicas de derecho privado se clasifican en corporaciones y fundaciones.
- b) Para qué sirven: Cuando existe una necesidad humana de alcanzar un fin de carácter más o menos permanente o duradero, y este fin no puede conseguirse fácilmente con la actividad y las fuerzas de uno solo, puede ocurrir que varias personas decidan unirse y cooperar, que es lo que sucede en el caso de las corporaciones de derecho privado como SODEPSI, o también estas varias personas pueden impulsar a otra para que destine un patrimonio a un objetivo de tipo ideal, como ocurre con las fundaciones de derecho privado.
- c) Diferencias entre ambos tipos de personas jurídicas privadas: Las corporaciones de derecho privado difieren de las fundaciones de derecho privado en que las corporaciones consisten en la unión estable de personas, de asociados, que persigue fines ideales. Este mismo colectivo de miembros asociados decide los estatutos de la corporación y su voluntad es determinante en el accionar del organismo. En cambio, las fundaciones no consisten en una alianza de personas para la realización de determinados fines sino que están conformadas por un patrimonio afecto a fines, y en ellas la voluntad de su fundador será la determinante tanto para establecer el contenido de los estatutos que las rigen, así como todo lo que se refiere a su accionar. Las fundaciones, entonces, no tienen miembros asociados como las corporaciones, sino sólo destinatarios. (Ej.: los estudiantes pobres, las personas que padecen ceguera, etc.)
- d) En qué se distinguen de las sociedades industriales o comerciales:

De acuerdo a nuestra ley, las corporaciones y fundaciones de derecho privado no pueden perseguir fines de lucro para sus asociados. Debido a esta restricción y por el modo en que se constituyen, nunca pueden confundirse con una sociedad

industrial o comercial. Las sociedades industriales o comerciales no se crean por decreto supremo sino por escritura pública cuyo extracto se publica en el Diario Oficial y su finalidad es, precisamente, el lucro.

Acorde con esto, Sodepsi tiene un objeto de tipo ideal, que no es el lucro de sus asociados y consiste, como Uds. saben, en impulsar el desarrollo y la difusión de la psiquiatría en todas sus vertientes y también de disciplinas afines, en las áreas relevantes para la psiquiatría.

Las corporaciones de derecho privado, al igual que las personas físicas o personas naturales, tienen nombre, nacionalidad, domicilio, patrimonio y atributos, o sea, capacidad para ejercer derechos y contraer obligaciones.

III. LOS ESTATUTOS DE LAS PERSONAS JURÍDICAS PRIVADAS

Las personas jurídicas de derecho privado se rigen por estatutos. Podemos decir que los estatutos son como la Carta Constitucional de la Corporación y deben, necesariamente, ajustarse a las disposiciones establecidas para las corporaciones privadas tanto en el Libro I Título XXXIII de nuestro Código Civil como en el Decreto Supremo N° 110 del Ministerio de Justicia publicado el año 1979, que contiene el Reglamento de Concesión de Personalidad Jurídica para las Corporaciones y Fundaciones de Derecho Privado. Este reglamento señala la estructura básica de las corporaciones y fundaciones, vale decir, su organización, así como las funciones, facultades y obligaciones de cada uno de los órganos que la componen, dejando un margen para que los asociados o el fundador, según corresponda, consignen en los estatutos otras disposiciones que estimen convenientes a sus fines.

Toda esta normativa existe para dar garantías tanto al Estado como a terceros y a los mismos asociados de que sus propósitos serán lícitos y que están de acuerdo a la normativa legal imperante. En silencio de los estatutos es la Asamblea de socios la que manda. Los estatutos les otorgan a los socios, a través de la Asamblea General, todas las herramientas necesarias para cautelar el buen funcionamiento de la corporación a través de las asambleas de socios.

IV. RESPONSABILIDADES PENAL Y CIVIL DE LAS CORPORACIONES DE DERECHO PRIVADO

El Directorio debe responder de sus actos ante la Asamblea de Socios y sólo está facultado para realizar aquello que le encomiendan los estatutos y las Asambleas de Socios. Por lo tanto, para dar un ejemplo, si el presidente del Directorio realiza actos que exceden el límite del mandato conferido, ellos serán nulos y él, personalmente, deberá responder por dichos actos.

Eso no quiere decir que las corporaciones privadas no puedan incurrir, como organismo, en violaciones o contravenciones legales derivadas de decisiones adoptadas en la asamblea de socios, tales como infracción a leyes tributarias, de sanidad y otras. Si así ocurre, se les pueden aplicar penas compatibles con su naturaleza, que van desde multas hasta la cancelación de la personalidad jurídica.

Respecto de los delitos y cuasidelitos, de acuerdo a nuestro Derecho, las corporaciones no tienen responsabilidad penal y este tipo de responsabilidad sólo puede recaer en las personas físicas que participen en el hecho delictivo. Esto, por supuesto, sin perjuicio de la responsabilidad civil contractual y extracontractual que afecte a la Corporación en cuyo nombre se ha obrado.

V. LOS SOCIOS

Como Uds. saben, los estatutos de SODEPSI contemplan seis categorías de Socios los cuales, en general, están vinculados directa o indirectamente con la psiquiatría. Todos los socios tienen derecho a voz y a voto, salvo los socios meritanes que solamente tienen derecho a voz. Sin embargo, por la naturaleza y objeto de la corporación, solamente podrán ser elegidos como directores los socios fundadores que sean médicos y los activos. Los socios fundadores que no sean médicos podrán ser elegidos en otras funciones.

Los socios tienen los beneficios que establecen los estatutos y a través de un Reglamento interno se podrán otorgar rebajas para ellos en los precios de las actividades pagadas de SODEPSI.

VI. LOS ÓRGANOS DE LAS CORPORACIONES

Los órganos de las corporaciones son el conjunto de personas naturales por medio de quienes va a obrar y desplegar su actividad, y en ellos reside la voluntad de ésta. Los órganos, en el caso de SODEPSI son tres: la Asamblea de Socios, el Directorio y el Presidente de la Corporación, que también es el Presidente del Directorio.

a) *Las Asambleas de de Socios*

Los Estatutos de SODEPSI señalan que habrá Asambleas Generales Ordinarias y Asambleas Generales Extraordinarias y las primeras serán convocadas por el Directorio una vez al año, en el primer semestre, y en ellas el Directorio dará cuenta de su administración. Las Extraordinarias se celebrarán cada vez que el Directorio acuerde convocarlas y cuando por lo menos el 30% de los socios activos lo soliciten.

Las citaciones a estas asambleas se harán, por exigencia legal, mediante publicaciones en un diario de Santiago, y por razones prácticas Sodepsi decidió hacerlas, también, a través de correo electrónico.

Los estatutos señalan qué porcentaje de votación se requiere para cada tipo de acuerdo.

Debido a que las corporaciones son un ente constituido por miembros asociados, el órgano más importante y el que tiene mayor fuerza es la Asamblea de Socios. Es esta Asamblea, entonces, la que gobierna la Corporación y después su Directorio, pero este último sólo en calidad de mandatario de la Asamblea de Socios. La asamblea puede, entre otras cosas importantes, decidir modificar los estatutos o poner término a la corporación, puede objetar a miembros del directorio o al directorio en su totalidad, cuando éste se ha excedido en su mandato o ha incurrido en actos que contravienen los estatutos o las leyes vigentes.

b) *El Directorio*

El Directorio, a través de su presidente, secretario y tesorero, es el encargado hacer que la corporación marche.

El Directorio de SODEPSI está compuesto por cinco miembros titulares y uno suplente que durarán dos años en sus cargos pudiendo ser reelegidos indefinidamente. Éstos son nombrados en la Asamblea General anual correspondiente y se elige, en una única votación, a los seis con más alta mayoría. El directorio y sus miembros tienen muy claramente establecidas y definidas sus facultades y obligaciones en los estatutos.

El Directorio sesionará tres veces al año y cada vez que lo soliciten tres de sus miembros o que lo convoque el Presidente. En su primera sesión el Directorio elige quién será presidente, quién secretario y quién tesorero.

c) *El Presidente*

Al Presidente del Directorio, que como decíamos lo es también de la Corporación, le corresponde, fundamentalmente, representar judicial y extrajudicialmente a la Corporación.

Las atribuciones y deberes del Directorio de SODEPSI son los típicos y comunes a la generalidad de las corporaciones de derecho privado. Sin embargo, creo importante subrayar que en las Asambleas Ordinarias el Directorio debe informar tanto acerca de la marcha de la institución como de la inversión de fondos, todo esto mediante una memoria, presentación de balance y demás estados financieros y también deberá informar de cualquiera otra materia relevante. En consecuencia, esta rendición debe ser completa y exhaustiva y la Asamblea de socios es la llamada a aprobar o no aprobar este informe. La memoria y los balances deben ser enviados anualmente al Ministerio de Justicia para su revisión.

Un aspecto relevante, contemplado en los estatutos de esta Corporación en gestación, es que los estatutos de SODEPSI facultan al Directorio para delegar en un tercero parte de las facultades relativas a la administración e inversión de los bienes de la Corporación

Ahora Uds. designarán un directorio provisorio, lo cual, junto con la aprobación de los estatutos, quedará consignado en el Acta que Uds. firmarán al final de esta reunión y el directorio definitivo deberá nombrarse cuando se celebre la primera Asamblea General. Esta Asamblea debe llevarse a cabo en el primer año de existencia de SODEPSI, vale decir, que el año comienza a correr desde que esta corporación obtenga la concesión de personalidad jurídica que, como se dijo, la otorga el Presidente de la República.

VII. EL PATRIMONIO

Diremos brevemente que toda corporación requiere de un patrimonio para la consecución de sus fines y en los estatutos debe consignarse cómo se obtendrá el patrimonio inicial, señalando al efecto a cuánto asciende y también debe señalarse el patrimonio destinado a atender sus necesidades futuras que, en el caso de SODEPSI y al igual que en la mayoría de las corporaciones existentes deberá obtenerse, entre otros, de las rentas provenientes

de los bienes raíces que posea, de las actividades que realice y también de las cuotas sociales ordinarias mensuales y de las extraordinarias, así como de las donaciones, herencias, legados y subvenciones que reciba.

VIII. TRÁMITES NECESARIOS PARA QUE UNA CORPORACIÓN ADQUIERA SU PERSONALIDAD JURÍDICA

Para que una Corporación adquiera su personalidad jurídica es necesario que sus estatutos sean aprobados por el Ministerio de Justicia y que la personalidad jurídica la otorgue el Presidente de la República a través de un decreto supremo.

El acta de constitución de la corporación con la aprobación de los estatutos se reduce a escritura pública y se entrega, con un escrito, al Ministerio de Justicia para que otorgue su aprobación. Este Ministerio revisa la legalidad y legitimidad de los estatutos y el trámite demora aproximadamente seis meses.

Entretanto, ese Ministerio pide, también, informes a otros organismos. Es así como solicita que informe el Servicio Nacional de Registro Civil, el cual se preocupa de verificar, por ejemplo, si los socios fundadores tienen existencia física y que no hayan sido condenados en los últimos quince años por delitos que merezcan pena afflictiva, vale decir, revisan sus antecedentes.

Además, el Ministerio pide que informe la Policía de Investigaciones de Chile, la cual constata que los domicilios de los socios fundadores sean los consignados en los estatutos o en el acta constitutiva. También le pide al presidente provisorio de la Corporación que demuestre que la Corporación en trámite cuenta con depósitos bancarios, libretas de ahorro o vales vista que acrediten que se dispone de un patrimonio suficiente para su puesta en marcha. Es por eso, entonces, que en el caso de SODEPSI se solicitó a los socios fundadores que anticipen la cuota anual del año dos mil diez, para lo cual se les entregará el recibo provisorio correspondiente.

Asimismo, el Ministerio de Justicia envía los antecedentes para su pronunciamiento al Consejo de Defensa del Estado, organismo que también informa acerca de la legalidad de los estatutos.

Acorde con lo señalado, los Estatutos de SODEPSI se rigen por las normas legales imperantes, en especial las contenidas en el Código Civil y en el Reglamento de Concesión de Personas Jurídicas del Ministerio de Justicia, y no difieren mayormente de otras corporaciones de derecho privado. Pienso que es conveniente dejar en claro esto, porque su estructura, organización y funcionamiento contiene todas las normas que otorgan garantías para el Estado, para terceros y para los propios socios.

Gracias a todas estas garantías, si los socios de una corporación participan en las asambleas generales y extraordinarias a las cuales son citados, hacen valer sus derechos, cumplen con el pago de sus cuotas y exigen que anualmente al Directorio por ellos elegido les rinda cuenta completa acerca de su marcha y, además, cuentan con órganos propios o contratados competentes para cada una de las especialidades requeridas, lo más probable es que la corporación tenga asegurada su buena marcha.

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA**

PRIMER SEMESTRE 2010

Trastornos de ansiedad: teoría, clínica y terapéutica

(Este programa preliminar puede sufrir pequeñas modificaciones que serán avisadas oportunamente)

TIPO DE CURSO: ACTUALIZACIÓN**VERSIÓN:** PRIMER MÓDULO PEC**MODALIDAD:** PRESENCIAL EN REGIÓN METROPOLITANA Y MIXTA (PRESENCIAL Y A DISTANCIA) PARA EL RESTO DE LAS REGIONES**HORAS DE TRABAJO:****REGIÓN METROPOLITANA:** 3 HORAS PRESENCIALES SEMANALES; 6 HORAS ESTUDIO (TRES ARTÍCULOS) SEMANALES

TOTAL DE HORAS SEMANALES = 9

DURACIÓN DEL MÓDULO: 12 SEMANAS.
SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE FIN DE MÓDULO, 8 HORAS

TOTAL HORAS MÓDULO = 116 HORAS

REGIONES: LAS TRES HORAS PRESENCIALES SON SUSTITUIDAS POR TRES HORAS VIDEO-CONFERENCIAS. EL RESTO ES IDÉNTICO

TOTAL HORAS MÓDULO = 116 HORAS

DÍAS Y HORARIOS:**REGIÓN METROPOLITANA:** VIERNES DE 13:00 A 16:00 HORAS DURANTE 12 SEMANAS**REGIONES:** HORARIO LIBRE (SE SUGIERE SEGUIR LAS CONFERENCIAS EN GRUPO Y EN PANTALLA GRANDE)**LUGAR:** A PRECISAR**DESTINATARIOS:**

MÉDICOS PSIQUIATRAS, PSICÓLOGOS CLÍNICOS, NEUROBIÓLOGOS Y OTROS ACADÉMICOS Y PROFESIONALES VINCULADOS A LA PSIQUIATRÍA

CUPO DE ALUMNOS:

ENTRE 30 Y 60

REQUISITOS:

PARA LOS PROFESIONALES MÉDICOS, POSEER LA ACREDITACIÓN COMO PSIQUIATRA O ESTAR EN VÍAS DE OBTENERLA

PARA LOS PROFESIONALES Y ACADÉMICOS NO MÉDICOS, POSEER EL TÍTULO CORRESPONDIENTE

MANEJO BÁSICO DEL INGLÉS LEÍDO

PRESENTACIÓN DE LOS CERTIFICADOS CORRESPONDIENTES

FOTOCOPIA DEL RUT

COMPLETAR FICHA DE INSCRIPCIÓN

ARANCEL ESTIMADO:**SOCIOS:**

MATRÍCULA: \$ 120.000

CURSO: DOS CUOTAS DE \$90.000 (30 Y 60 DÍAS)

NO SOCIOS:

MATRÍCULA: 160.000

CURSO: DOS CUOTAS DE \$120.000 (30 Y 60 DÍAS)

FECHA DE INICIO Y TÉRMINO:

DENTRO DEL PERÍODO CORRESPONDIENTE AL PRIMER SEMESTRE DE 2010, PARTIENDO EN EL MES DE ABRIL

INFORMACIONES E INSCRIPCIONES:

cyc@consultoriaycapacitacion.cl

1. FUNDAMENTOS Y ANTECEDENTES QUE JUSTIFICAN LA NECESIDAD DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA DE SODEPSI (PEC)

Existen más de 1.000 médicos que ejercen la psiquiatría en Chile (Base de datos GPU). Alrededor de la mitad de ellos está certificada por CONACEM o por haber tenido una formación universitaria, y alrededor de un cuarto pertenece a las sociedades científicas existentes de la especialidad (250). El conocimiento en psiquiatría es cada vez más vertiginoso y ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas. Tal vez el más importante es la vinculación de la psiquiatría con disciplinas que de algún modo la constituyen, pero que también mantienen desarrollos independientes. Incluimos en ellas a la psicoterapia y la investigación empírica de sus resultados, la “nueva biología de la mente”; la epidemiología, la neurobiología en sí misma, pero mirada desde los grandes encuadres de la dimensión Evo-Devo (la unión de las teorías de la evolución con las del desarrollo cerebral); la genómica en diversas vertientes, desde la farmacogenética hasta la búsqueda de polimorfismos relevantes a los grandes cuadros psiquiátricos y la psicofarmacología con sus complejas y muchas veces controvertidas aplicaciones clínicas. Además, desde la biología, la física, la físico-química y otras disciplinas conocidas como “duras”, por un lado, y la filosofía y las ciencias sociales, por otro, ha surgido un notable interés por estudiar la “conciencia” y los procesos vinculados a la inteligencia y la “mente”. Todo esto ha ocurrido junto a un resurgimiento insospechado de la dimensión

intersubjetiva y corporal en la comprensión de los fenómenos psíquicos.^{2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21}

Es por lo dicho que la formación en la especialidad es tan compleja y que los centros formadores, fundamentalmente las universidades, hoy trabajan intensamente para homogenizar la certificación de los especialistas. Sin embargo, los psiquiatras ejercen su profesión durante más de treinta años. Si el conocimiento en la especialidad crece año a año, la Educación Continua se torna indispensable para servir consistentemente a los pacientes y a la salud mental del país.

OBJETIVOS GENERALES

- 1) El PEC tiene como objetivo entregar a los psiquiatras y profesionales afines del país la posibilidad de mantener una adecuada y efectiva actualización crítica acerca de seis temas nucleares (Módulos) de la psiquiatría: Trastornos de ansiedad, Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de personalidad, La psicoterapia en el ejercicio de la psiquiatría, Esquizofrenia y Psicosis no-esquizofrénicas, y Dependencias químicas y otras adicciones.
- 2) Se trata de cursos avanzados, que abordan en profundidad y detalle el estado del conocimiento y la terapéutica en cada tema, enfatizando los desarrollos de los tres últimos años.
- 3) El programa está destinado a la actualización profesional y académica. Los participantes podrán tomar los módulos que resuenen con sus intereses en el momento que estimen conveniente.

² Kandel E. *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2005

³ Rizzolatti G and Sinigaglia C. *Mirrors in the Brain*. Oxford University Press, New York, 2006

⁴ McGuire M and Troisi A. *Darwinian Psychiatry*. Oxford University Press, New York, 1998

⁵ Solms KK y Solms M. *Clinical Studies in Neuropsychanalysis*. H Karnac, New York, 2000

⁶ Stevens A and Price J. *Evolutionary Psychiatry*. Second Edition, Routledge, Philadelphia, 2000

⁷ Siegel D. *The Mindful Brain*. W.W. Norton & Company, New York, 2007

⁸ Fonagy P, Gergely G, Jurist E and Target M. *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Other Press, New York 2004

⁹ Brüne M, Ribbert H and Schiefenhövel W. *The Social Brain: Evolution and Pathology*. Wiley, West Sussex. 2003

¹⁰ Brüne M. *Textbook of Evolutionary Psychiatry: The Origins of Psychopathology*. Oxford University Press, New York, 2008

¹¹ Thompson E. *Mind in Life: Biology, Phenomenology and the Sciences of Mind*. The Balnknap Press of Harvard University Press, London, 2007

¹² Bruce E, Bjorklund D. *Origins of the Social Mind: Evolutionary Psychology and Child Development*. The Guilford Press, London, 2005

¹³ Goldberg S, Muir R and Kerr J (Editors). *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. The Analytic Press, London, 2000

¹⁴ Solms M and Turnbull O. *The Brain and The Inner World: an Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. Other Press, New York, 2002

¹⁵ Ogden P, Minton K and Pain C. *Trauma and the Body*. W.W. Norton & Company, New York, 2006

¹⁶ Amundson R. *The Changing Role of the Embryo in Evolutionary Thought: Roots of Evo-Devo*. Cambridge University Press, New York, 2005

¹⁷ Schore A. *Affect Regulation*. W.W. Norton & Company, New York, 2003

¹⁸ Schore A. *Affect Dysregulation*. W.W. Norton & Company, New York, 2003

¹⁹ Farrow T and Woodruff P. *Empathy in Mental Illness*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007

²⁰ Geissler P and Heisterkamp G. *Movimientos Vitales: sobre los procesos corporales en la terapia psicoanalítica (versión en alemán)*. Springer Verlag, Viena, 2007

²¹ Silva H (Ed). *Genética y Farmacogenética en Psiquiatría*. Ed. SONEPSYN, Santiago, 2007

METODOLOGÍA

El programa se divide en dos partes con metodologías levemente diferentes: región metropolitana [Programa a)] y otras regiones del país [Programa b)].

Región Metropolitana [Programa a)]

- Cada módulo, de doce sesiones de tres horas reales cada una, se efectuará en el curso de un semestre. Tendrá básicamente una metodología presencial y será fundamentalmente teórico (las habilidades prácticas, por las características de los destinatarios, se suponen ya adquiridas). Este enfoque se justifica por la necesidad de entregar las actualizaciones de última generación en los temas nosológicos, epistemológicos, clínicos, terapéuticos y trans-disciplinares. Cada sesión estará dividida en tres presentaciones teóricas de 30' cada una, con apoyo de Power Point, diaporamas, videos clínico-terapéuticos, 30' para responder preguntas de los participantes de regiones, 30' de pausa y café y 30' de discusión grupal. Además de la discusión final de cada sesión, las presentaciones incluirán un diálogo e intercambio presencial activos entre los docentes y los alumnos, de manera de satisfacer las inquietudes de estos últimos y de generar la atmósfera grupal adecuada al aprendizaje crítico.
- La bibliografía total, con los trabajos impresos *in extenso*, será entregada en una carpeta al iniciarse el módulo y enviada por correo postal a los participantes de regiones. Ese material será toda la lectura exigida en el módulo.
- Al final del módulo se realizará un simposium internacional de un día (dos medias jornadas de 4 horas c/u) con todos los participantes de la región metropolitana y otras regiones.

Otras regiones del país [programa b)]

- En este caso la metodología será mixta: a distancia y presencial
- Metodología a distancia: Se sustituye la asistencia en vivo por acceso a las presentaciones y discusiones filmadas como videoconferencias.
- La maratón final es común con la del programa a)

FORMAS DE EVALUACIÓN, PONDERACIONES, REQUISITOS DE APROBACIÓN Y ASISTENCIA MÍNIMA

- La evaluación tendrá dos partes. La primera, obligatoria para todos los participantes, consiste en una prueba semanal de control de lectura, de múltiple elección, y la segunda, optativa, consistirá en una prueba final de múltiple elección de mayor extensión, enviada por internet a cada participante. Los resultados, tanto de las pruebas parciales como de la final serán entregados en forma individual, señalando las respuestas correctas en los casos de errores, y ubicando al alumno en la curva del rendimiento general del curso.
- Las pruebas parciales ponderarán un 50% y la prueba final un 50% para los médicos que deseen certificación. Los profesionales no médicos y los médicos que no opten por rendir la prueba final, recibirán sólo un certificado de asistencia.

- Para aprobar el módulo se requerirá un puntaje promedio total de un 75% o más. Este resultado le será entregado a cada participante de manera privada, señalando su ubicación en la curva de distribución general del grupo. Además se le entregará al alumno el conjunto de todas las preguntas realizadas en las que haya cometido errores y las respuestas correctas.
- La asistencia a las actividades presenciales en el Programa a) se espera sea de un 100%, salvo la debida justificación de las inasistencias. En el Programa b) el seguimiento de las videoconferencias por parte de los inscritos no puede ser evaluado, de modo que se confía en el cumplimiento del compromiso adquirido al matricularse en el curso.

PROGRAMA PRELIMINAR PRIMER MÓDULO

Trastornos de ansiedad: teoría, clínica y terapéutica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS, CONTENIDOS, DOCENTES,
HORAS Y CRÉDITOS POR SESIÓN

El programa considera 33 unidades temáticas de media hora de duración, distribuidas de acuerdo al siguiente calendario:

1) ANTROPOLOGÍA DE LA ANGUSTIA

13:00-13:30

Introducción al módulo Trastornos de ansiedad, Dr. Juan Pablo Jiménez

13:30-14:00

Kierkegaard, la angustia y el inicio de la filosofía de la existencia (1) Dr. Hernán Villarino.

14:00-14:30

Martin Heidegger y la angustia. (2) Dr. César Ojeda

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

Antropología de la angustia y psiquiatría: perspectiva histórica y estado actual.(3) Dr. Otto Dörr

15:30-16:00

Discusión

2) ANGUSTIA, BIOLOGÍA EVOLUCIONARIA Y NEURODESARROLLO

13:00-13:30

Respuestas a preguntas de regiones

13:30-14:00

Mecanismos neurobiológicos de la comunicación social (cerebro social). (4) Neurobiólogo Dr. Francisco Aboitiz

14:00-14:30

La angustia como una adaptación evolutiva: reacciones de alarma y aprendizaje del temor. (5) Ps. Ana María Fernández

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

Vínculos biológicos, apego y desarrollo cerebral. (6) Dra. Patricia Cordella

15:30-16:00

Discusión

3) MODELOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA ANGUSTIA I

13:00-13:30

Respuestas a preguntas de regiones

13:30-14:00

Bases neurobiológicas de los Trastornos de ansiedad. (7) Dra. Grisel Orellana

14:00-14:30

Genética y otros factores de vulnerabilidad en los Trastornos de ansiedad. (8) Dra. Grisel Orellana

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

La angustia clínica desde un modelo evolucionario. (9) Dr. César Ojeda

15:30-16:00

Discusión

4) MODELOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA ANGUSTIA II

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

La angustia desde un modelo psicodinámico. (10) (no determinado)

14:00-14:30

La angustia desde un modelo basado en el apego. (11) Dr. Alberto Botto

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

La angustia desde un modelo conductual cognitivo (12) (no determinado)

15:30-16:00

Discusión

5) CLÍNICA I

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

Clasificación de los Trastornos ansiosos. (13) Dra. Julia Acuña

14:00-14:30

Fobias específicas y Trastorno de pánico. (14)
(no determinado)

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

Trastorno de Ansiedad Generalizada. (15) Dr. Claudio Fullerton

15:30-16:00

Discusión

6) CLÍNICA II

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

Trastorno de estrés post-traumático. (16) Dr. Alberto Botto

14:00-14:30

Trastorno Obsesivo- Compulsivo. (17) Dr. Claudio Fullerton

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

Co-morbilidad de los trastornos de ansiedad (18) Dra. Julia Acuña

15:30-16:00

Discusión

7) TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

Benzodiazepinas. (19) (no determinado)

14:00-14:30

Antidepresivos. (20) Dr. Hernán Silva

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

Neurólépticos y estabilizadores del ánimo. (21) Dr. Hernán Silva

15:30-16:00

Discusión

8) PSICOTERAPIA I

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

Introducción al campo de la psicoterapia en los Trastornos ansiosos. (22) Dr. Juan Pablo Jiménez

14:00-14:30

Psicoterapias de orientación dinámica. (23) Dr. Guillermo de la Parra

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

Psicoterapia basada en la mentalización y terapia intersubjetiva. (24) (no determinado)

15:30-16:00

Discusión

9) PSICOTERAPIA II

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

Psicoterapia conductual clásica (25) (no determinado)

14:00-14:30

Psicoterapia conductual cognitiva (26) (no determinado)

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

Psicoterapia sistémica. (27) Dra. Patricia Cordella

15:30-16:00

Discusión

10) PSICOTERAPIA III

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

Psicoterapias corporales. (28) Ps. André Sassenfeld

14:00-14:30

Psicoterapias corporales y psicodinámicas combinadas. (29)
Ps. André Sassenfeld

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

Psicoterapia experiencial. (30) Ps. Michele Dufey

15:30-16:00

Discusión

11) FARMACOTERAPIA Y PSICOTERAPIA

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

Farmacoterapia y psicoterapia combinadas: resultados de la psiquiatría basada en la evidencia. (31) Dr. César Ojeda

14:00-14:30

Separando y juntando al psicoterapeuta y al fármacoterapeuta (32) Ps. Lilian Tuane

14:30-15:00

Café

15:00-15:30

Terapéutica multiprofesional. (33) Dr. Juan Francisco Labra

15:30-16:00

Discusión

12) PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

Caso Clínico

14:00-14:30

Discusión

14:30-15:00

Café

15: 15:30

Caso Clínico

15:30-16:00

Discusión

SÁBADO. SIMPOSIUM INTERNACIONAL

VIÑA DEL MAR

MAÑANA

9:00-9:45

Epidemiología de los Trastornos de ansiedad. Dr. Benjamín Vicente

9:45-10:30

Trastornos de Ansiedad y Género. Dra. Susana Cubillos

10:30- 11:00

Café

11:00-11:45

Invitado internacional

11:45-12:30

Panel

TARDE

14: 30-15:15

Trastornos de angustia en niños y adolescentes. Dra. Flora de la Barra

15:15-16:00

Invitado internacional

16:00-16:30

Café

16:30-17:15

Perspectivas teóricas, clínicas y terapéuticas de los Trastornos de Ansiedad (Síntesis Módulo I). Dr. César Ojeda

17:15-18:00

Panel y cierre del Módulo I

Para acceder a la calidad de socio de SODEPSI en cualquiera de sus categorías es recomendable leer los estatutos publicados en el sitio web www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl y contactarse con cyc@consultoriaycapacitacion.cl

El sitio www.sodepsi.cl está en preparación

RESONANCIAS NUCLEARES

por Pu-Edser

DE VIAJE

Cleverio se encontraba de viaje. Había decidido que cuando en un espacio-tiempo no se tiene la respuesta era mejor abandonar este clivaje y resalir como siendo otro, en otro contexto. Su destino había sido Sicilia. Porque se trata de una isla mediterránea en la que muchas culturas habían dejado sus trastos: griegos y cartagineses, romanos y bárbaros, musulmanes y africanos, árabes y españoles. Una doncella dulce en el medio de los pasos marítimos obligados, donde han vivido hasta matemáticos tan importantes para nuestra cultura como Pitágoras o Arquímedes. Cleverio pensaba que si ellos habían encontrado respuestas a acertijos ¿por que él no podía hacerlo también? El problema era que no tenía clara la pregunta. Por ejemplo, esta separación de la que venía escapando: ¿El tema estaba en Clarissa o en él? No lograba articular los hechos para entender por qué las cosas se habían desordenado y llegado al borde de la catástrofe. Sólo deducía esta necesidad de estar lejos un tiempo, lejos de todo y de todos, y sobre todo de esa vida rutinaria que llamaba “mi vida” hacía más de treinta años. Tenía que volver a organizarse, de nuevo, como un sistema inmune después de la infección. Y no porque pensara que Clarissa era una especie de Klebsiella y él una especie de paciente terminal, sino porque sin comprender no había cómo seguir. Él sería depresivo, pero no desesperanzado. Confiaba en su resiliencia y aunque tampoco creía tener la flexibilidad de una goma, mal que mal en la vida le habían salido las cosas. Recordaba, por ejemplo, una vez que no lo habían querido incluir en una sociedad de salud mental del deporte y él lo había resuelto ingresando a un grupo de estudios para jubilados masones y también otra vez, ésa, cuando su hijo se había ido de casa y él no había dudado en tomar a cargo un grupo de becados de la misma edad del único vástago. Sin embargo, en-

tendía que esta realidad era más radical, tenía que organizar una nueva vida, ahora fuera de casa.

En la isla mediterránea tomó una habitación en un Bed & Breakfast de Cefalú. Esta ciudad, en el norte de la isla, era encantadora especialmente en la zona antigua donde las casas y las calles seguían siendo las mismas que en el Medio Evo. Un escenario de película, a orillas del mar. Los miércoles en un pequeño local, en frente de la playa, se presentaban compañías de marionetas que estrenaban semanalmente sus obras. Los muñecos eran manejados por dos personas y correspondían a una antigua tradición que habiendo comenzado por el mil doscientos se había popularizado en el seiscientos y revitalizado en el ochocientos. Los marionetistas relataban historias basados en la literatura caballeresca medieval, en los poemas italianos del Renacimiento, en la vida de los santos o en la de los bandidos más famosos. En Cefalú el teatro épico lleva la vanguardia. Se representan esos dramas masculinos del honor, la lucha y el amor por una dama lejana (que parece resultar más gratificante que la dama cercana). Sea como fuere, representar los actos de un cuerpo metido dentro de una armadura y así y todo emocionar no eran tareas fáciles para el titiritero. Esto comenzó a intrigar a Cleverio y a despertar ciertas reflexiones sobre sí mismo. Las representaciones de caballeros que vestidos de un mandato por su rey o su señor feudal cruzaban territorios desconocidos auxiliando doncellas y desvalidos y ganando con esto prestigio y honor, le sonaba algo familiar. De pronto había encontrado una imagen que le diera cuenta de una especie de programa de ejecución automática que comandara algunos de sus sentimientos. Ver este teatro trajo más “darse cuentas” que una conferencia científica sobre el *acting* o una prédica religiosa sobre la trascendencia. Este movimiento de entrar en sus emociones a través de una marioneta encerrada en estructuras metálicas y salir a través de la comedia representada a su vez por los habitantes del lugar, tan desenfadados y extrovertidos, lo fue energizando día a día. Las obras se estrenaban cada tarde de miércoles, un poco antes que el sol se escondiera tras las montañas y pasó a ser su actividad preferida. El resto del tiempo vagaba por las calles y las

pequeñas plazas y había comenzado a entender que los nativos se comunicaban en un lenguaje que trenzaba tanto el italiano como el dialecto siciliano. Este último incluía varias palabras derivadas del español como “trabajo” que ellos no podían sino pronunciar como “travallo” y “camissa” por “camicia”, demostrando que los españoles habían dejado su traza lingüística tras sus reinos de Aragón, España y el Reino de las dos Sicilias.

El balcón de su pieza tenía vista al mar y como estaba en primavera el clima era perfecto para leer. Un librero que le había recomendado a Andrea Camilleri, le explicó que no se asustara, que las palabras parecían jergonza al principio, pero que extrañamente tenían un ritmo que las hacía entender. Había comprado “Las formas del agua”, título que le parecía sugerente en su momento vital. ¿Si el agua tenía forma por qué él no encontraría la propia? De agua, como cualquier mortal, era, pero no enteramente. Se trataba de una novela policial donde el héroe, el Comisario Montalbano, resolvía crímenes en un ficticio pueblo siciliano. Por las noches la serial en televisión, con el comisario en cuestión, lo hacía sentir acompañado. Así es que entre imágenes y lectura había ido aprendiendo bastante italiano como para empezar a comunicarse. Sin el trabajo diario de hacer psiquiatría era tanto el tiempo y el espacio mental que hasta se podía aprender algo nuevo, como un idioma ¡y sólo por el gusto de aprenderlo!

Frente a sus playas, un peñón rocoso en forma de cabeza da el nombre a Cefalú (por “céfalo” y la rebeldía de cambiar las “o” en “u” que tienen los sicilianos). Otras varias rocas, mucho más pequeñas, sobresalen de la superficie del mar y han sido fuente de inspiración de historias locales. Por ejemplo, la llamada “roca ebria” donde van a terminar las novias despechadas. Se cuenta que varios trajes de novia se arremolinan allí los domingos de la última semana de diciembre de cada año. Nadie sabe dónde está el resto del año, lo que evidentemente suena extraño, pero de todas formas con cita el interés turístico de fotografiarse con la roca borracha y ha desarrollado varias “trattorias” en el entorno que facilitan balcones para la foto mítica. Basta consumir un café con “cassata” (un postre con fruta confitada y apenas perfumado de chocolate) o con un “cannoli” (una especie de

flautita rellena con crema) para tener derecho a una. El facultativo decidió no tomarse esa foto, no quería asociarse con pérdidas, aunque fueran ajenas.

Poder comunicarse en el idioma local le había empezado a abrir las puertas de las trastiendas. En la calle principal los artesanos hacían juguetes y figuras de madera, muchos Pinochos y carritos enflorados y marionetas. Habían las marionetas para turistas: señores medievales de todos los portes con sus corazas de metal, pero también estaban esas que se usaban en el teatro, más finas y de mejores terminaciones, con yelmos batientes donde era posible reconocer una cara humana o incluso sacar el aparato emplumado (a los sicilianos les gusta adornar estos cascos con plumas rojas) y dejar que la marioneta moviera su cara e incluso llorara. Cleverio encontró un pequeño *flayer* botado en la calle de piedra que invitaba a los interesados a aprender el arte de las marionetas con el conocido Maese Peppe. El Taller duraría siete días y se aprobaba siendo asistente de titiritero un miércoles en la playa. Llegó al taller la tarde del lunes siguiente. Se trataba de un taller de inmersión al que asistían más que turistas, directores de teatro, al parecer el arte había tenido un nuevo renacer. Maese Peppe daba cada cierto tiempo (el último lo había dado hacía cinco años) este taller especializado y seleccionaba muy bien a quiénes, pues mantenía contacto con sus aprendices tanto para asistirlos en la confección de las marionetas como en los guiones y sobre todo en el manejo escénico de la emoción. Esta vez no se vería guión. A Cleverio lo confundieron con un tal Clavario, que venía de Milán y que, al parecer, nunca llegó ni dio explicación alguna. La idea era aprender a confeccionar y manejar los títeres. Maese Peppe contó que su familia se dedicaba a este arte desde el año 1200 y que había ciertos secretos que serían revelados mientras que otros permanecerían en el taller de Cefalú. De todos modos para Cleverio todo esto era fascinantemente novedoso. El taller incluía los materiales de modo que no fue necesario comprar nada aparte, lo que habría complicado el menester para un psiquiatra hasta entonces dependiente de su mujer en cuanto a la adquisición de bienes. El primer día fue dedicado a las caras. Un modelo de madera más un set de gubias le fue en-

tregado a cada alumno y un encargo para realizar y traer al día siguiente. A Cleverio le tocó, luego supo que no casualmente, la tristeza de amor. Con la cabeza y las gubias en un bolso partió a su pieza a hacer la tarea. Por el camino imaginó qué tendría de particular esa cara y concluyó que esa clase de tristeza pone dulces los ojos, no produce un entrecejo apretado y más bien hace que la boca haga una especie de puchero. Algo de ansiedad de separación con una pizca de rabia orgullosa. Mientras tallaba esa cara tuvo que decidir el gesto del género. No era lo mismo un hombre con penas de amor que una mujer. El macho herido es más rabioso en un principio, se opone con fuerza y luego decae inmóvil, como buscando fuerzas. Pero ¿cómo le ocurría a un caballero que tantas veces ponía la gloria de sus conquistas territoriales en nombre de “ella”? ¿Cómo expresar en el rostro el sinsentido? Cleverio decidió tallar un rostro que expresara la pérdida, el momento en que se produce el giro entre la rabia y la desazón. Le parecía un sentimiento más claro o, tal vez, más cercano. Al Maese le pareció que su trabajo era un tanto burdo, no había considerado la leve inclinación de los ojos ni la caída de las cejas, además la contractura del cuello que aprieta las mandíbulas no estaban reflejadas en esos surcos. Cleverio se hallaba en dificultades, podía distinguir ciertos movimientos en los gestos, pero al parecer no eran suficientes para hacer que una marioneta comunicara sin hablar. Las indicaciones las incorporó como buen alumno y ese rostro tuvo más nervio, se venía a la percepción vivo. Los días que siguieron tuvo que hacer la postura de hilos y aprender a moverse al son de las palabras, porque en este arte no es el cuerpo que emite sonidos significantes sino son los significantes los que mueven los hilos de un cuerpo rígido que simulan las vivencias humanas. Maese Peppe usa once hilos en vez de los 5 típicos. Porque para él en la cara está la emoción principal y entonces mueve labios, cejas, párpados y hasta nariz. Y está el tema de mover las baquetas que hizo andar por las calles a Cleverio con su marioneta de 50 centímetros que todos llamaron Clavü (un re derivado de Cleverio-Clario-Clavo-Clavü).

Su Clavü era un gentilhombre con armadura, escudo y espada que estaba dispuesto a dar la vida por su dama y en

nombre de Dios. Valientes caballeros que tenían una misión clara en la vida y estaban dispuestos a morir por ella. Nada de vacío existencial, ni de anhedonia desdibujante, programas de acción claros con fines bien delimitados y todo entre la hermandad masculina. Las damas las dejamos en la inspiración del espíritu cuando son propias y en el encanto de la carne cuando son ajenas. Clavü tomaba vida en sus manos y pronto Cleverio se aficionó al diálogo con su marioneta. Al tercer día Maese les explicó cómo hacer batallas en el teatro: la espada era un dispositivo extensivo del brazo y el brazo el extensivo de la voluntad y ésta, a su vez, el instrumento de la razón. La guerra era asunto de buenas razones. Clavü empezó a usar la espada contra patas de sillas, barrotes de balcones, patas de mesa y sólo al quinto día tuvo su primer duelo con otro caballero manejado por un titiritero de Nápoles que tenía la astucia que Cleverio había gibarizado durante su vida, para parecer, y finalmente ser un hombre probo y puro. En esas batallas dio con su falencia. La vida no se trataba de remilgos, se trataba de sobrevivencia, de competencia, de amistosas comunidades con fines trascendentes. Era necesario enamorarse más que hacer las tareas del buen esposo, creer en la existencia del Santo Grial más que encontrarlo.

En Cefalú vivían varias Dulcineas, asunto que ocurre con frecuencia en pueblos turísticos y fantásticamente mediterráneos. Porque este mar no es como el nuestro, que tranquilo nos baña, este mar es pendenciero, rebelde a cada uno de sus dueños, intercultural y por lo mismo presente en el imaginario de todo ser vivo humano del planeta tierra que haya participado de los cuentos sobre la historia del imperio Occidental y Medio-Oriental. Se trata de un mar deseado; las Dulcineas son el sucedáneo y un caballero quiere amarlas. No es que Cleverio se fuera transformando en un Quijote. Más bien, al dejarlo salir, se fue deconstruyendo su Quijote y con él las delirantes ideas de “Programas Nacionales de Salud Mental” basado en el número de consultas con especialista y la disponibilidad de fármacos como sostén de la felicidad. Como su nuevo oficio implicaba manejar a Clavü, ya no lo soltó más y caminaba con él, lo hacía hablar y gesticular. Las personas se acercaban más fácilmente al

muñeco que a él, y gracias a la marioneta diálogos insólitos se tejieron con desconocidos. Clavú era directo, cercano y de buen humor. La espada lo defendía del mal y se sentía sostenido por su promesa de honor en nombre del Señor. Cleverio interpretaba lo anterior como la necesidad humana del Mandato del Padre como buen sostén de sentido más que el Nombre del Padre que había enunciado Lacan alguna vez. En cambio él era un híbrido entre hombre por selección cromosómica; macho por expresión cultural (género); acotado emocional por temores varios no resueltos; parco por mal hábito; hipertónico muscular por puro cuidado al desborde; sensibilero por culpa con la frialdad. El taller lo habilitaba para hacer una presentación en el teatro de los miércoles. Para esto tenía que hacer dupla con un compañero. Le asignaron a Berto, un joven pariente de Maese Peppe que había terminado el liceo y pretendía seguir en el taller de la familia. Le gustaba escuchar rock y mientras el tío hablaba escuchaba música en su ipod. Cuando trabajaba en la marioneta lograba la plasticidad que Cleverio hubiera querido para su Clavú. Su caballero era un templario, un militar cristiano que protegía a los fieles en peregrinación a Jerusalén. Uno de los nueve primeros caballeros que protegían el desfiladero cerca de Cesarea. El manto blanco con la cruz roja lo hacía parecer más voluminoso cuando daba vueltas por el escenario reconociendo la necesidad de las cruzadas en tierra mora. Berto parecía estar enojado y “en otra” mientras se hacía el taller, pero en el escenario ¡surgía otra persona! y Cleverio se vio en dificultades para seguirlo. En los primeros ensayos Berto llegó a decirle si tenía algún problema

cognitivo que no tomaba el ritmo de la batalla que tenían que librar, pero ¡como! –decía– si lo ataco, defiéndase, qué piensa tanto que no saca la espada! Años de aceptar agresiones de pacientes y sólo contener lo habían inhabilitado para el ataque instintivo. Había llegado a pensar tanto antes de contestar que el impulso demoraba en recorrer las dendritas que se unen a la motoneuronas, ¿tenía esta conexión? Del sentir al actuar un gran camino lo separaba.

Pero Cleverio es empeñoso y le puso afán. El día de la presentación Cleverio y Clavú estaban nerviosos. La escena en la que él participaba era una en la que luego de pedirle al rey la bendición a la dama su pañuelo se batía en un torneo, lo ganaba y eso le daba el pase para irse con un templario en la Primera Cruzada. Camino a Palestina eran atacados por sarracenos y Clavú lograba escapar desobedeciendo el Código de Honor de su orden. Esto lo llenaba de oprobio y sin haber obtenido el prestigio y la fama de un caballero invencible se suicidaba por el dolor del fracaso. El suicidio en esa época era menos culposo, sólo se necesitaba entrar a un pueblo como caballero andante y salir del mismo como caballero muerto, al menos las noticias dirían que luego de una noche de velar armas el caballero iluminado por la fe había decidido honrar la sangre del Santísimo ofreciéndose como carnada disuasiva para el grupo que venía más atrás.

De todas formas la muerte escénica de Clavú golpeaba el corazón de Cleverio y no podía dejar de soltar alguna lágrima para aplacar la opresión en la garganta y el tirón en el intestino. Maese Peppe valoraba que este hombre de decir español, de estampa

nórdica y de reflexión sobreimpuesta se atreviera al juego de los dobles. Para él, que conocía tantas relaciones entre titiriteros y sus marionetas la de Clavú y Cleverio tenía un toque de más en la identificación mutua y sin saber cómo le expresó su duda: –Es usted alguien sin rumbo, amigo, un caballero extranjero de sí mismo. Le quiero regalar a Clavú para que lo guíe hasta el lugar que debe alcanzar. Todos tenemos un lugar asignado, pero a usted lo están reubicando. No ha sido fácil porque es usted insistente. Sus raíces no lo dejan avanzar, pero está equivocado, usted no es un árbol y no es el bosque su lugar, aunque haya estado allí por tanto tiempo. Usted es agua, amigo mío, agua que fluye sin cesar. Si la deja quieta se pudre, si la deja correr la pierde. El agua, amigo, es esencial, sáquese su armadura y désela a Clavú, que la necesita en batallas de verdad. Nosotros lo necesitamos en su esencia líquida.

Cleverio tomó su títere, lo metió dentro de una caja y se lo envió de regalo a Clarissa. Un recuerdo de Cefalú decía inocentemente la nota. Sin embargo, para él esto tenía un sentido que de haberlo escrito habría dicho. “Estimadísima Dama Origen de mis Pesares Anteriores: esta representación de mí mismo, objeto imaginario de mis abatimientos emocionales, ha sido quien ha estado casado contigo todo este tiempo. He sido una idea de mi cabeza, un cefaloartefacto de mi historia. Entiendo que no se podía conmigo y te agradezco haberme ayudado a exorcizarlo; pero las buenas costumbres entre dos psiquiatras dejan mejor las cosas si sólo existe un gesto “adecuado” “políticamente correcto” como enviar o recibir un souvenir. Porque se hace lo que se debe, cuando se puede.



**QUINTA REUNION
SOCIEDAD CHILENA DE NEUROCIENCIA
COQUIMBO, CHILE.**

Lugar: Centro Convenciones HOTEL ENJOY de Coquimbo
Fecha: 23, 24 y 25 septiembre del 2009

PROGRAMA

La Sociedad Chilena de Neurociencias se acerca a la Comunidad

- **Charlas a colegios de la zona:** Miércoles 23, 9:00-10:30
Conversando de temas de la Neurociencia de interés para los jóvenes en 10 colegios . Actividad a cargo de investigadores jóvenes de la SCN
- **Conferencia a la Comunidad de Coquimbo:** Miércoles 23, 18:30-19:30.
Actividad organizada en conjunto con la Municipalidad de Coquimbo

I CONFERENCIAS PLENARIAS

Conferencia Inaugural: Miércoles 23, 19:00-20:00

"Del frío al dolor: Mecanismos periféricos". Dr. Carlos Belmonte
(Instituto de Neurociencias, Universidad Miguel Hernández España).

Conferencia de perspectivas Básico-Clínicas: Jueves 24, 18:30-19:30

"Bases neurocognitivas de la Esquizofrenia". Dr. Sophia Vinogradov
(Laboratory of Cognitive Neuroscience, Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, EEUU).

Conferencia nombramiento Miembro Emérito de la SCN: Viernes 25, 16:45-17:45

"El Sistema Nervioso como una arquitectura dinámica en tiempo cero". Dr. Humberto Maturana (Universidad de Chile)

Presenta: Dr: Pedro Maldonado

II SIMPOSIOS

Simposio 1. Miércoles 23, 14:30-16:00 Coordina: **Dr. Patricio Huerta**
"PLASTICIDAD SINÁPTICA. SOBRE COMO LAS SINAPSIS SON CONSTRUIDAS Y FORTALECIDAS, PERO TAMBIEN DESTRUIDAS"

14:30-15:00 "Ensamble y plasticidad de las sinapsis" Dr. Vivian Budnik (Univ. Massachusetts Worcester)

15:00-15:30 "Ontogenia de la plasticidad sináptica en la corteza cerebral" Dr. Alfredo Kirkwood (John Hopkins Univ.)

15:30-16:00 "Enfermedades de la sinapsis corticales" Dr. Patricio Huerta (Cornell Univ.)

Simposio 2. Jueves 24, 9:00-11:00 Coordinan: **Drs. Julio Alcayaga y Rodrigo Iturriaga**

"RECEPTORES SENSORIALES EN CONDICIONES FISIOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS"

9:00-9:15 "Contribución del Dr. Carlos Eyzaguirre a la Fisiología Sensorial" Dr. Patricio Zapata (Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo).

9:15-9:40 "Comunicación en un receptor sensorial secundario: El caso del cuerpo carotídeo". Dr. Julio Alcayaga. (Facultad de Ciencias, Universidad de Chile).

9:40-10:05 "Compromiso sensorial en la disfunción del ritmo respiratorio inducida por nicotina prenatal" Dr. Jaime Eugenin. (Facultad de Química y Biología, Universidad de Santiago).

10:05-10:30 "Contribución del cuerpo carotideo a la hipertensión producida por la apnea obstructiva del sueño". Dr. Rodrigo Iturriaga. (Facultad de Ciencias Biológicas, P. Universidad Católica de Chile).

10:30-11:00 "Receptores sensoriales y sensaciones en la cornea" Dr. Carlos Belmonte. (Instituto de Neurociencias, Universidad Miguel Hernández. Alicante, España).

Simposio 3: Jueves 24, 14:30-16:30 Coordina: **Dra. Rommy von Bernhardt**

"GLIAL CELL-NEURON INTERACTION IN THE NORMAL AND ABNORMAL FUNCTION OF THE NERVOUS SYSTEM".

14:30-15:00 "Modification of microglial function in response to glutamate and its participation in the neurodegenerative diseases" Mami Noda. (Laboratory of Pathophysiology, Kyushu University, Fukuoka Japan).

15:00-15:30 "Key role of glial cells in the coupling of energy supply and demand in the brain". Felipe Barros. (CECS, Valdivia)

15:30-16:00 "Glia-mediated neuroinflammation as disease mechanisms in neurodegenerative disorders". Rommy von Bernhardt. (Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile).

16:00-16:30 "Schwann Cell to axon transfer of ribosomes: Toward a novel understanding of the role of glia in the nervous system" Felipe Court: (Facultad de Ciencias Biológicas, P. Universidad Católica de Chile).

Simposio 4: Viernes 25, 9:00-11:00 Coordina: Dra. **Gricel Orellana**
"APORTES DE LAS NEUROCIENCIAS COGNITIVAS A LA INVESTIGACION EN ESQUIZOFRENIA"

9:00-9:30: "Endofenotipos y procesamiento semántico en Esquizofrenia". Dr. Agustín Ibañez (Laboratorio de Neurociencia, Universidad Diego Portales, Chile; Instituto de Neurología Cognitiva ,INECO, & CONICET, Argentina; Center for Social and Cognitive Neuroscience, The University of Chicago, USA)

9:30-10:00: "Auto-evaluación cognitiva en Esquizofrenia: Evidencia conductual y psicofisiológica". Dr. Jaime Silva (Departamento de Salud Mental y Psiquiatría, Facultad de Medicina, U. de la Frontera.)

10:00-10:30: "Déficit específico en la atención ejecutiva en primer episodio de Esquizofrenia". Dr. Gricel Orellana (Unidad de Neurociencias Cognitivas y Esquizofrenia. Depto. Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

10:30-11:00 "Neuroplasticity-Based Cognitive Training in Schizophrenia". Dra. Sophia Vinogradov (Laboratory of Cognitive Neuroscience, Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, EEUU).

Simposio 5: Viernes 25, 14:30-16:30 Coordina: **Dr. Juan Carlos Sáez**
"CONNEXIN MUTATIONS AND DEAFNESS"

14:30-15:00 "The complex selectivity of information transfer through gap junctions and hemichannels: a new era in cellular integration" Dr. Bruce Nicholson (Departament of Biochemistry, University of San Antonio, USA).

15:00-15:30 "Connexins and the cochlea" Juan C. Sáez, (Departamento de Ciencias Fisiológicas, Pontificia Universidad Católica de Chile).

15:30-16:00 "Deafness related mutations in the first transmembrane domain of Connexin26 unveil a fundamental role of this domain for the assembly and function of connexin channels" Agustín Martínez (Centro de Neurociencias, Universidad de Valparaíso, Chile)

16:00-16:30 "Biophysical properties of membrane channels constituted by connexin mutated at sites identified in human patients" Vytautas Verselis (Department of Neuroscience, Albert Einstein College of Medicine, NY, USA).

III SESIONES COMUNICACIONES LIBRES

1. **Miércoles 23** 17:00-19:00
2. **Jueves 24** 11:15-13:15
3. **Viernes 25** 11:15-13:15

IV SESIONES PANELES

1. **Miércoles 23** 13:30-19:30
2. **Jueves 24** 13:30-19:30
3. **Viernes 25** 13:30-19:30

Comité Organizador V Reunión Anual SCN

Jaime Eugén (Universidad de Santiago)
Fernando Torrealba (Pontificia Universidad Católica de Chile)
Pedro Maldonado (Universidad de Chile)

Comité Científico V Reunión Anual SCN

Rommy von Bernhardt (Pontificia Universidad Católica de Chile)
Alejandra Alvarez (Pontificia Universidad Católica de Chile)
Alan Neely (Universidad de Valparaíso)
Francisco Nualart (Universidad de Concepción)
Jaime Eugén (Universidad de Santiago)
Fernando Torrealba (Pontificia Universidad Católica de Chile)
Pedro Maldonado (Universidad de Chile)

RESUMEN PROGRAMA V CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE NEUROCIENCIA HOTEL ENJOY COQUIMBO, CHILE, 23 al 25 SEPTIEMBRE, 2009

HORARIO	Miércoles 23	Jueves 24	Viernes 25
9:00 - 11:00	Inscripciones	Inscripciones	Inscripciones
9:00 - 10:00	Charlas Colegios	Conferencia 2	Simposio 4
10:00 - 11:00		Comunicaciones Libres 2	
11:00 - 11:30	Bienvenida	Coffee Break	Coffee Break
11:30 - 13:30	Simposio 1	Simposio 2	Simposio 5
13:30 - 14:30	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
14:30 - 16:30	Comunicaciones Libres 1	Paneles 2 Café (Almuerzo)	Paneles 3 Café (Almuerzo)
16:30 : 17:30	Paneles 1 Coffee Break	Simposio 3	Conferencia 3
17:30- 18:30			Reunión Ampliada SCN - Clausura Congreso
18:30 - 19:30	Conferencia 1	Comunicaciones Libres 3	
20:15 - 22:00	Cocktail Recepción- CENA	Cocktail - CENA CLAUSURA	
22:00 -23:00		Divertimento Científico: Casino de Chocolate	



Universidad de
los Andes | Escuela de
Psicología

Seminario

MALTRATO INFANTIL: diagnóstico, denuncia y evaluación del apego

Sábado 21 de noviembre 2009

Palabras de Bienvenida

Francisco Javier Bustamante, director del Postítulo Psicoterapia Cognitivo Conductual y Conductual Dialéctica.

1. Diferencias en el abordaje del maltrato y abuso sexual infantil

Marcela Concha, Psiquiatra de niños y adolescentes. Profesora de la Escuela de Psicología de la Universidad de los Andes. Perito de la Unidad de maltrato y psiquiatría infantil del Instituto Médico Legal.

2. Evaluación del apego en la diada madre-hijo en casos de maltrato

Patricia M. Crittenden, Doctora en Psicología. Académica y especialista en el área del maltrato infantil, teoría del apego y terapia familiar.

3. Maltrato y abuso sexual infantil: aspectos legales que debe conocer un profesional de salud mental

Macarena Car, abogada y fiscal especializada en delitos de abuso y maltrato infantil.

Mesa Redonda



Seminario



Universidad de los Andes

MALTRATO INFANTIL: diagnóstico, denuncia y evaluación del apego

Sábado 21 de noviembre 2009

Organiza

Postítulo Psicoterapia Cognitivo Conductual
y Conductual Dialéctica, Escuela de Psicología,
Universidad de los Andes

Información General

Lugar:

Aula Magna, edificio Biblioteca
Av. San Carlos de Apoquindo 2200, Las Condes

Inscripciones:

Escuela de Psicología
Teléfono: 412 9214
Fax: 214 9259
www.uandes.cl/psicologia

Valores:

\$ 10.000 (hasta el 30 de octubre)
\$ 15.000 (después del 30 de octubre)
\$ 10.000 (alumni y profesores Universidad de los Andes)
Las personas que asistan al Curso Internacional de Apego
tienen cupo liberado.

Formas de Pago:

- Depósito en cuenta corriente n° 84044438
Banco BCI
- Efectivo

Traducción Simultánea



III Congreso Internacional MEDICINA Y SALUD MENTAL DE LA MUJER

*Cuando el cuerpo habla:
nuevas expresiones psicopatológicas*

4, 5 y 6 de marzo de 2010
Plaza Mayor - Centro de Convenciones
Medellín - Colombia

- Patologías Emergentes
- Psiquiatría Transcultural y Género
- Psicopatología y Ciclo Vital
- Investigación

Conferencistas:

Aila Kollins (Suecia)
Cecilia Sinay Millonschik (Argentina)
Cora Lee Whetherington (Estados Unidos)
Donna Stewart (Canadá)
Edmond Pi (Estados Unidos)
Francisco Collazos (España)
Javier Escobar (Estados Unidos)
Iván Darío Montoya (Estados Unidos)
María Dolores Crespo (España)
Margarita Alegría (Estados Unidos)
Elena Levín (Argentina)
Marta Rondón (Perú)
Pedro Ruiz (Estados Unidos)
Unaiza Niaz (Paquistán)

Mayores informes y pre-inscripciones:
sgaviria1@une.net.co / mariateresa@eventosperfectos.com.co

Todas las conferencias que se presenten en inglés, tendrán traducción simultánea al español y algunas de ellas también se traducirán al inglés



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Facultad de Medicina



Asociación
Colombiana
de Psiquiatría



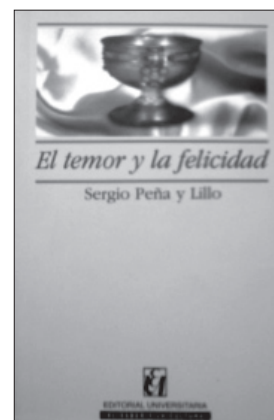
WPA
World
Psychiatric
Association
Regional Meeting
World Psychiatric
Association

www.ces.edu.co/congresomujer/2010.html
www.eventosperfectos.com.co

VIGESIMOSÉPTIMA EDICIÓN DE “EL TEMOR Y LA FELICIDAD” DE SERGIO PEÑA Y LILLO

Autor: Sergio Peña y Lillo
Editorial Universitaria, 27ª Edición, Santiago, 2008, 166 páginas

(Rev GPU 2009; 5; 3: 295-297)



César Ojeda

Corrían los primeros años de la década de 1980 cuando apareció el libro “El temor y la felicidad”, de Sergio Peña y Lillo. Tuve el privilegio de ser solicitado por el autor para presentar la primera edición de la obra en la Universidad de Chile. Han pasado veintisiete ediciones desde entonces, la última aparecida en abril de 2008. Me conmueve volver a leer y a comentar este notable ensayo. En Chile, veintisiete ediciones es una cifra inimaginable para la mayoría de los libros y para la mayoría de los autores. En aquel tiempo, como es obvio, no teníamos el panorama del éxito que alcanzaría la obra y, por lo mismo, eso no formaba parte de la reflexión que entonces hicimos. Pero ahora es ineludible: ¿Cómo explicar este enorme éxito? Sería sencillo, pero probablemente insuficiente, decir que este buen éxito se explica sólo por la calidad del ensayo. Hay muy buenos ensayos y notables libros que no tienen ninguna repercusión editorial. Por ello, además de los méritos del texto en sí mismo, es posible considerar otros factores. Tal vez sea muy difícil no tomar en cuenta lo que Chile vivía entonces: una dictadura. Nadie es sanamente feliz en las dictaduras, ni siquiera los dictadores mismos y sus seguidores. Creo que eso ocurre porque dictadura y temor son inseparables. Las dictaduras suelen terminar mal para quienes las ejercieron y herir profundamente el destino de quienes las sufrieron. Las dictaduras producen infelicidad y desamparo al aplastar la vocación de libertad de los seres humanos. No pretendemos que

el autor comparta esta interpretación y, desde luego, no es responsable de lo que aquí comentamos. Si hubiésemos de elegir un concepto central a “El temor y la felicidad” tendríamos que decir que Peña y Lillo nos dice algo siempre sorprendente y, a mi juicio, más en aquellos días: que la felicidad es posible. Pero no sólo eso, además señala que la felicidad es el estado conatural al hombre y la condición más radical de su salud. Como derivación rigurosa de esa afirmación se desprende que, si bien la felicidad no es exclusivamente un tema de competencia médica, *también* tiene que ver con ella.

¿Cómo ocurre esto? ¿Es acaso la medicina una *scientia universalis* y sus competencias abarcan todos los aspectos del ser humano? ¿No es esa idea una medicalización arrogante de la vida humana? A mi entender, lo que Peña y Lillo está diciendo es otra cosa. Dice que el médico conoce la normalidad del hombre por contraste, pues la patología consiste en ruido donde debiera haber silencio, en dolor donde debiera haber transparencia sensorial; en fiebre donde debiera haber eutermia o en angustia donde debiera haber serenidad. A todo eso que debiera haber lo denominamos, bien o mal, normalidad. Pero la normalidad biológica no basta para definir la salud, pues ésta en el ser humano se despliega más allá de los parámetros fisiológicos hacia una “normatividad” que le permite satisfacer sus necesidades más íntimas y realizar su original proyec-

to de existencia. La palabra “normatividad” podría ser objetada con buenas razones, al ser aplicada al sentido del desenvolvimiento de la existencia de las personas. Pero eso no invalida el hecho de que la salud tiene un significado complejo y abarcador. En su origen latino, salud significa no sólo el equilibrio biológico o la ausencia de enfermedad sino también la conservación de los derechos de los ciudadanos, la libertad pública y privada, el perfeccionamiento personal y el estado de gracia espiritual. Todo eso está incluido en el “saludo”, ese deseo que hacemos expreso diariamente con quienes nos cruzamos en el camino de la vida. Por lo mismo, la palabra salud tiene que ver con la medicina en tanto la oponemos al oscuro concepto de enfermedad, pero, además, trasciende hacia dimensiones éticas, estéticas y ontológicas que desbordan a la normalidad biológica –y por lo mismo a la medicina– por todos lados. Por eso el ser humano puede desplegarse como persona aun teniendo que asumir la enfermedad, la limitación, el dolor y la muerte. Es por eso también que la enfermedad no necesariamente es sinónimo de infelicidad, como tampoco la normalidad biológica garantiza la felicidad.

Del mismo modo en el que nosotros hemos sostenido que toda referencia a los fenómenos delirantes implica alguna interpretación acerca de “lo real”, Peña y Lillo nos dice que la “normalidad” de la salud no sólo es el horizonte necesario para definir la enfermedad sino que también la terapéutica. El quehacer médico supone un previo e implícito concepto de salud: es sano –nos dice el autor– lo que es como “debe ser”, y lo mórbido, el revés negro de la vida. Sin embargo, este “deber ser”, al igual que la palabra “normatividad” y “normalidad”, suena a mis oídos como una ética “natural” que, debo confesar, encuentro confusa y que desvía mi comprensión de lo que plantea Peña y Lillo. Para evitar tal desvío me guío por la intelección que me surge de manera espontánea: la salud no consiste sólo en la ausencia de padecimientos corporales o psíquicos sino que implica también una particular armonía del funcionamiento orgánico y el desarrollo pleno y creativo de la personalidad... lo que se traduce en bienestar, alegría de vivir y felicidad.

Se pregunta el autor: ¿Por qué un hombre biológicamente sano puede sentir la vida como una desdichada carga? Peña y Lillo da una respuesta –dentro de otras posibles– a aquella pregunta: el ser humano es infeliz –nos dice en definitiva– porque tiene miedo. El miedo se opone a la felicidad, aunque no en el sentido de una dimensión psicológica polar, como pudiera ser la alegría y la tristeza, sino porque la obstruye, la interfiere y la paraliza. El miedo impide que el hombre

sea lo que debe y puede ser, es decir, sale al paso de la armonía en que consiste la salud en su sentido más radicalmente humano.

Sin embargo, el temor es a la vez el problema y la respuesta: el camino de la plenitud humana pasa, justamente, por la superación del miedo. Sin miedo no hay felicidad. Este problema tiene profundas raíces que se remontan a los albores de la humanidad. Kant, en una pequeña y casi desconocida obra, nos habla del comienzo verosímil de la humanidad, al que sitúa en el momento de la salida del Paraíso. Arrojado de la naturaleza el hombre ya no pudo guiarse por el instinto que antes lo hacía permanecer unido armónicamente al resto de lo existente. Habiendo comido el fruto del árbol del conocimiento, la inocencia desaparece junto al surgimiento de la libertad. Ahora, el ser humano debía elegir, guiarse solo en medio de las acechanzas y los peligros, ser libre sin saber cómo serlo. La incertidumbre, el miedo y la angustia se constituían así en el precio de la conciencia emergente. Quizás si lo esencial a este tránsito es que el hombre había pasado de la comunión y la seguridad de un mundo armónico e indoloro, a un mundo imprevisible y amenazante; pero además, se había deslizado del tiempo de la eternidad al tiempo biográfico e histórico, es decir, al tiempo de la finitud y la muerte.

Podemos imaginar que la felicidad, desde esta nueva condición de errante en el mundo, no podía ya ser un hecho dado y consustancial a la existencia humana sino un estado a conquistar a partir del miedo, al igual que el abrigo y el alimento surgen a partir del frío y la privación.

Peña y Lillo establece en esto un orden: la felicidad está impedida por el temor, pero el temor adopta muchas caras y, a veces, está determinado por actitudes psicológicas específicas como la *anticipación imaginaria*, la *contaminación del presente con el pasado*, la *resistencia al sufrimiento*, el *deseo* y la *ambición*. En el estudio de estas actitudes, que denomina erróneas, el autor despliega un fino análisis de contrastes, matices y superaciones, a través de un pensamiento que podríamos denominar dialéctico –en su sentido hegeliano. Dos componentes presentes en estas actitudes psicológicas erróneas, pero que también forman parte de lo más noble del psiquismo, nos parecen especialmente reveladores: nos referimos al recuerdo que contamina el presente y lo ensombrece, y a la fantasía, en la cual se acuna la anticipación imaginaria de lo terrible y sin sentido. Ambas inconcebibles en un mundo paradisiaco. En el recuerdo anidan las experiencias traumáticas, como también las nostalgias y, en el porvenir, las incertidumbres y la muerte, pero también las idealizaciones

y la esperanza. El hacer presente lo pasado o lo por venir representa lo que no es ahora y que, merced a ello, permite trazar la línea que une lo que fue, lo que es y lo que será, línea que llamamos temporalidad. Si bien es la temporalidad lo que puede estar a la base de la infelicidad mediante las actitudes erróneas a las que se refiere el autor, al liberar al hombre de su contingencia inmediata y deshacer la esclavitud de lo meramente presente, de lo inmediato, de la "estimulidad" de la que hablaba Zubiri², se constituye tal vez el logro más importante de la vida humana: lo que filosóficamente se ha llamado trascendencia.

Sin embargo, el recuerdo y la fantasía, como decíamos, son fenómenos de dos caras: en ellas asienta el temor, pero también la capacidad de representar lo ido, lo ausente o lo inexistente a la percepción, y que es el fundamento de la inteligencia como predicción, de la categorización como pensamiento teórico y de las experiencias de la creación en el arte. No obstante, al mismo tiempo, esta capacidad genera sus opuestos,

pues el recuerdo puede dejar muy poco espacio para lo nuevo, la abstracción puede impedir la captación de lo original y particular de la experiencia inmediata, y la idealización utópica del futuro asfixiar la vida que hoy tenemos.

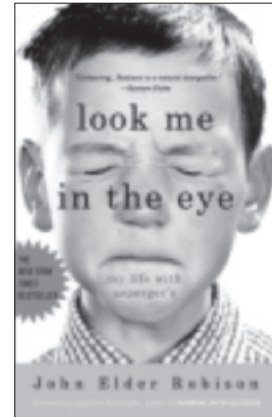
Peña y Lillo cierra este sistema de oposiciones a través de una operación sintética. No se trata de derrotar el temor a través de una audacia heroica y ciega o de una negación del sufrimiento y lo doloroso de la vida. Se trata más bien de asumir la poderosa fuerza del recuerdo y la fantasía pasando por la realidad y el presente. Es decir, subsumiendo el pasado, el presente y el futuro en una temporalidad global y distinta, que él denomina "del espíritu", y que, pensamos, es a la vez la primigenia. El tiempo de la eternidad se nos hace patente por contraste con la finitud y, por lo mismo, nos acerca al paraíso perdido y a la felicidad: ese estado abarcador indefinible desde el que surgen la libertad y el sentido pleno de cada existencia humana. Pero nos acerca desde la conciencia alerta y no desde el mero retozar biológico.

² Zubiri, X. *Inteligencia sentiente...*

LOOK ME IN THE EYE: MY LIFE WITH ASPERGER'S

Autor: John Elder Robison.
Crown Publishers, New York, USA, 2007, 288 páginas.

(Rev GPU 2009; 5; 3: 298-300)



Claudia Almonte

Este tercer comentario que realizo en torno al Síndrome de Asperger (S.A.), es, sin duda, el que más llega a las emociones, los sentimientos y, al salir de la teoría, permite empatizar con el paciente real, con sus vivencias y su visión de mundo.

Es un libro autobiográfico, escrito por un paciente con este síndrome, que relata su infancia y juventud desconociendo su diagnóstico.

De su lectura se pueden ver beneficiados tanto los padres y familiares que los rodean, como los terapeutas que ahorran horas de psicoeducación, y, por supuesto, los mismos pacientes, al verse reflejados en una historia real.

Previamente a la lectura de este texto recomendé, en algunas ocasiones, a los padres de niños con este espectro diagnóstico, leer el libro "El curioso incidente del perro a media noche", del autor inglés Mark Haddon, quien siendo un artista y literato trabajó por largo tiempo con niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, logrando coger su esencia, y volcándola en una forma genial en esta novela que describe el mirar la vida y sus complejidades desde el candor de un niño aspergeriano. No olvidaré cuando una de estas madres, en la que las sesiones eran sólo quejas del hijo, sin lograr ni siquiera vislumbrar en penumbras la realidad de él, me dijo, emocionada, que por fin lograba ver y entender. Desde ese momento, su colaboración con el tratamiento cambió en forma radical para bien, y, por ende, el bienestar del paciente. Y de esto, ya han transcurrido varios años.

El único "pero" que puede tener es que, al no ser un libro técnico, es paradójicamente de mucho mayor dificultad su traducción, pues utiliza muchos modismos y estilos verbales coloquiales que me ocasionaron más de algún obstáculo.

John, el autor del libro, en relación a la muerte de su padre, se mostró muy decaído, y fue entonces cuando su hermano diez años menor le sugirió que escribiera sus sentimientos, los que resultaron ser tremendamente honestos y de gran belleza. Al publicarlos en un sitio web recibió gran apoyo y visitas, que le solicitaban más escritos. Así fue como, en marzo del año 2006, se decidió a escribir sus memorias relatando el cómo es crecer sin saber su diagnóstico. Así encontraba una forma de canalizar su energía y talentos.

Ésta es una historia dulce, entretenida, pero a la vez triste y conmovedora. Genera en el lector por momentos desconcierto, en otros capítulos risas y, también, nudos en la garganta.

El título "mírame a los ojos" viene de las múltiples veces que al autor le dijeron dicho mandato. Por no dirigir la mirada al interlocutor lo catalogaban de "personalidad antisocial". Su forma de comprender la vida era investigando en enciclopedias; de hecho, la enciclopedia británica era su libro compañero de velador. Así, concluyó que tal vez sería un delincuente, por ende iría a la cárcel; incluso había averiguado que las mejores eran las federales. Sin duda que estas suposiciones amenazantes generaron un vivenciar el mundo en forma angustiada.

Explica que para él lo visual es un distractor, ya que su tendencia es a la hiperfocalización, por eso prefiere en sus conversaciones mirar a algo neutral. De ese modo logra concentrarse en el mensaje.

Su historia es relatada desde su primera infancia, en la que deseaba intensamente tener amigos no siendo comprendido por sus pares. Para él un niño y un perro del mismo tamaño podían ser tratados de igual forma, y, de hecho, al ejecutarlo, podemos imaginar la mala acogida que recibía. De este modo fue relacionándose más con adultos que lo acogían mejor, y con niños menores, para los cuales constituía un "profesor". Refiere que sus juguetes favoritos nunca lo hirieron en sus sentimientos, por lo que con ellos podía sentirse seguro. Su fracaso en el tema social lo hacía sentirse defectuoso y solo. Al tomar conciencia de que gran parte de sus dificultades tenían que ver con que sus respuestas eran en base a lo que él pensaba y no a lo que le preguntaban, cambió su modo, y sus relaciones mejoraron algo.

A sus 10 años nació su hermano; su primera reacción al verlo fue el de preguntarse si crecería o sería un enano. Fue un muy buen cuidador y "entrenador"; ejemplo gracioso en esta línea es el que cuando quería gatear le decía "a 2 ruedas, no a 4", pensando que entendería perfectamente lo que él había leído en una revista de automovilismo. Veía a su hermano defectuoso, pues tenía un año y no hablaba. Por supuesto que para el hermano John era un ídolo, lo que le permitió sentirse más valorado y limitó su profundo sentimiento de soledad.

Es interesante su relato en torno a las dificultades en expresar sus sentimientos y su razonamiento peculiar, que lo llevaba a ser rechazado. Para graficar esto, relata su análisis frente a la noticia: "murió una persona en la línea del tren"; él se ríe, ya que no murió ni él ni nadie de sus conocidos. No comprende que la gente se conmueva frente a una situación de este tipo, ya que de ser así nuestro corazón explotaría, pues en cada segundo muere alguien. Puede comprender intelectualmente la pena, pero no sentirla. Refiere tener real empatía con sus seres queridos, y si a éstos algo les ocurre, siente miedo, tensión, náuseas. Veíamos, en el comentario que realicé anteriormente, que estas manifestaciones pueden responder más bien a comorbilidad ansiosa, que a real empatía. Para él las manifestaciones de pesar frente al dolor de los desconocidos es hipocresía.

A partir de los 12 años comenzó a capitalizar sus diferencias respecto a los demás; se transformó en el payaso y bromista del colegio; "así se reían conmigo, y no de mí."

Relata los brutales malos tratos físicos recibidos por parte del padre alcohólico, sin un correlato emoti-

vo. También cuenta cómo aliviaba su ira destruyendo juguetes. Su madre presentaba severa psicopatología, probablemente una estructura limítrofe de la personalidad. De modo que su cuadro clínico lo protegió al aislarlo de lo peor de sus padres.

En su pubertad las áreas de intereses estaban centradas en los minerales, las piedras, los dinosaurios, los planetas, los aeroplanos y la electrónica. No entendía los problemas matemáticos, pero tenía la capacidad de "visualizar" las operaciones en su mente, las que asociaba a sonidos. Con esto, podía "ver" y "oír" los sonidos, y fue creando circuitos electroacústicos muy originales. Así comenzó a ser valorado por los músicos, confirmando su autoestima vulnerable.

A los 15 años su sensación de inadecuado iba en aumento; veía las inconsistencias de los adultos, que junto con sonreírle, lo discriminaban. Relata en forma robótica las vicisitudes en "navegar" dentro de las interacciones sociales, decodificando y elaborando los elementos objetivos y subjetivos de la interacción en forma idiosincrática, y respondiendo, por ende, inadecuadamente. Por ese entonces, abandona el colegio.

Su experticia en circuitos electrónicos se hace famosa, y es contratado para trabajar con el grupo musical KISS, realizando todos los caprichos del guitarrista, en el sentido de efectos especiales, en forma exitosa. De este modo logró ganar suficiente dinero como para comprarse ropas de marca con "lagartos y caballos". Nunca logró comprender el estilo de vida de su círculo, en que el uso del alcohol, las drogas y, según sus términos, el "enamorarse por un fin de semana", eran el pan de cada día. Nuevamente volvía a pensar que el relacionarse con las máquinas era mucho más sencillo, ya que éstas eran controladas por él, no le hablaban ni le hacían bromas; por el contrario, no lograba "leer" a las personas. El tiempo transcurría, y no lograba la deseada estabilidad. Más adelante trabajó en otras compañías, siendo siempre la principal piedra de tope las relaciones interpersonales. En su afán por mejorar este aspecto, estudió programas computacionales que enseñaban estrategias para poder conversar utilizando la lógica. Así descubrió que lamentablemente la gran mayoría de los diálogos interpersonales no se rige por ésta. Al no lograr comunicarse, su sentimiento de discapacitado era intenso. Critica a nuestra sociedad que se ocupa de los discapacitados físicos, pero en aquellos cuyo "defecto" no es visible la comprensión y el trato dejan mucho que desear. Llama la atención para que en el futuro esta situación cambie, y que, "incluso", existan estacionamientos exclusivos para ellos. La tensión crónica vivida en el día a día lo fue enfermando literalmente (sufría ataques de asma continuos). Finalmente

decidió independizarse y trabajar solo. El tema de los autos siempre le había sido muy atractivo. Su especialidad eran los Porsche, de los que conocía en detalle todos los modelos, piezas e incluso ¡los olores! Así instaló un taller para reparar autos de lujo, confeccionando las piezas que faltaran, etc. Su éxito fue rotundo, y actualmente es su fuente laboral, siendo sus clientes de todas partes del mundo. Uno de ellos fue el psiquiatra, quien a los 40 años le habló del síndrome de Asperger, y le facilitó el texto de Attwood (comentado previamente). El saber que lo que él sentía y le pasaba tenía un nombre,

que había otras personas con iguales características, lo alivió tremendamente.

Al ir finalizando este comentario me doy cuenta de lo difícil que es seleccionar qué incluir y qué no, ya que todo el relato es muy ilustrativo. Les invito, por tanto, a leer el libro (con un buen diccionario al alcance).

Me gustó terminar con éste la serie de comentarios que realicé en torno al tema, pues es un buen contrapunto desde el enfoque del consultado a la vivencia real, personal, íntima del consultante. Podríamos decir que es el postre preciso después de una buena cena.

COMENTARIO DE LIBROS

TEORÍA DEL APEGO Y CLÍNICA DE ADULTOS: UNA TEMÁTICA EMERGENTE

ATTACHMENT IN PSYCHOTHERAPY

Autor: David Wallin

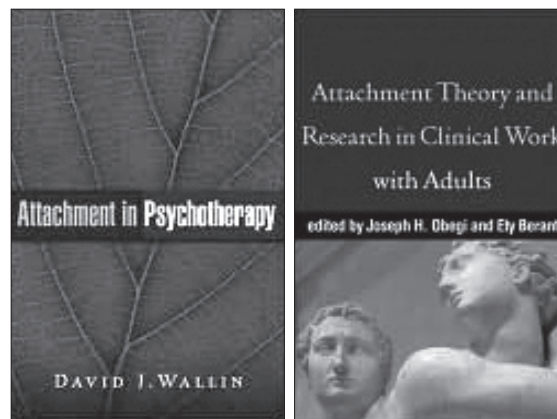
Guilford Press, New York, 2007

ATTACHMENT THEORY AND RESEARCH IN CLINICAL WORK WITH ADULTS

Editores: Joseph Obegi y Ety Berant

Guilford Press, New York, 2009

(Rev GPU 2009; 5; 3: 301-302)



André Sassenfeld¹

Desde su primera formulación por parte de John Bowlby, la teoría e investigación del apego se dedicó durante décadas de modo preferente a la investigación del apego de los infantes con sus figuras de apego tempranas. Al mismo tiempo, la teoría del apego se convirtió en un campo que contribuyó significativamente al surgimiento del movimiento relacional contemporáneo en el mundo de la psicoterapia de adultos. Sin embargo, Bowlby no desarrolló de forma sistemática una “psicoterapia del apego” sino que parece haberse limitado a incorporar sus conceptos en un marco psicoanalítico más tradicional al trabajar con pacientes adultos. La lectura de su libro *Una base segura* deja esa impresión.

Hace ya algunos años, diversos investigadores y psicoterapeutas comenzaron a explorar en sus trabajos el apego adulto y también sus vinculaciones con el apego infantil. Existe, en efecto, una creciente literatura empírica sobre el funcionamiento de las relaciones de apego entre personas adultas y a la fecha se ha llevado a cabo un relevante número de investigaciones longi-

tudinales que pone de manifiesto cómo los patrones de apego se desarrollan a lo largo del tiempo. Por el lado de la práctica clínica, sin embargo, el uso de la teoría del apego hasta la fecha ha tendido a limitarse a una aplicación intuitiva de sus hallazgos o bien a la formulación de generalizaciones muy amplias, como por ejemplo la noción del espacio terapéutico o de la figura del terapeuta como “base segura”. En este sentido, contamos con algunas publicaciones que buscan indagar en las diferentes posibilidades de integrar la teoría del apego en el trabajo psicoterapéutico con pacientes adultos, aunque en su mayoría tales publicaciones se mantienen en un nivel muy general.

Los libros de Wallin y de Obegi y Berant han comenzado a llenar estos vacíos. Los tres son psicoterapeutas de adultos y pretenden en estas contribuciones explorar específicamente las aplicaciones de la teoría e investigación del apego a la clínica de adultos. El libro de Wallin empieza con una amplia y bien planteada reseña de los elementos centrales de la teoría del apego, incluyendo el trabajo de Bowlby, Ainsworth, Main y,

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

asimismo, reseña los aportes recientes de Peter Fonagy en torno a la mentalización y su relación con los vínculos de apego. Expone detalladamente de qué manera el apego se relaciona con el desarrollo del *self*. Ya después de estas primeras cien amenas páginas, Wallin se dedica a sistematizar sus ideas acerca del apego en psicoterapia de adultos.

Wallin plantea una integración que gira en torno a dos ejes fundamentales: la dimensión no-verbal como puerta de acceso a las experiencias tempranas de apego y la mentalización como habilidad psicológica crucial para la salud mental que emerge y se consolida a raíz de vínculos seguros de apego –potencialmente, también el vínculo psicoterapéutico. Wallin además lleva a cabo un desarrollo conceptual original al conectar los procesos de mentalización con el llamado *mindfulness*. Más allá, dedica un capítulo completo a la forma en la que cada uno de los estilos inseguros de apego se manifiesta y se puede abordar en psicoterapia de adultos: apego evitativo, apego ambivalente y apego no resuelto. Sus descripciones son detalladas y efectivamente posibilitan una comprensión de pacientes adultos con diferentes tipos de apego y sugieren estrategias concretas de abordaje clínico.

Respecto de la dimensión no-verbal, Wallin establece que las experiencias tempranas de apego –que agrupa en la idea de lo “sabido no pensado” (*the unthought known*, un concepto de Christopher Bollas) o conocimiento implícito inconsciente– pueden surgir en el espacio terapéutico de tres formas distintas: las puestas en escena (*enactment*), las evocaciones de lo sabido no pensado (identificaciones proyectivas) y las corporificaciones (*embodiments*) o experiencias propiamente corporales. Así, en total, un plano fundamental de manifestación de la historia de apego del paciente es la dimensión de la corporalidad, sea la del paciente mismo (corporificaciones), la del terapeuta (evocaciones) o la de ambos (puestas en escena). El otro plano fundamental es la dimensión del lenguaje y en especial de la coherencia narrativa. Gran parte de las herramientas de evaluación del apego adulto se basa en comprender la coherencia narrativa del paciente acerca de su propia historia relacional. Wallin propone formas de abordaje, ilustradas con numerosas viñetas clínicas, para ambos planos en una aproximación cuerpo-mente.

La recién publicada compilación editada por Obegi y Berant cuenta entre sus colaboradores a destacados estudiosos y clínicos del campo de la teoría del apego, incluyendo a Phillip Shaver y Mario Mikulincer, Elliot Jurist, Jude Cassidy, Morris Eagle y Jeremy Holmes. Una

gracia de este libro es que enfoca la temática ampliando el foco tradicional sobre las relaciones entre apego y psicoanálisis. En este sentido, incorpora capítulos sobre el enfoque interpersonal, el enfoque cognitivo-conductual y la terapia de parejas. El libro está dividido en cinco partes: fundamentos teóricos, evaluación clínica del apego, utilidad clínica, integración del apego con enfoques clínicos específicos, y direcciones futuras.

Capítulos interesantes que comprende el libro son, entre otros, la relación entre los estilos de apego, el test de Rorschach y el test de apercepción temática; procesos psicodinámicos defensivos relacionados con el apego; una perspectiva del apego sobre el llanto en psicoterapia; y un capítulo sobre investigación en psicoterapia y apego. Los editores escriben en la introducción que el proyecto pidió a los autores específicos no sólo abordar las implicancias de la teoría e investigación del apego para la psicoterapia de adultos sino también explorar las aplicaciones específicas que pueden desprenderse. Puede decirse que esta intención logró concretizarse. Muchos capítulos incluyen viñetas clínicas y van más allá de las generalizaciones amplias a las que hicimos referencia con anterioridad. Por otro lado, la bibliografía utilizada en los diferentes capítulos está completamente actualizada y, así, hace de este libro una publicación de vanguardia en el área. En este sentido, por supuesto aborda temáticas como mentalización y función reflexiva o modelos operativos internos y cambio.

Resulta interesante constatar que la teoría del apego ha logrado tocar la sensibilidad de investigadores y psicoterapeutas pertenecientes a tradiciones conceptuales muy divergentes. De allí la diversidad de planteamientos y áreas de exploración que pueden percibirse en el tomo editado por Obegi y Berant. El libro de Wallin, por su parte, aunque está de modo explícito centrado en el apego en psicoterapia de adultos, incorpora de todos modos otros acercamientos clínicos actuales. Wallin recurre al trabajo del Boston Change Process Study Group sobre el conocimiento relacional implícito y los procesos interactivos implícitos, a algunas ideas del psicoanálisis relacional e intersubjetivo (de hecho, explora en detalle la utilidad clínica de la auto-revelación) y también al emergente interés por integrar las prácticas de *mindfulness* a la práctica terapéutica. Con todo, ambos libros sin lugar a dudas resultarán ser lectura provechosa para cualquiera interesado en cómo la teoría del apego puede utilizarse en términos terapéuticos al trabajar con pacientes adultos en diferentes contextos.

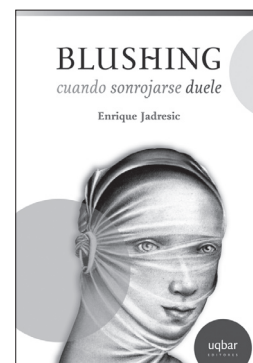
PREFACIO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL¹

BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE

Autor: Enrique Jadresic

Uqbar Editores, Santiago, 2009

(Rev GPU 2009; 5; 3: 303)



Raúl Zurita

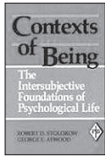
Esta obra trata sobre el rubor, es decir, sobre la más fina de las formas del padecer. Cuando éste se torna invalidante es inevitable quizás recordar una frase del poeta Arthur Rimbaud: *por delicadeza yo perdí mi vida*. Pocas veces uno tiene la posibilidad de enfrentarse a un libro que no sólo cumple con la premisa básica de cualquier exposición médica, como es la de ayudar a quien sufre una enfermedad, sino que constituye en sí un ejemplo de finura, de respeto y hondor. Partiendo de la propia experiencia Enrique Jadresic, médico psiquiatra, ha escrito un libro al cual ningún lector podría rehusarse porque éste finalmente es un retrato de la más entrañable de las manifestaciones humanas, como es precisamente el sonrojo, de la más emocionada y tumefacta, en cierto sentido también de la más expuesta y por lo mismo indefensa. El rubor es un signo y sólo en culturas devoradoras y competitivas como las

nuestras puede ser experimentado por quienes se ruborizan fácilmente como menoscabo y, por ende, como patología. Nuestras enfermedades son sobre todo culturales, formas como las distintas sociedades han históricamente leído el padecer, y por consiguiente el que muchos seres humanos se sientan atormentados por su incontrolable rubor habla mucho más del mundo, de su dureza y de su a veces inconsciente crueldad, que de la persona que se ruboriza. Quienes sufran por su rubor encontrarán aquí un camino, una puerta de salida que cumple con los más exigentes parámetros científicos y este libro les será de una ayuda invaluable. Para los otros también lo será: emergeremos de su lectura más amplios, más comprensivos y generosos, más conscientes. Enrique Jadresic ha escrito un libro que también es un poema: le ha vuelto a dar un significado a la palabra delicadeza.

¹ En el N° 1-2009 de GPU publicamos un comentario sobre el libro del Dr. Enrique Jadresic en su versión en inglés. La aparición del libro en castellano justifica esta nota (N. E.)

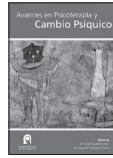
CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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.gacetadepsiquiatriainiversitaria.cl. Las compras por internet se realizan mediante tarjeta de crédito. En el caso de editoriales nacionales, la gestión también puede ser hecha llamando por teléfono.



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

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



AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



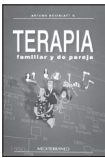
CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



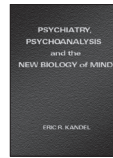
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



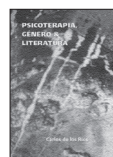
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



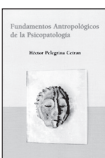
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



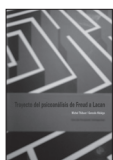
FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

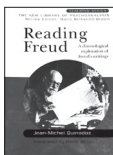


SCHIZOPHRENIC SPEECH

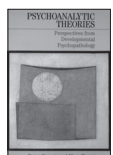
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh
Ed: Cambridge University Press, London, 2005
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232
Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



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



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



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



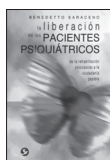
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



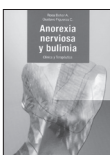
DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



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



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



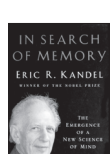
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



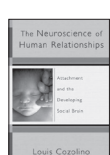
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



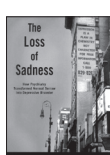
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



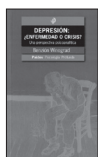
THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN
 Autor: Louis Cozolino
 W.W. Norton & Company, New York, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244
 Disponible en: www.amazon.com



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



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



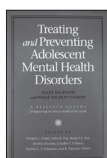
DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benzión Winograd
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254
 Compra: www.paidos.com



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



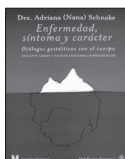
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



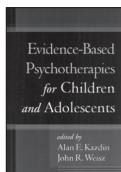
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



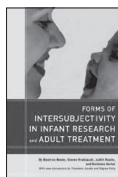
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



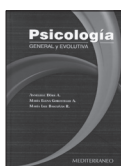
EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22
 Compra: www.amazon.com



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



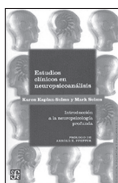
SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO
 Autor: Pedro Torres-Godoy
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34
 Compra: www.psicodrama.cl



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



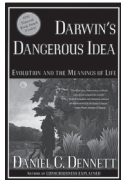
GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
 Editor: Dr. Hernán Silva
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile;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



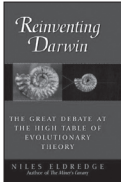
ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164
 Compra: www.libreriaselfondo.com



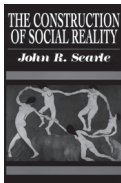
EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA
 Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad
 Autora: Emilce Dio Bleichmar
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166
 Compra: www.libreriangeles.com.mx



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



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



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



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



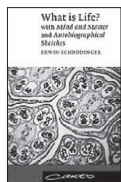
LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS
 Tome II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.
 ISBN : 2213605939
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



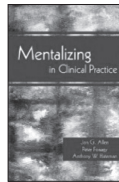
EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS
 Tomo II. Melanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.
 ISBN : 950-12-3809-1
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



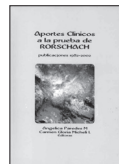
THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE
 Autor: Daniel Siegel
 Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391
 Compra: www.amazon.com



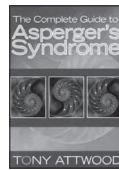
WHAT IS LIFE?
 Autor: Erwin Schrödinger
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396
 Compra: www.mediterraneo.cl



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



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.
 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: 20-23
 Compra: www.amazon.com



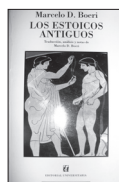
WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING
 Autor: Enrique Jadresic
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23
 Compra: www.amazon.com



HISTORIA DE CHILE EN LA VIDA DE UN MÉDICO
 Autor: Alfredo Jadresic
 Editorial: Catalonia, Santiago, 2007
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 24-28
 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



LA NATURALEZA DE LA CONCIENCIA. CEREBRO, MENTE Y LENGUAJE

Autores: Maxwell Bennett, Daniel Dennett, Peter Hacker y John Searle
Editorial: Paidós, 2008, 269 páginas.
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 164-166
Compra: www.tematika.com



EL TEMOR Y LA FELICIDAD

Autor: Sergio Peña y Lillo
Editorial Universitaria, 27ª Edición, Santiago, 2008, 166 páginas
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 295-297
Compra: librerías



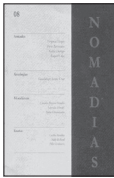
EL GOCE DE LA HISTÉRICA

Autor: Lucien Israël
Editorial Argonauta, Barcelona, 1979
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 167-172
Compra: agotada en Paidós



LOOK ME IN THE EYE

Autor: John Elder Robison.
Crown Publishers, New York, USA, 2007, 288 páginas
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 298-300
Compra: www.amazon.com



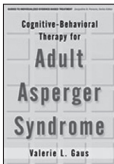
NOMADÍAS

Universidad de Chile
Facultad de Filosofía y Humanidades
Centro de Estudios de Género y Cultura en Latinoamérica.
Directora: Kemy Oyarzún.
Editorial: Cuarto Propio, Oct. 2008, Número 8, 172 páginas.
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 173-174
Compra: Librería Lila



ATTACHMENT IN PSYCHOTHERAPY

Autor: David Wallin
Guilford Press, New York, 2007
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 301-302
Compra: www.amazon.com



COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR ADULT ASPERGER SYNDROME

Autor: Valerie L. Gaus
Editorial: The Guilford Press, New York, 2007, 244 páginas.
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 175-176
Compra: www.amazon.com



ATTACHMENT THEORY AND RESEARCH IN CLINICAL WORK WITH ADULTS

Editores: Joseph Obegi y Ety Berant
Guilford Press, New York, 2009
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 301-302
Compra: www.amazon.com



ENCUENTRO CON LA PSICOTERAPIA. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA RELACIÓN Y EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PARADOJA DE LA VIDA

Autor: Jean-Marie Delacroix
Editorial: Cuatro Vientos
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 177-179
Compra: www.cuatrovientos.cl



BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE

Autor: Enrique Jedresic
Uqbar Editores, Santiago, 2009
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 303
Compra: librerías

GUILLERMO DE LA PARRA: COORDINADOR DEL COMITÉ DE PSICOTERAPIA DE SONEPSYN

(Rev GPU 2009; 5; 3: 309-312)



GUILLERMO DE LA PARRA

El Dr. Guillermo de la Parra es Psiquiatra, doctor en Medicina de la Universidad de Ulm (Alemania) y Psicoterapeuta y Psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Chilena y la Asociación Psicoanalítica Internacional. Actualmente es Profesor Asociado y Jefe Unidad de Psicoterapia de Adultos del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, miembro del Comité Directivo del Doctorado Internacional de Investigación en Psicoterapia desarrollado por la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad de Chile y la Universidad de Heidelberg. Fue presidente del Capítulo Latinoamericano de la *Society for Psychotherapy Research*, y autor y coautor de numerosos artículos y capítulos de libros referentes a la psicoterapia y a la investigación en psicoterapia.

GPU: *En estos momentos usted es el coordinador del Grupo de Trabajo en Psicoterapia (GTP) de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN). En la década de los años 1980 la psicoterapia no formaba parte de las preocupaciones esenciales de esa sociedad de especialistas médicos. La creación del grupo de trabajo señalado no fue una tarea fácil, pues requirió de casi dos años de reuniones periódicas antes del alcanzar la masa crítica como para constituirse como tal. Sin embargo, desde entonces, el Grupo ha crecido y es uno de los más activos en SONEPSYN, realizando un encuentro anual con gran asistencia de psicoterapeutas psicólogos y psiquiatras y, recientemente, el 40° Congreso Mundial de Investigación en Psicoterapia. ¿Podría usted contarnos algo de la historia de este grupo? ¿Qué factores piensa usted que han influido en el éxito alcanzado?*

Guillermo de la Parra (GP): Pienso que el GTP reúne una interesante fauna de nuestro medio profesional, que son los psiquiatras psicoterapeutas, que, con la integración de un grupo de psicólogos entusiastas, hemos logrado estructurar un grupo de trabajo muy afiado. Podríamos decir que la historia del desarrollo del grupo ha ido acompañando (guardando las proporciones y las temporalidades) el desarrollo de la disciplina en el mundo. Me refiero no sólo a la convivencia pacífica entre las diferentes orientaciones teóricas en psicoterapia, sino que a la tendencia a una creciente integración e influencia mutua entre ellas. Signo de los tiempos también ha sido la creciente integración de la información proveniente de la investigación empírica en psicoterapia. Tanto la integración entre las diferentes orientaciones como la influencia de la investigación se han reflejado en los exitosos encuentros anuales de Reñaca. Estos encuentros son una ocasión única donde los colegas pueden asistir a conferencias a cargo de renombrados teóricos, clínicos e investigadores en psicoterapia, a talleres experienciales, o a simposios científicos de investigación. Los asistentes a estos congresos han podido aprender y enriquecer su práctica escuchando a los exponentes más importantes del mundo en las respectivas disciplinas. El trabajo sistemático del GTP, a través de los años y en confluencia con la Society for Psychotherapy Research (SPR), a la cual pertenecemos la mayoría de los miembros, ha permitido acercar la clínica a la investigación. Esto permite entender la importante asistencia de delegados latinoamericanos y chilenos al 40° Congreso Mundial de Investigación en Psicoterapia: de los 400 inscritos internacionales, 30% eran latinoamericanos, en su mayoría chilenos con una importante representación de clínicos.

GPU: *A principios de la década de los años 1990 SONEPSYN realizó un ciclo de reuniones con el Colegio de Psicólogos de Chile, a fin de analizar la formación psicoterapéutica de los psiquiatras. Allí se concluyó que los tres años de la formación de los psiquiatras no permitían integrar la psicoterapia de una manera razonable, debido a que los otros temas que competen a la especialidad y que para los colegas son ineludibles, ocupan casi todo el tiempo de los médicos en formación. Por lo tanto, se firmó un documento de acuerdo en el que se sostenía que los psiquiatras que decidieran ejercer la psicoterapia debían tener una formación suplementaria, posterior a su acreditación como especialistas. Ese documento no ha sido encontrado en los archivos de la Sociedad. Sin embargo, el tema sigue igualmente vigente. ¿Qué opina usted y el GTP de este planteamiento?*

GP: Estoy de acuerdo con que para ejercer la psicoterapia se necesita una formación específica. Yo creo que lo primero que tienen que saber los psiquiatras no entrenados es que no saben psicoterapia, y por lo tanto conocer sus limitaciones. Lo que sí, pienso que deben aprender durante la formación, bases sólidas para realizar una adecuada indicación y derivación (no cuando los medicamentos no surten efecto y no saben qué hacer con el paciente). Deben conocer además las bases científicas de la disciplina, ya que existen aún prejuicios sobre ésta. Por último, la mirada psicológica debe ser un complemento necesario para que la relación médico paciente facilite la adherencia de estos últimos a los tratamientos.

GPU: *Complementando la pregunta anterior: ¿es la psicoterapia consustancial a la psiquiatría o es un agregado prescindible? ¿Pueden por lo mismo, existir psiquiatras que no sean psicoterapeutas? Usted comprende que no es una pregunta acerca de hechos, pues de facto existen muchos psiquiatras que no tienen formación en psicoterapia, sino una pregunta sobre cómo cree usted que las cosas debieran ser.*

GP: La respondí en parte en la pregunta anterior, pueden haber perfectamente psiquiatras no terapeutas, pero tienen que saber indicar y derivar para que el paciente reciba un tratamiento adecuado.

GPU: *De acuerdo a los resultados de la psiquiatría basada en la evidencia¹, la mayor parte de los cuadros psiquiátricos tienen como indicación una mezcla de terapéutica farmacológica y psicoterapia. Estos resultados son el*

¹ BMJ Publishing Group: *Clinical Evidence: Mental Health*. Second Edition, London, 2003.

producto de investigaciones que han seguido el camino y los métodos de validación empírica de la medicina. Con esto queremos decir que no son un injerto teórico de los psicoterapeutas en el trabajo psiquiátrico. Si los psiquiatras no tienen formación suficiente en psicoterapia es posible imaginar tres caminos para enfrentar este problema: hacer tratamientos insuficientes, hacer tratamientos para los que no tienen preparación o hacer intervenir a un psicoterapeuta adicional en lo que se suele llamar co-terapia, a la que nos referiremos en la pregunta siguiente. ¿Qué opina de estas alternativas?

GP: Creo que todavía hay colegas instalados en una ideología biologista que ven con desconfianza a la psicoterapia, donde su eficacia es cuestionada. Creo que esto los puede llevar, muchas veces a realizar tratamientos insuficientes, considerando, como decía, la alternativa de psicoterapia sólo cuando con el tratamiento farmacológico no obtienen los resultados esperados. En la medida que se vayan exponiendo progresivamente al tipo de evidencia científica que menciona más arriba, así como al cuerpo de conocimiento generado por la propia investigación empírica en psicoterapia, van a tener que abrirse al trabajo en equipo con la activa participación de psicoterapeutas, o a utilizar su propio entrenamiento en psicoterapia para tratamientos integrados. Pensamos que la divulgación de la psicoterapia como ciencia entre los colegas psiquiatras y la comunidad es parte de la misión del GTP.

GPU: La Co-terapia, es decir, el trabajo con un mismo paciente de un "farmacoterapeuta" y un "psicoterapeuta", es un tema complejo y que suscita un sinnúmero de preguntas. De hecho, hay un grupo de psiquiatras y psicólogos en Santiago que se han abocado al estudio de este tipo de trabajo terapéutico conjunto². ¿No le parece que en la co-terapia se podría producir lo que podríamos llamar una "disociación epistemológica"? Nos estamos refiriendo a lo siguiente: usar psicofármacos implica la convicción de una disfunción biológica; practicar la psicoterapia, en cambio, implica una convicción acerca de una adaptación significativa e interaccional. Pero además, la administración de psicofármacos debiera ser hecha en una atmósfera psicoterapéutica y no desde una posición externa que explica los trastornos clínicos de una manera meramente médica.

GP: Quiero responder primero en términos de la complementariedad, colaboración e integración epistemológica. Quiero dar como ejemplo cómo la investigación

en psicoterapia puede comenzar con una pregunta relevante, como por ejemplo qué es lo que cambia en la psicoterapia. La primera aproximación a una pregunta como ésta puede ser desde una base epistemológica cualitativa, tipo grounded theory, donde se da gran importancia al observador participante y se valida la subjetividad y consenso de los diferentes observadores. Sin embargo, paralelamente, puede haber un seguimiento cuantitativo del proceso de terapia, por ejemplo mediante un instrumento de autorreporte, estadísticamente validado, que entrega un puntaje que da cuenta si, según el instrumento, el paciente está o no mejorando significativamente ($p < .05$). Si, según el instrumento, muestra que "está mejorando", las categorías derivadas desde la grounded theory que describen el proceso adquirirán mayor validez (v.g., "a la vez que el paciente va mejorando en sus síntomas, van cambiando las narrativas internas..."). Si esto ocurre en el terreno de la investigación, por qué no pensar que los modelos médicos y psicológicos/interaccionales pueden coexistir colaborativamente: ¿la psicoterapia actúa sobre la mente y no el cerebro? ¿los psicofármacos actúan sobre el cerebro y no la mente?; obviamente hoy en día ésta es una disyuntiva falsa. Por esto, me atrevería a hablar de una asociación y no disociación epistemológica, sin detenernos en las nuevas epistemologías integradoras, como serían por ejemplo las neurociencias cognitivas.

GPU: Desde los trabajos de Bowlby³, Eric Kandel⁴, Daniel Siegel⁵, Louis Cozolino⁶, Allan Shore⁷, la creación hace algunos años de la revista *Neuropsychoanalysis* y, recientemente, el trabajo de Bonnie Badenoch, *Being a Brain-Wise Therapist*⁸, por mencionar sólo a algunos, la "nueva neurobiología de la mente", el psicoanálisis y la psicoterapia, han desarrollado una "nueva alianza". Esto ha dejado perpleja a la psiquiatría biológica. Pensamos que jamás habrían imaginado que la biología establecería un puente con la psicoterapia y no con la psiquiatría

² Tuane L. *Una aproximación a la co-terapia desde el psicoanálisis*. Rev GPU 2009;5;1:126-132.

³ Bowlby J. *Attachment*. Basic Books, New York, 1969.

⁴ Kandel E. *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, 2005.

⁵ Siegel D. *The Developing Mind*. The Guildford Press, London, 1999.

⁶ Cozolino L. *The Neuroscience of Psychotherapy*. W.W. Norton & Company, New York, 2002.

⁷ Shore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. W.W. Norton & Company, New York, 2003.

⁸ Badenoch B. *Being a Brain-Wise Therapist*. W.W. Norton & Company, New York, 2008.

“médico-farmacológica”, en su sentido tradicional. ¿Ha interesado esta nueva alianza en el Grupo de trabajo de psicoterapia que usted coordina?

GP: Si bien el tema no ha sido motivo de una preocupación específica del GTP, al ser un grupo permeable a los avances científicos varios de sus miembros han estudiado el tema individualmente y lo han incorporado a sus escritos y presentaciones en Reñaca, así como varios de los invitados extranjeros lo han hecho.

GPU: *Continuando con el tema, la dimensión “Evo-Devo”, es decir, la unificación de las teorías evolutivas con las del desarrollo cerebral individual han tenido un rol relevante en la nueva neurobiología de la mente y han surgido estrechamente ligadas a la psiquiatría infantil. ¿Tiene el GTP alguna vinculación con la Psiquiatría Infanto-Juvenil?*

GP: Si bien los psiquiatras infantiles se han sentido convocados a nuestros encuentros y asisten en una cantidad no despreciable, participando también con algunas ponencias, queda un camino por recorrer en cuanto a una incorporación más formal de ellos.

GPU: *Hay una propuesta clara de investigación en psicoterapia en el programa de entrenamiento OPD que han desarrollado en conjunto las universidades de Chile, Católica de Chile y de Heidelberg. Algo similar ocurre con la entrevista de “apego” en el trabajo con adultos⁹. ¿Podría contarnos en qué consisten y qué beneficios a su juicio traen estos modos operativos de entrevista al trabajo clínico, teniendo en consideración que las entrevistas iniciales son esenciales para la creación del vínculo terapéutico, y que estos procedimientos operacionalizados pueden “mecanizarla”?*

GP: Toda primera entrevista para indicar psicoterapia debe cumplir con dos objetivos complementarios y contradictorios a la vez. El primer objetivo es justamente establecer una relación de empatía, de ayuda, con el paciente; es decir, establecer las bases mínimas para que, a partir de éstas, pueda cumplirse el segundo objetivo: obtener información relevante para llegar a una indicación, decidir estrategias y consensuar metas. El sistema “Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD)” ordena y sistematiza el proceso reflexivo del te-

rapeuta para cumplir con el segundo objetivo arriba expuesto. El sistema, como se sabe, llega a un diagnóstico psicodinámico a través de cinco ejes: 1) eje I, Prerrequisitos para el tratamiento (donde se juegan algunos de los aspectos principales respecto a la indicación o no de terapia; 2) eje II, Relación (donde se diagnostican los patrones relacionales repetitivos maladaptativos) 3) eje III, Conflicto 4) eje IV, Estructura, y, finalmente, 5) eje V, diagnóstico descriptivo (DSM o CIE). El diagnóstico OPD se logra si, y sólo si, se establece una relación con el paciente, no sólo para que se den las condiciones para que el paciente se pueda comunicar abiertamente, sino que a través del registro emocional por parte del terapeuta de la transferencia y contratransferencia se podrá llegar a un diagnóstico de los ejes II, III y IV.

Lo interesante del OPD es que tiene la capacidad de hacer el camino de ida y vuelta, es decir, desde la apreciación clínica a la operacionalización y de vuelta a un diagnóstico y focalización clínica y terapéuticamente relevante tanto para el psicoterapeuta como para el paciente.

GPU: *Finalmente deseamos agradecerle el haber respondido nuestras preguntas para los lectores de GPU. Sin embargo, nos complacería que usted agregara a esta entrevista lo que desee y que, además, nos cuente su evaluación del Congreso Mundial de Investigación en Psicoterapia que se acaba de desarrollar en Santiago.*

GP: Estamos muy contentos con el resultado de este congreso, el que fue organizado por la SPR Internacional, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Católica, el GTP de la Sonepsyn y el comité Chileno de la SPR. A pesar de la crisis económica y la influencia humana tuvimos una asistencia de 400 delegados de todas partes del mundo, constituyéndose en un evento realmente de carácter internacional. Se cumplieron con creces nuestros objetivos locales, es decir, que los asistentes chilenos y latinoamericanos, incluyendo clínicos, tuvieran contacto con la vanguardia en la investigación en psicoterapia y que delegados de todo el mundo conocieran el desarrollo de la disciplina en nuestro continente. Desarrollo que ha dado un salto significativo en los últimos años.

⁹ Steele H (Editor), Steele M (Editor). *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview*. The Guilford Press, New York, 2008.

EL CONCEPTO DE PARANOIA EN EMIL KRAEPELIN

(Rev GPU 2009; 5; 3: 313-320)

César Ojeda



EMIL KRAEPELIN (1856-1926)

Kraepelin nació el 15 de febrero de 1856 en Neustrelitz (Mecklemburgo) y falleció el 7 de octubre de 1926 en Munich siendo la figura más destacada de la psiquiatría mundial del siglo XIX. En 1883 publica su *Tratado de Psiquiatría* y, a lo largo de las nueve ediciones de su obra, construyó un sistema de clasificación de las enfermedades mentales integrando el enfoque descriptivo y longitudinal de Kahlbaum, con el sistema conceptual de enfermedad somática de Griesenger. Además de su conceptualización acerca de la Demencia precoz se abocó al estudio de las parafrenias y las paranoias. Se atiene a la semiología médica y a la palabra del paciente. Para aislar cada enfermedad estima necesario basarse en el estudio de su evolución: a cada evolución idéntica corresponderá, entonces, una causa idéntica.

Es conocido que Emil Kraepelin establece tres cuadros clínicos principales en los que se hace presente el fenómeno "paranoideo": la Paranoia, la Parafrenia y los subtipos paranoides de la Demencia Precoz. Si hubiésemos de establecer el elemento común que cruza estas denominaciones y que justifica su raíz compartida, diríamos sin vacilación que éste es el delirio, haciendo desde ya expreso que "paranoideo" y "persecutorio" no son sinónimos, siendo lo último tan sólo un "tipo" de lo primero, habiendo otros. El que todos los delirios sean "autorreferentes" no significa que todos sean "persecutorios", como es el caso de la erotomanía en gran parte de su extensión o de los delirios expansivos de grandeza.

Paranoideo es una palabra derivada del griego, que significa "al lado" (*para*) de la "mente, razón o inteligencia" (*nous*). Lo paranoideo, en tanto delirio, es lo que transita por la Paranoia, la Parafrenia, y las formas paranoides de la Demencia Precoz. En la Paranoia prácticamente constituye toda la enfermedad, para convivir en la Parafrenia y en la Demencia Precoz con una multiplicidad de otros fenómenos psicopatológicos, como alucinaciones, vivencias corporales de influencia, desestructuración de la voluntad, el impulso y la afectividad. Se forma así una gradiente que va desde el delirio puro hasta el compromiso cada vez más devastador de la totalidad de la vida psíquica. Esto explica el esfuerzo de Kraepelin por distinguir en este continuo formas predominantes que, de acuerdo a su criterio general, presentan una evolución y un pronóstico diferentes.

CONCEPTOS GENERALES

El lector contemporáneo puede hacer una primera aproximación a los conceptos de Kraepelin sobre la Paranoia que aquí discutiremos, pensando que estamos hablando de algo semejante a lo que hoy se conoce como "trastorno delirante", pero en sus formas más severas.

La palabra Paranoia, usada por Khalbaum, Krafft-Ebing y Mendel en la segunda mitad del siglo 19, tomó el lugar de la antigua *Verrücktheit* (descentrado, fuera de juicio), nombre dado a una forma de perturbación psíquica que afectaba esencialmente a la actividad intelectual, referida a una perturbación primaria del "intelecto" que contrasta con estados clínicos como la Melancolía y la Manía, prototipos de desórdenes de la vida afectiva o emocional. Las reacciones emocionales que ocasionalmente se observan en Paranoia se suponía que tenían un carácter secundario, del mismo modo que las alteraciones "intelectuales", como el delirio, esporádicamente aparecen en las alteraciones afectivas. Partiendo de la base de que cada paranoico presenta

un "sistema delirante" mentalmente "trabajado", Kraepelin objeta con severidad el concepto de "Paranoia Aguda" de Westphal, y el de "Paranoia Periódica", pues en ellas se incluyen no sólo la alteración "intelectual" sino, además otros fenómenos como las alucinaciones, que permiten que una serie de cuadros distintos se mezclen en ellas, como la *amentia* (o enfermedad deliriosa-confusional), el alcoholismo y otros, que él considera como parte de la Demencia Precoz. Lo claro es que estados que por regla general se acompañan de un delirio a-sistemático, incoherente, cambiante, magro y contradictorio, en su mayoría pertenecen a las formas paranoides de la Demencia Precoz y algunos quizás a las psicosis seniles, epilépticas o sifilíticas.

Debido a que en tiempos de Kraepelin se había intentado clasificar a las Paranoias en diversos grupos (como la Paranoia alucinatoria y la Paranoia simple), Kraepelin establece un concepto restringido o estricto del trastorno, reservando para las formas delirantes restantes el término de "enfermedad paranoide", grupo heterogéneo, que —como hemos señalado— incluye al tipo paranoide de la Demencia Precoz. No obstante, de este último grupo Kraepelin ha separado un cuadro cuyo estado terminal es diferente y que denomina Parafrenia.

Kraepelin estaba especialmente consciente del hecho de que el conocimiento de las condiciones de emergencia de una perturbación psíquica era escaso y provisorio. Si aun así se usara un criterio genético como fundamento de una clasificación, encontraríamos que cierto número de casos, tanto de enfermedad "paranoide" como "paranoica", presentan evidencias de "causas externas", como alcoholismo y sífilis, pero también, y especialmente, de factores desencadenantes psíquicos. Es por ello que Kraepelin recomienda separar esos casos desde el principio en grupos especiales, y reservar el término "verdadera" Paranoia sólo para aquellos pacientes en los cuales la enfermedad se desarrolla por causas "puramente internas".¹

Pero esta recomendación presenta algunos problemas, especialmente en el caso de los delirios querulantes que durante mucho tiempo han sido considerados como la forma más característica de Paranoia por la sistematización del delirio, su uniformidad y estabilidad, la limitación del proceso mórbido a un círculo específico de ideas, la preservación de la personalidad y la ausencia de los fenómenos de la Demencia.

¹ El lector debe recordar cuadros como el Delirio Sensitivo de autorreferencia descrito por Kretschmer o la Paranoia abortiva de Gaupp, desencadenados por estímulos psicológicos ambientales "claves".

Siendo claro que el delirio querulante es en los aspectos mencionados similar a otras formas de Paranoia, difiere en que el delirio está conectado a una situación externa definida: un supuesto o real error legal de gran repercusión emocional para el paciente. En este sentido el delirio querulante se asemeja a otras enfermedades psicogénicas, especialmente a las psicosis carcelarias y las neurosis traumáticas. La pregunta es entonces si el delirio querulante se acerca más a dichas psicosis que a las Paranoias. Kraepelin responde afirmativamente, y de hecho coloca a los delirios querulantes, antes mirados como sub-formas de la Paranoia, en el grupo de las psicosis psicogénicas. Pero esta ubicación es realizada con gran reserva y debe ser tomada como de significado comparativamente subordinado. Kraepelin admite que en “cierto sentido” un modo de desarrollo psicogénico puede ser adscrito a la Paranoia: en ella, experiencias definidas pueden adquirir una influencia decisiva en la formación del sistema delirante. La diferencia en estos casos radica en que la real fuerza e impulso para el trabajo mórbido de esos eventos proviene solamente del paciente, mientras que en las formas de querulancia la situación externa es el factor decisivo para el inicio de la enfermedad.

Kraepelin se da cuenta que este argumento es débil, pues afirma que ciertamente se puede sostener que también en estos últimos casos se requiere de una especial predisposición que obre como fundamento del desarrollo de los fenómenos querulantes, puesto que ante similares condiciones externas sólo una fracción reducida de personas toma el camino mórbido. Las diferencias en el origen de ambos cuadros se refieren únicamente a cierto desplazamiento de las relaciones entre influencias psicogénicas (externas) y causas mórbidas internas.

Insatisfecho, y a nuestro juicio con razón, de esta incursión en la génesis, Kraepelin, algo terco, agrega un argumento secundario y blando para diferenciar los delirios querulantes de las verdaderas paranoias: el querulante dirige su acción a la autoridad legal, producida con ocasión de una situación externa y diverge en “muchos sentidos” de la conducta del verdadero paranoico.

En definitiva, es después de esta argumentación cuando Kraepelin subraya la definición ampliamente conocida y que se repite desde entonces en todos los manuales de Psiquiatría: entiende por Paranoia el “desarrollo insidioso de un sistema delirante permanente e inmovible (*Unshakable*) resultante de causas internas, el que es acompañado de una perfecta conservación de la claridad y orden del pensamiento, la voluntad y la conducta”.

CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico comparado con la Demencia Precoz y la enfermedad Maníaco-Depresiva es relativamente pobre, debido a que el trastorno se limita a algunos aspectos de la vida psíquica, dejando los otros prácticamente intactos.

El fenómeno central es la formación delirante sistemática y autorreferente en torno a la cual se producen alteraciones que Kraepelin agrupa bajo términos como “Visiones”, “Memoria y Retención”, “Humor” y otros. En la descripción de la formación delirante el lector interesado podrá descubrir muchos conceptos que luego han sido denominados de diversas maneras, como es el caso de la “percepción delirante”. Aunque Kraepelin no lo dice, parece evidente que él no concibe que dicho fenómeno esté relacionado propiamente con la percepción sino que, al igual que otras “funciones psíquicas”, la percepción parece ponerse al servicio del delirio sin estar primariamente perturbada.

Bajo el epígrafe “Visiones”, Kraepelin se está refiriendo a que con cierta frecuencia los pacientes relatan “experiencias visionarias”, de preferencia nocturnas aunque a veces también durante el día. Ellos “ven” estrellas, figuras brillantes, apariciones divinas. En otros casos, fenómenos naturales son mal interpretados: en la luna llena Dios Padre se hace visible; una nube toma la forma de un animal apocalíptico. A veces los fenómenos están referidos al pasado (probablemente relacionados con pseudo-recuerdos), como el haber visto a los 4 años de edad el cielo (*haeven*) abierto. En este tipo de ocasiones los pacientes reciben instrucciones de parte de Dios. La bendición de Esaú le era dada a un paciente en su hombro izquierdo y la de Jacob en el derecho. Otros están atemorizados por el Demonio, etcétera. Estas experiencias son *siempre* miradas por los pacientes como *eventos supranaturales* y por lo tanto no pertenecientes a la experiencia ordinaria. Kraepelin considera que estos estados corresponden a éxtasis oniroides (*dreamy ecstasy*) y no a reales alucinaciones².

Un segundo fenómeno de importancia es lo que Kraepelin denomina Pseudo-recuerdos³, los que considera extremadamente frecuentes y estrechamente relacionados con el círculo de ideas mórbidas. A veces

² A esto se refiere el término “vivencia oniroides” que A. Roa propuso entre nosotros.

³ Es notable que Kraepelin no se define aquí respecto a estos fenómenos corresponden a ilusiones o alucinaciones de recuerdo sino simplemente las considera como experiencias falsamente dadas como un recuerdo.

es una evaluación errada o una transformación de experiencias recién ocurridas, pero otras es la emergencia de una situación escenográfica completamente inventada. El paciente reporta comunicaciones que le han sido transmitidas de misteriosa forma, reuniones con gente importante, extraños ataques a los que ha sido expuesto. El hombre celoso vio y escuchó a su mujer “chancearse” del modo más vergonzoso con su rival; un disparo perforó el sombrero del paciente y lo obligó a encogerse sobre el suelo. A este fenómeno corresponden las afirmaciones de aquellos pacientes que están esperando un trono que les pertenece de acuerdo a la información que les fue entregada en la infancia acerca de su nacimiento. Para Kraepelin los pseudo-recuerdos han sido subestimados en la Paranoia.

Frecuentemente se encuentra que el delirio del paciente se extiende hasta la infancia (lo que ha sido considerado como signo de una disposición mórbida), pero eso sólo parece ser expresión de los pseudo-recuerdos y no de la ocurrencia real de vivencias delirantes a esas edades tempranas.

Sin embargo, el eje central del cuadro lo constituye el delirio de referencia. Numerosas impresiones y ocurrencias dejan de ser miradas en su carácter ordinario y pasan a tener importancia respecto del destino afortunado o desgraciado del paciente. Las miradas de los transeúntes, el movimiento de una mano, el encogerse de hombros, etcétera, tienen un misterioso significado para él, a veces atormentante y otras estimulante y benéfico⁴. La gente desea de esa manera insultarlo, maldecirlo, humillarlo, culparlo, pero también animarlo, darle coraje y entregarle importante información. Una frase captada casualmente encierra una alusión, es parte de un lenguaje especial que ellos creen que el paciente no entiende. Efectivamente, el paciente sabe que *hay algo* allí, lo que no sabe es *qué es eso que hay*.

Ciertas canciones son silbadas de “cierta” manera con la finalidad de traer a colación situaciones triviales del pasado del paciente y darle así claves para su trabajo. En obras de teatro, novelas y periódicos hacen referencia a él: por ejemplo, el clérigo en el púlpito lo alude. De pronto, el paciente se da cuenta que continuamente se encuentra con “cierta” gente, quienes al parecer lo vigilan y siguen disimuladamente: se detienen ante él, carraspean, tosen, escupen o lo evitan. En restaurantes la gente lo esquiva o se pone de pie en el momento en que él llega, o lo observa de reojo y lo critican. Donde

quiera que esté, la atención se dirige hacia él. Sus ropas, a pesar de su rareza, son copiadas por mucha gente desconocida. Frases aisladas que él ha dejado caer inmediatamente son del dominio público. Uno de los pacientes de Kraepelin había llamado “amarillo” al color del intelecto: pues bien, al día siguiente todo el mundo llevaba rosas amarillas, pues la rosa es el símbolo del silencio, con lo que se le indicaba que él era inteligente y que debería guardar silencio.

Todas estas experiencias son en sí mismas de un contenido completamente indiferente. Para el paciente ellas aparecen “de lo más natural para cualquiera que no esté iniciado”, como cosas casuales, pero él sabe que se trata de algo muy diferente, que todo está cuidadosamente arreglado, que se trata de la producción artificial de casualidades detrás de las cuales se oculta una conspiración o un importante asunto de estado. Naturalmente, todo el juego está manejado con extrema inteligencia para tranquilizarlo a él o con la finalidad de no estropear prematuramente grandes planes futuros.

En cuanto el paciente le pide a alguien una explicación franca, dándole a entender que él se ha dado cuenta de todo, la persona asume un aire inocente e inventa todo tipo de subterfugios. Las personas no van derecho al grano sino que dan rodeos, mientras que los verdaderos propósitos son eludidos a través de indicaciones veladas. La gente se acerca al paciente de manera amistosa con el propósito de “bajarle la guardia”, envolviéndole en peculiares conversaciones, ocultándole los hechos, aunque el verdadero significado de esto él ya lo conoce.

El paciente frecuentemente asume conexiones internas entre dos eventos consecutivos. Vio un mapa en el cual las regiones del mundo aún no ocupadas estaban marcadas: inmediatamente después se inauguró la Policía Colonial Alemana.

El peculiar titilar de las estrellas, los cambios del tiempo, el vuelo de los pájaros, el sonido de las campanas, simbolizan de una u otra manera eventos en la vida del paciente o tienen que ver con su futuro. Estos hechos lo atemorizan o lo envalentonan, pues contienen amenazas o promesas.

Las interpretaciones delirantes incluyen ocasionalmente curiosos errores acerca de personas en las que la apariencia externa no parece tener ningún rol. Una dama en un carruaje es la princesa que intenta establecer relaciones con él. Sus perseguidores, que emergen por doquier, son reconocidos de nuevo por el paciente a pesar de sus cambios externos: incluso el misterioso amado puede asumir las más variadas formas.

Kraepelin plantea que a partir de la fuente común de pseudo-recuerdos e interpretaciones delirantes puede

⁴ Esta polaridad entre lo degradante y lo enaltecido parece tener una gran importancia para la comprensión teórica del delirio.

entenderse la tendencia de estos pacientes a presentar "imaginaciones mórbidas" ("délire d'imagination" de Dupré y Logre). Una red de secretas maquinaciones aparece frente a la "Visión mental" del paciente: a veces ellos están desesperadamente atrapados en ella y otras, deliciosamente esperanzados respecto al futuro, cuyo cumplimiento esperan con confianza. A diferencia de las imaginaciones normales en las que siempre se tiene conciencia de su irrealdad, en el paciente éstas son la expresión más verdadera y confiable de la realidad, por lo que adquieren una influencia notable en la totalidad de sus pensamientos y actividad, y en vez de ser desechadas por la reflexión o la experiencia, ellas transforman los registros de la memoria, la evaluación mental de los eventos de la vida y la concepción del universo.

El paciente tiene aquí una fuente de inmediata certeza que no deja espacio para la duda. El paciente está en el centro de un área que se ocupa fundamentalmente de él y su destino. Nada de lo que ocurre en su vecindario es indiferente o casual, sino que posee una profunda relación con él.

De un modo general, puede decirse que Kraepelin concibe el delirio de los paranoicos como invariablemente sistematizado, mentalmente trabajado y uniformemente conectado, sin contradicciones internas gruesas. La formación delirante se desenvuelve en dos direcciones fundamentales: como ideas de perjuicio y como ideas de exaltación, las que llegan a ser parte de la personalidad del paciente. Pero además, estas ideas son irrefutables y todo intento por convencerlos del carácter delirante de ellas rebota como contra una pared. Un paciente de Kraepelin, ante el intento de convencerlo de lo imaginario de sus ideas, decía: "Yo vivo en la imaginación de que no es imaginación".

El carácter inmodificable de la formación delirante, a pesar de ser uno de sus aspectos centrales, admite para Kraepelin algunas dudas, refiriéndose a las descripciones hechas por Friedman y Gaupp de casos de Paranoia de menor gravedad o atenuadas. Sin embargo, no le parece claro que estos cuadros puedan sin más ser llamados Paranoia y, además, es necesario tener en cuenta que en los estados iniciales de la enfermedad difícilmente se encontrará la rigidez que la caracterizará más tarde. El delirio crece y se asienta en el curso de años, y al principio puede ser fluctuante. Es decir, entre líneas, Kraepelin piensa que la Paranoia abortiva de Gaupp o la Paranoia larvada de Friedman, o no son verdaderas Paranoias o están recién iniciando su desarrollo y más tarde lo serán con todas las características descritas.

Respecto del humor o estado de ánimo, éste corresponde en general a los contenidos del delirio. Muchos pacientes son tímidos, suspicaces e irritables y

otros orgullosos y confiados. Sin embargo, no existe un estado de ánimo particular reconocible fácilmente sino que estas características emergen cuando las ideas delirantes les son discutidas. Grandes fluctuaciones del equilibrio emocional no son características del cuadro clínico. Aunque Kraepelin acepta que en el origen del cuadro paranoico las tensiones emocionales juegan un papel importante y en eso concuerda con Bleuler y Specht, le parece que la tendencia del primero a considerar definidos "complejos cargados de efecto" como punto de partida de la formación delirante es ir demasiado lejos. Sin embargo, parece existir una estrecha relación entre el delirio y las emociones a las que Maiz había denominado "formación delirante katatímica". Se muestran aquí de un modo patológico los temores, deseos y esperanzas que también se dan en los hombres sanos, de modo que Kraepelin se siente inclinado a considerar el mismo basamento en este caso. Por un lado encontramos el miedo a ser humillado y amenazado por una persecución sistemática, y por otro lado la convicción de ser descendiente de aristócratas, el favorito de importantes personajes; el inventor y el benefactor del pueblo, y al final, el elegido de Dios.

La conducta de los pacientes no presenta una perturbación específica. Generalmente son capaces de ganarse la vida, aunque suelen ser irregulares y cambiar frecuentemente de actividad o empleo. Muchos pacientes se ocupan en escribir abultados libros o documentos, o de asuntos complicados que no entienden bien o para los que están insuficientemente preparados. Sin embargo, no es raro que puedan ejercer una importante influencia alrededor, consiguiendo respeto y convenciendo a otros de la veracidad de sus ideas delirantes e incluso consiguiendo entusiastas adherentes (*induced insanity*).

Consultan tarde y acuden irregularmente al médico. En general no son violentos y no van más lejos que abusos del lenguaje, amenazas, avisos en los periódicos, quejas a la policía, intentos de contactarse con personas importantes o prácticas religiosas poco comunes. Ocasionalmente se han descrito intentos de suicidio.

FORMAS CLÍNICAS

Como hemos mencionado, Kraepelin considera que la formación delirante de los Paranoicos sigue dos caminos antagónicos, pero que frecuentemente coexisten en el mismo paciente: Delirio de perjuicio o injuria y Delirio de grandeza o exaltación. Le parece entonces que dentro de la enorme cantidad específica de temas (hay tantas formas como pacientes, dice) esta polaridad y el predominio de un polo sobre el otro puede resultar útil

en el momento de intentar ordenar el material clínico en algunas formas predominantes.

Delirio de Perjuicio o injuria

- Delirio de Persecución
- Delirio de Celos

Delirio de Exaltación o Grandeza

- Delirio de Invención
- Delirio de Nobleza
- Delirio de Santidad y Profecía
- Delirio Erotomaniaco

Todas estas formas cumplen con la descripción general antes dicha, por lo que ahora sólo nos remitiremos a señalar el tema principal.

DELIRIO DE PERSECUCIÓN

Es el más frecuente y consiste en que el paciente se ha dado cuenta que es objeto de vigilancia, hipocresía e increíbles manejos por parte de una red de perseguidores cada vez más extensa. Todo el mundo conoce su vida privada y se entregan información unos a otros. “Ellos” disponen de enormes recursos, de infinidad de personas involucradas, entre las que se incluyen no sólo hombres corrientes sino también altos oficiales, jueces, policías, clérigos, médicos, periodistas, etcétera. El paciente no sabe con exactitud quiénes son o las razones precisas de esta persecución implacable, pero piensa que se trata de algún familiar ofendido, de los masones, los socialdemócratas o de alguna poderosa organización secreta. Frecuentemente el paciente presenta concomitantemente ideas de grandeza relacionadas con su gran capacidad intelectual, religiosidad o posibilidades futuras.

DELIRIO DE CELOS

Consiste en que el paciente se ha convencido de modo gradual que su cónyuge le es infiel y ahora se da cuenta de numerosos hechos que le confirman esa idea. Su esposa le parece más fría que antes, lo rechaza, está peleadora. Sale frecuentemente y en horas inusuales. Cuando regresa a casa parece turbada y da excusas evasivas. La gente hace alusiones sobre esto, hablan de un modo misterioso, etcétera. Frecuentemente la convicción crece a través de pseudo-recuerdos. Recuerda que toda clase de hombres sospechosos venían a la casa y bajo distintos pretextos preguntaban por su esposa y

que no tenían nada que decir cuando lo encontraban sólo a él. Se da cuenta que es la misma gente de la que sospecha ahora, y que obviamente hace ya tiempo que mantienen relaciones con su mujer.

Un paciente notó que en la noche le colocaban una manta sobre la cara y su esposa a su lado mantenía relaciones sexuales con su rival. Sintió cómo ambos susurraban y cómo el amante después abandonaba la casa.

En conexión con las experiencias delirantes los pacientes suelen hacer las más serias acusaciones a su pareja: ella mantiene un enorme grupo de amantes y tiene indistintamente relaciones sexuales con muchos hombres, tiene intimidación sexual con sus hijos. Él no es el padre de sus hijos, éstos no se parecen a él, y así en una cadena sin fin.

Frecuentemente estos pacientes maltratan a sus parejas a través de amenazas, golpes y todo tipo de insultos, y otros emprenden acciones en contra de los supuestos rivales. El resultado final, como es comprensible, suele ser el divorcio o al menos la separación, con lo que el paciente calma algo su delirio, pero sin rectificarlo.

DELIRIO DE INVENCION

Se trata en estos casos de personas que se ocupan de proyectos de “alto vuelo”, de gran alcance, que finalmente pasan a ser la substancia de sus vidas. Sus invenciones los harán mundialmente famosos y muy ricos. Sin conocimientos ni recursos adecuados se dedican a desarrollar los más descabellados proyectos, especialmente relacionados con el movimiento perpetuo o alguna máquina de bajo costo que no requiera consumo de energía, o con aeronáutica, artefactos eléctricos, etcétera. Sin tomar en consideración su ignorancia y a pesar de los intentos por disuadirlos, trabajan por años realizando cálculos, modelos y dibujos de artefactos imposibles de modo que los más notables monstruos de madera, alambre y plomo son construidos.

La peculiaridad común a todos estos inventores es la inmovible fe en su buena estrella, en la idea de poseer su don único que les asegurará un brillante porvenir. Ellos llegan a sus invenciones a través de un innato talento: “Del mismo modo en que no se puede cantar si no se posee voz, tampoco se puede inventar si no se está dotado para ello”.

Los repetidos fracasos en colocar sus invenciones son atribuidos a hostiles maquinaciones y robos que persiguen disfrutar de lo que a él hubiese correspondido.

En general estos pacientes llevan una existencia tranquila y deprimida, pero permanentemente iluminada por la esperanza del éxito final. La mayor parte de

ellos se gana la vida de alguna otra manera sin provocar dificultades, con excepción de ocasionales conductas inusuales en la lucha contra sus oponentes.

DELIRIO DE NOBLEZA O GENEALÓGICO

Consiste en que el paciente, después de años de torturar su cerebro, llega a la convicción de que él no es realmente hijo de sus padres sino de personas de mucho mayor rango.

Un acontecimiento cualquiera frecuentemente se transforma en la ocasión externa para el origen de esta idea delirante, la que naturalmente tiene para el paciente una certidumbre indudable. Por ejemplo, en una discusión su padre hizo uso de una expresión que él nunca habría utilizado con su propio hijo. El paciente nota que sus familiares susurran en la habitación vecina y palidecen cuando él entra: lo tratan con especial seriedad; en su presencia el nombre de alguien "altamente colocado" es mencionado de un modo significativo.

En la calle o en el teatro, una que otra dama aristocrática lo mira de una manera inusualmente amistosa. Mientras él contempla el retrato de un conde, de una princesa o el busto de Napoleón, descubre una sorprendente semejanza con él mismo.

Con peculiar satisfacción el paciente comprueba que también las personas cercanas, así como otras distantes, se dan cuenta de la superioridad de su persona y su posición es más o menos abiertamente reconocida.

Dondequiera que vaya es tratado con inconfundible respeto: extraños se quitan el sombrero ante él con profunda cortesía, la familia real desea contactarse con él lo antes posible, la orquesta en el teatro empieza a tocar en cuanto él llega, los transeúntes en la calle hacen gestos y dicen frases de aprobación llenas de significado.

Como en los otros tipos de Paranoia, el delirio está acompañado de pseudo-recuerdos, en especial referidos a la infancia: el paciente recuerda cómo fue sacado desde el hermoso castillo en que vivía cuando era un niño y finalmente entregado al hogar de sus "supuestos" padres. Aún más, él es capaz seguramente de describir los magníficos muebles y la decoración de las habitaciones y el hermoso parque en que él pasó su infancia. Muchas acciones y expresiones de sus padres adoptivos, el corte y el color de su vestuario, y el tratamiento que recibió en el colegio apuntan hacia el reconocimiento de su origen noble. Desde diversos sectores se le está comunicando su alto origen: agentes especiales fueron comisionados para ofrecerle altas sumas de dinero para llegar a un arreglo, pero él no aceptó...

En el curso posterior del cuadro, los pacientes frecuentemente confían su situación a amigos íntimos, se dirigen a la autoridad, escriben cartas a sus "padres verdaderos"; etcétera. Generalmente tienen el "sentimiento" de que difícilmente obtendrán un reconocimiento completo, de manera que dirigen sus esfuerzos para, por lo menos, obtener la mayor suma de dinero posible.

Como en otros casos, el fracaso en conseguir sus objetivos no está determinado por la irrealidad de sus ideas sino porque sus parientes aristócratas intentan, para su propio interés, evitar su reconocimiento: su vida está amenazada y la gente por doquier trata de cualquier manera de rendirlo. Incluso, la internación en un hospital para enfermos mentales es considerada un truco de sus oponentes. Pronto el paciente puede creer que su hospitalización es sólo un eslabón necesario en la cadena de pruebas que debe pasar para alcanzar sus altos propósitos. Sin embargo, una reflexión más cuidadosa lo hace comprender que ya en su vida pasada existían muchos indicios de este "purgatorio" en el hospital.

Aun en este medio el paciente empieza a reconocer pequeños signos que le confirman el alto nivel al que está destinado: es tratado con especial esmero, ramos de rosas son colocados en su bañera, es adulado a través de un lenguaje especial, diarios y revistas cuyos contenidos se refieren a él llegan a sus manos, entre sus compañeros pacientes él empieza a descubrir a importantes personajes que han sido enviados allí bajo nombres falsos.

En algunos casos los pacientes llevan a cabo una lucha prolongada por su reconocimiento y liberación; otros, en cambio, se resignan a su destino con dignidad en la expectativa de que algún día eso ocurrirá.

DELIRIO DE PROFETAS Y SANTOS

En estos casos se trata de relaciones con el mundo trascendental. Frecuentemente los pacientes se ocupan de sutiles especulaciones religiosas, teosóficas, espiritistas y otras semejantes. Las experiencias visionarias o extáticas (ver antes) adquieren especial importancia. Durante la noche el paciente escucha la voz de Dios y recibe órdenes de él, o ve al demonio. Cristo aparece y al mismo tiempo una voz exclama: "Alimenta mis ovejas". "Tú eres el único". Una paciente veía a Santa Magdalena que le anunciaba: "Tú no has nacido miserable, tú has sido elegida para algo mucho más alto". "Con este sueño –declaró la paciente– las experiencias espirituales empezaron". Un paciente sintió a Dios en el momento en que rezaba y decía "Líbranos del mal"... Pasó a través de él como un potente e invisible poder, como si el

aire fuera respirado dentro de él, como si pasara fuego a través de su carne y sus huesos, como si su alma hubiese dejado el cuerpo.

Otro, mientras el reloj daba las tres, sintió la Trinidad en su pecho, que le anunciaba: "Tú eres la sal de la tierra".

Estas experiencias son usualmente narradas de manera precisa, exacta, como ocurriendo en un día definido. Pueden así permanecer como fenómenos aislados, aunque ocasionalmente repetirse de la misma manera. Naturalmente, los pseudo-recuerdos pueden también estar presentes.

Generalmente estos pacientes desarrollan una extremada auto-confianza. Ellos ven siempre mejor la verdad y todas las conexiones entre los sucesos. No requieren leer los periódicos para saber qué está pasando en el mundo; reciben señales de que la gente está complacida con ellos y que frecuentemente usan sus puntos de vista y frases. Si ha dicho algo bello, un hombre con una hermosa corbata lila aparece. Descubren en hechos corrientes significaciones especiales: los perros negros con collar rojo significan "reaccionarios que se decoran a sí mismos con plumaje progresista"; uno blanco con collar rojo "afirmaciones radicales bajo una conducta enfermizamente blanda y dulce".

Finalmente, la convicción de ser el elegido de Dios se hace cada vez más persistente: el paciente siente que él es el profeta Elías redivivo, el Redentor. Pseudo-recuerdos confirman todo esto: cuando él nació todos quedaron atónitos ante su hermosura y un vecino exclamó ¡Pronto será el redentor! Y otro, "El Mesías debe venir". De acuerdo a esta condición muchos creen tener el don de la profecía y así predicen toda clase de cataclismos, guerras y catástrofes.

Algunos pacientes al parecer poseen el poder de ponerse voluntariamente en estado de éxtasis. Una mujer realiza viajes durante las noches que ella distingue perfectamente de los sueños. De acuerdo a su descripción ella está entonces en su cuerpo astral y es acompañada por un ángel y una santa. A su retorno su espíritu se escurrió dentro del cuerpo como aceite en papel secante.

Después de un largo periodo de preparación están listos para la supuesta misión. Entonces intentan recolectar adeptos a través de conferencias, sermones y cartas. Usualmente tienen éxito pues se muestran seguros, firmemente convencidos y conocedores de las sagradas escrituras. Además está el hecho, como los pacientes dicen, que "en materia de fe nadie puede refutar a nadie". Usualmente la conducta es ordenada aunque extravagante.

DELIRIO ERÓTICO

En estos casos el paciente percibe que una persona del otro sexo, generalmente distinguida y de alta posición, está amorosamente dispuesta hacia él. A veces lo captan en la mirada, en un paseo frente a la ventana o en un encuentro casual, que permite para el paciente darse cuenta de la realidad de este amor oculto. Una paciente comprobó que el soberano reinante se inclinó con especial respeto ante ella en el teatro. Otros reciben información acerca de este amor por avisos en los periódicos o por alusiones a su alrededor.

Muy pronto los signos de este entendimiento secreto crecen en número y cada hecho casual, vestimentas, encuentros, lecturas, y conversaciones tienen para el paciente relación con su aventura imaginada: su amor es un secreto "abierto" y objeto de un interés universal; se habla de él por doquier, naturalmente no de modo desembozado sino a través de sutiles indicaciones. Como en otros casos, pseudo-recuerdos se mezclan habitualmente. Este extraordinario amor debe mantenerse en secreto por lo que los pacientes reciben los mensajes de manera indirecta, a través de los otros, por los periódicos y en la forma de observaciones disimuladas. Del mismo modo, él puede ponerse en comunicación con el objeto de su amor por insinuaciones veladas: el vuelo de las palomas, las que simbólicamente representan su ser querido, le muestra que él ha sido entendido, que después de una larga lucha se alcanzará la meta. Cualquiera que entre en contacto con el paciente puede ser tomado por el ser amado, el que se ha disfrazado con el propósito de ocultar sus sentimientos frente al mundo; sin embargo, su secreta presencia le permite al paciente en el momento del reconocimiento ignorar las más burdas diferencias, incluso de sexo.

Esta peculiar forma de delirio puede ser durante largo tiempo elaborada de la manera descrita y nutrirse especialmente por medio de avisos "figurativos" de los periódicos, sin que nada extraño aparezca en el resto de la conducta del paciente, que hasta el momento trata de mantener su "affair" en secreto. En el curso posterior, experiencias oníricas no rara vez se asocian al delirio, como por ejemplo el sentimiento de haber recibido un beso mientras dormía y cosas similares. La tonalidad de este amor es al mismo tiempo visionaria y romántica, teniendo el componente propiamente sexual un escaso desarrollo.

Finalmente el paciente emprende algunas acciones, como pasearse frente al domicilio de su amada o enviar cartas con proposiciones matrimoniales. El rechazo que sigue a dichas conductas lo ofende profundamente al principio, pero luego le parece sólo como una manera de ponerlo a prueba.

ENSAYO

LA SUBLIMACIÓN EN LA POESÍA DE PABLO NERUDA

(Rev GPU 2009; 5; 3: 321-326)

Pablo Santander

Se analiza el concepto de sublimación desde la perspectiva psicoanalítica, para lo cual se emplea la poesía de Pablo Neruda, y en particular su libro “Veinte poemas de amor y una canción desesperada” para acercarse a comprender al proceso sublimatorio generado por este autor. Con este fin, se confronta su poesía con algunos datos biográficos.

El término sublimación fue introducido al psicoanálisis hace ya muchos años (aparece mencionado por primera vez en 1905 en la carta 61 de Freud a Fliess, y es definido por Freud en 1910 en “Un recuerdo de infancia de Leonardo Da Vinci”), pero continúa siendo un concepto discutido que ha requerido una elaboración posterior a Freud, por estar en él inacabado y, como veremos, incluso con aspectos contradictorios dentro de su obra.

La palabra sublimación viene del latín “sublimis”, que hace mención a estar suspendido en el aire. Esto recuerda el significado químico del término, que es el paso del estado sólido a gaseoso. Laplanche y Pontalis definen la sublimación “como el proceso que da cuenta de actividades humanas aparentemente sin relación con la sexualidad, pero toma su fuerza de la pulsión sexual. La pulsión es definida como sublimada en la medida en que es desviada a nuevos objetivos no sexuales y apunta a propósitos socialmente valorizados”. En un comienzo este concepto tuvo en Freud la idea de lo sublime, en el sentido de lo grandioso, lo más elevado y, por ello Freud en “Un recuerdo de infancia de Leonardo da Vinci” aconseja a los psicoanalistas no desear la sublimación como objetivo del análisis, pues ésta estaría limitada a un grupo de personas solamente. En el punto

de lo “socialmente aceptado” de la definición recién referida, queda un campo mal delimitado en el que es difícil saber qué se acepta o no como sublimación.

Numerosos autores posteriores a Freud se refieren a ella en un sentido más amplio, como “actividades adaptativas” (trabajo, ocio, etc.), entendido como un mecanismo más general, dejando de lado lo grandioso. Por otro lado, en Freud también aparece confusa la articulación entre represión y sublimación, planteando primeramente en su artículo sobre Leonardo la independencia de ambos, como destinos distintos de la pulsión; pero en “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” (1908) plantea la represión con la subsecuente posibilidad de sublimar la pulsión o en su defecto hacer un síntoma. En este punto Laplanche (1970) se pregunta si no habrá que desarmar el concepto de sublimación en dos, uno ligado a la represión y otro más cercano a las fuentes pulsionales. Diversos autores, por otro lado, están de acuerdo en la dificultad de pensar el proceso sublimatorio sin la represión originaria, organizadora de la amnesia infantil. Se puede entender este punto diciendo que la represión toma dos dimensiones, una en tanto productora de patología y otra en tanto mecanismo constituyente del psiquismo humano en general.

El tema en relación a que la sublimación pudiera venir desde la pulsión de muerte quedó inacabado en Freud. Él propuso que la pulsión del saber y del investigar resulta de la sublimación del deseo de ver y de apoderarse de los objetos del mundo físico. Esto fue retomado por M. Klein con la pulsión epistemofílica y el deseo del bebé de apoderamiento del contenido del cuerpo de la madre, explorarlo y destruir lo que hay en él. Posteriormente, Hannah Segal explica el proceso de creación como un fenómeno que nace en el niño con la adquisición de percepción de objetos totales y la consiguiente fase depresiva. El sentimiento de pérdida y culpa da lugar a deseos reparatorios, lo que sería la base de los deseos reparatorios y creativos ulteriores, esto siempre que el yo pueda tolerar la ansiedad depresiva y retener el sentido de realidad psíquica. Dentro de la teoría kleiniana, el artista debe reconocer el instinto de muerte en sus aspectos agresivos y autodestructivos, y aceptar la muerte del objeto y del self para expresar simbólicamente la depresión. Por esto, la sublimación sería necesaria como un yo como amortiguador. No hay pasaje de proceso secundario a primario. Como opina H. Segal, el artista posee mayor capacidad de tolerar la ansiedad y depresión que el neurótico. El artista se retira a un mundo de fantasía, pero puede comunicarlas y compartirlas, mientras que el neurótico las actúa. Existe cierta correlación entre los juegos infantiles y las producciones literarias; el sujeto común oculta sus fantasías, se avergüenza, a diferencia del poeta que las comunica y provoca placer emocional y estético.

No es infrecuente escuchar de parte de un escritor referirse a la necesidad que sintió de escribir alguna obra como de “una explosión interna”, lo que nos habla de que en este proceso no importa la gloria sino el proceso mismo de “auto creación”. La sublimación es promovida por el ideal del yo; la venta y la gloria, en cambio, tienen más relación con el yo ideal.

El acto creativo está relacionado con la sublimación, si bien son conceptos diferentes; la palabra crear viene del latín “criar”; crianza, que implica fundar algo nuevo que no existía, lo que no necesariamente implica un proceso sublimatorio del autor (considerando la elaboración personal necesaria). Por otro lado, la sublimación es una creación personal, pero pocas veces es una creación para la sociedad en que habita el individuo (y aquí nos acercamos a la idea inicial de Freud y lo sublime); pero en aquellos casos en que la sublimación involucre una creación para el momento cultural que vive el autor, ese creador pudiera ser de esos autores admirados por la sociedad.

POESÍA, METÁFORAS Y SÍMBOLOS

Mi intención entonces es poder comprender cómo surge la creación en su proceso, y para ello incursiono en la poesía, esa modalidad literaria que nos recuerda el trabajo del sueño en sus metáforas y sus símbolos, y que hace sentir al lector sentimientos en unidad con el autor. Para lograr este objetivo exploraré la poesía de Pablo Neruda, y dentro de su obra “Veinte poemas de amor y una canción desesperada”, que es uno de sus primeros libros (escrito a los veinte años) y quizás su libro más leído, y que es descrito por él mismo como “un libro doloroso y pastoril que contiene mis más atormentadas pasiones adolescentes” (Confieso que he vivido, 1978). La idea es poder describir la función que la poesía tiene en él, y el proceso que ocurre en el poeta durante ese periodo de su vida, para, a través de este ejemplo, comprender mejor el concepto de sublimación.

Como su nombre lo indica, ésta es una obra breve, que trata de amor, donde el poeta se dirige a su amada; sin embargo desde el comienzo llama la atención que a pesar de esto el poeta está en un estado etéreo, suspendido en el tiempo y en el espacio. Habita un mundo distinto, donde está él con sus versos que buscan a su amada. Es así como la sensación de soledad está presente en toda la obra, pero esta soledad no es de sosiego o de tranquilidad sino, por el contrario, es una soledad no buscada que provoca inquietud y desesperación. Así es frecuente encontrar versos como:

“...Fui sólo un túnel. De mi huían los pájaros...”
(Poema 1)

“...He aquí la soledad de donde estás ausente...”
(P.8)

Esta soledad a la que le teme y que quiere evitar, que duele y que provoca angustia, que suena a melancolía y a tristeza:

“...Soy el desesperado, la palabra sin ecos,
el que lo perdió todo, y el que lo tuvo todo...”
(P.8)

La angustia que describe en cada poema nace ante la permanente posibilidad de abandono y lo hace necesitar de la amada en forma constante. La necesita para vivir, para funciones básicas, como si fuera un alimento. Parece que ella debiera cumplir ese rol y, si no lo hace, sobreviene la angustia:

“...Era la sed y el hambre, y tú fuiste la fruta
Era el duelo y las ruinas, y tú fuiste el milagro...”
(La canción desesperada)

“...Y tu silencio acosa mis horas perseguidas...”
(P.3)

Este sentimiento de soledad aparece tan radical y profundo que el poeta se describe a sí mismo como marcado por el destino, y describe a su amada como su último bien preciado:

“...En mi tierra desierta eres mi última rosa...”
(P.8)

Pero para aliviarse de esta sensación, él debe crear en su fantasía la imagen que llene ese espacio, esa carencia profunda que siente; para eso:

“...Para sobrevivirme te forjé como un arma...”
(P.1)

El poeta crea a su amada para poder sobrevivir contra la noche, la que es un símbolo en Neruda de una inmensidad solitaria, el símbolo de esta sensación profunda y difusa que lo hace buscar respiros, como es esta mujer amada, y luego confiesa su invención, pero después nos cuenta que se enamoró de su creación y, como venganza, está nuevamente el abandono... un dolor infinito. El poeta nos relata su juego de fantasías, en el que crea la imagen que necesita, y es lo que plasma en el momento de pérdida. Esto es algo que ya Neruda había vivido, como lo comenta años más tarde en su libro “Confieso que he vivido”, donde relata su primer amor. Fue a los seis años, cuando leía unas apasionadas cartas de amor encontradas en el baúl de su madrastra dirigidas a una tal María Thielman (desconocida por él para siempre)... Él se enamora de esta mujer, o más bien, de la idea que se forma de ella a través de las cartas.

Pienso que ésta es una experiencia importante en Neruda, y reveladora de aspectos inconscientes. Esta experiencia dentro del mundo interno del poeta, en el que vive su vida con un tinte muy cargado por el abandono, identificándose él mismo con la noche, con lo oscuro, “con la palabra melancolía”, con el que siempre es abandonado, con ese que vive en una tristeza que sobrecoge al lector... Nos recuerda la temprana infancia del poeta, época en que la madre de Neruda muere cuando el poeta tiene dos meses de edad, aquejada de tuberculosis, enfermedad que debe haber padecido desde meses antes. Después de su muerte, su padre lo deja con su abuela hasta que, un tiempo después, el

poeta se reúne con su padre y su madrastra en Temuco. Neruda supo poco de su verdadera madre; vio una foto, supo que ella era profesora y que escribía versos...

Pero volviendo a lo anterior, ¿de quién se enamoró Neruda? De una mujer adulta, vinculada a su madrastra, ya que es la dueña del baúl, alguien de quien no tiene ninguna información... como su madre. Neruda se preguntó por el origen de esas cartas, él nos cuenta: “nunca supe cómo llegaron esas cartas allí”. ¿La imaginación del poeta habrá pensado que María Thielman y su madrastra eran una misma persona? Pienso que el poeta desplaza su imagen maternal en esta mujer, posibilitándose así que pase la barrera de la represión, la represión del incesto. El poeta a través de la escritura establece un puente con esa imagen que configura, con su búsqueda de una relación maternal precoz. En este punto, resulta interesante llamar la atención sobre el hecho de que Neruda desde sus poemas más precoces busca un seudónimo, él nunca escribió con su nombre Neftalí Reyes. Podríamos postular que cuando el poeta escribe un verso, en parte le escribe al seudónimo de su madre, se contacta con esta imagen que anhela, que busca; seudónimos que posibilitan enfrentarse al deseo incestuoso. Más adelante en su vida, cuando su nombre Pablo Neruda ya es conocido, repite este mecanismo publicando “Los versos del capitán” en forma anónima. Otra línea de pensamiento sobre este punto sería que en su búsqueda de mujer-madre hay también una búsqueda de su identidad.

Veíamos que bajo la pulsión creadora, que toma ese talento tan particular que nos maravilla, hay un sentimiento de angustia de desamparo importante, y esto crea una imposibilidad para estar solo. Estar solo tiene para Neruda un significado de muerte. Como él escribe, la noche es la soledad, y la noche es la hora de muerte. Pienso que la experiencia del abandono fue muy precoz, lo que impidió que desarrollara una confianza básica, o interiorizara un objeto bueno que le permitiera no temerle a la soledad. Fue separado antes de que pudiera conservar su sentimiento de integridad y estar solo (esto sería, siguiendo a Winnicott, la capacidad de estar solo). La experiencia de la noche es algo que le despierta angustias persecutorias, porque en su desamparo Neruda destruye la imagen interiorizada, su ideal positivo de contención, y se le torna todo agresivo, persecutorio, para posteriormente reconstruirlo y ganarse esa imagen que necesita. Así surge la poesía en su mente: un medio para reparar la imagen dañada.

El poeta debe estar creando instancias para combatir la soledad. Es sabido que sus casas estaban siempre dispuestas para recibir amigos; en sus relaciones de pareja no existe ningún periodo de soledad, es más, es

frecuente que se sobrepongan, porque este vacío que Neruda siente como su “noche” interna, él lo explica así:

“...Mi sed, mi ansia sin límite, mi camino indeciso...” (P.1).

El ansia de reconquistar y de llenar ese vacío inmenso. Esto le provoca escribir en *Los versos del capitán*: “Detrás de todas me voy” (El inconstante) y en el poema “Viento en la isla” le pide a su amada que lo proteja de que el viento lo lleve a recorrer lejos. Aparece otro símbolo frecuente en Neruda: el viento, el viento interno que le asusta, que es una fuerza que siente enemiga, con el que peligra el amor y aparece asociado a la muerte:

“...Pasan huyendo los pájaros
el viento, el viento
yo sólo puedo luchar contra las fuerzas de los hombres...” (P.14)

Vemos que esta búsqueda de amor contenedor, que le permita volver al océano calmo y no naufragar nuevamente es una búsqueda en la que hay una gran idealización de la mujer, le provoca problemas con la mujer real. En su poesía, esta temática se vislumbra primero en la mujer como algo divino:

“...Hasta te creo la dueña del universo...” (P.14)

“...Socabas el horizonte con tu ausencia...” (P.12)

La mujer es de una inmensidad necesaria para cubrir esa carencia que él siente infinita, inmensa como es el mar, como volviendo al paraíso uterino perdido y no reencontrado. Así, entendiendo la poesía nerudiana, nos parecen más claros estos versos en que une la sensualidad amorosa y la ausencia:

“...Ah los vasos del pecho. Ah tus ojos de ausencia!
Ah las rosas del pubis. Ah tu voz lenta y triste!...” (P.1)

Los vasos del pecho hacen referencia a senos y leche, leche materna que el poeta relaciona con su carencia.

Así, Neruda no quiere ver la mujer real, porque se distancia de lo que busca, de lo que necesita: “...Entre los labios y la voz algo se va muriendo...” (P.13), por eso prefiere el silencio con la amada; ella debe ser silenciosa o de voz disminuida, “voz lenta y triste” (P.1), “voz misteriosa” (P.3), “voz silenciosa” (P.8) ‘taciturna’ (P.12)

“voz suelta y delgada” (P.19), de modo que la imagen idealizada se conserve.

Pienso que a estas alturas del análisis ya hemos contestado algo de la pregunta que hace Neruda en el poema 10:

“...¿Por qué me vendrá todo el amor de golpe cuando me siento triste, y te siento lejana?..”

En el sentido en que tristeza y amor se relacionan, en que el duelo y el amor le rememoran su vivencia y que la lejanía es también el silencio necesario para la idealización. Viene a la memoria el bellissimo poema 15 “...me gustas cuando callas porque estás como ausente...” en que de forma magistral nos muestra lo que vive en el silencio “...Déjame que te hable también con tu silencio...”; como hablándole a una mujer de una dimensión diferente, y luego, parece también como un juego por crear constancia objetal, cuando al final de este poema de ausencia dice:

“...Una palabra entonces, una sonrisa bastan
y estoy alegre, alegre de que no sea cierto...”

Pero hay momentos en que esta mujer se torna persecutoria:

“...Todo lo ocupas tú, todo lo ocupas...” (P.5)

“...Tu silencio acosa mis horas perseguidas...” (P.3)

Y se inicia en el poema 5 una suerte de competencia entre las palabras y la amada. Las palabras que son su poesía, y su poesía es su contacto con su fantasía. Necesita de sus palabras ante lo persecutorio, son necesarias para recuperar la tranquilidad.

“...Y las miro lejanas mis palabras...”

“...Antes que tú ocuparon la soledad que ocupas
están acostumbradas más que tú a mi tristeza...”

El poeta ya conoce el poder de sus palabras, y con cierto grado de omnipotencia lucha por reparar:

“...Ahora quiero que digan lo que quiero decirte
para que tú las oigas como quiero que me oigas...”

Y termina la poesía, con la ocupación de la amada, pero con un significado amoroso, habiendo logrado reconstruir el objeto bueno interno (una relación amorosa):

“...Pero se van tiñendo con tu amor las palabras
 Todo lo ocupas tú, todo lo ocupas
 Voy haciendo de todas un collar infinito
 Para tus blancas manos, suaves como las uvas...”

En esta poesía aparece más clara la relación del poeta con su poesía, como necesaria para reparar las investidas tanáticas.

Hemos visto algo de los símbolos en la poesía de Neruda; el viento que lo lleva por el mundo, que arrecia contra su casa constantemente. También está frecuentemente el mar, que aparece como lo inmenso, lo vasto, como invitación al viaje... pero que es también un espacio inseguro, no apresable, posibilidad de naufragio; hay una simbolización contradictoria (P. 8)... como sus sentimientos al objeto internalizado. Él se ve como naufrago echado de una relación oceánica, que recuerda con nostalgia... como abandonado de relación amorosa, relación de contención... como sentimiento placentero de ser acogido en el océano... Aparece la búsqueda del retorno a la simbiosis uterina perdida. Así, también el naufragio aparece repetidas veces asociado a él y a la amada, ese naufragio que vive y que teme, pero que el poder del viento hace más probable. La amada es un faro en este viaje peligroso:

“...Como el mar, como el tiempo. Todo en ti fue naufragio...” (La canción desesperada).

El símbolo de la noche es claramente acosador, y hay partes en que el poeta se identifica con ésta (él es un ser sombrío, oscuro) y en otras es su amada la noche. Pero como hemos visto, soledad y muerte están relacionadas; “...sólo en lo solitario de esta hora de muertes...” (P. 2), y cuando habla del crepúsculo se refiere diciendo “...transición entre vida y muerte...”: La noche es su espacio para la escritura, y ahí se enfrenta a su soledad.

“Puedo escribir los versos más tristes esta noche...” (P. 20), en ésta él revive sus naufragios, sus intentos fallidos de superar el desamparo. “... En noches como ésta la tuve en mis brazos...”; y por eso él siente la noche como particularmente ansiógena “...y en mí la noche entraba su invasión poderosa...” (P. 1). Neruda, sin embargo, se enfrenta a la noche, y en esos momentos aparecen “las palabras”, los versos con los que combate la muerte, los que pudiéramos pensar que utiliza a modo de objeto transicional, pero con los cuales también elabora los duelos que ha vivido, como ocurre en el poema 20, y también vivencia aquel duelo primitivo que no puede pensar ni recordar por lo prematuro de su ocurrencia en su mundo psíquico, pero que aparece a través de simbolizaciones.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La relación que existe entre ausencia de uno o ambos padres y creatividad es algo que llama la atención. Este trabajo pretende comprender el trasfondo de esos hallazgos. Hemos visto un caso en el que la profunda experiencia de pérdida será, en cierta medida, el motor de la poesía.

En el análisis de la poesía de Neruda resuena la necesidad de pensar en la represión como organizadora del yo, esa represión del desplazamiento de su constructo materno, del océano deseado y buscado. La poesía como reparación de la culpa que surge de las pulsiones tanáticas del abandono.

Por otro lado, resulta sorprendente en Neruda su capacidad de contactarse con aquellas imágenes, con aquellos símbolos; esa sensibilidad inmensa que le hace posible evocar y plasmar en su poesía sus sentimientos.

También es posible percibir cómo la sublimación favorece la elaboración de duelos, de enfrentar los sentimientos dolorosos (Neruda escoge la noche), y de esta forma, pienso yo, la poesía es estructurante y fortificante del yo, pudiendo ser terapéutica.

Si bien la obra de Neruda resiste mayores y más amplios análisis, ya que este trabajo se limita a un periodo de la vida del poeta (su adolescencia), este trabajo nos aporta datos sobre la intimidad del proceso creativo, y sobre la poesía en sí.

A pesar de todo esto, queda algo no dicho, algo no analizado, y que tiene relación con la excelencia en la presentación de la poesía, la belleza de los versos, la armonía y justeza de las palabras, la música que tiene la obra... esa magia a la que nos transporta el poeta. Eso que sólo se puede describir y admirar.

REFERENCIAS

1. Freud S. (1996). Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci. En: López Ballesteros L. (Trad.), *Obras Completas*, t. 2 (pp. 1577-1619). Madrid: Biblioteca Nueva
2. Freud S. (1996). Fantasías históricas y su relación con la homosexualidad. En: López Ballesteros L. (Trad.), *Obras Completas*, t. 2 (pp.1349-1353). Madrid: Biblioteca Nueva
3. Klein M. (1930). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. *Obras Completas*. Paidós. Bs. Aires. 2003
4. Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulario de Psicoanálisis*. Editorial Labor, Barcelona, Edición electrónica, 1979
5. Laplanche J. (1970). *La sublimación, problemática 3*. Amorrortu editores. Bs. Aires, 2002
6. Mason JM. (1985). *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Cambridge: Harvard University Press
7. Neruda P. (1974). Veinte poemas de amor y una canción desesperada. En: Neruda P. *Obras Completas* (109-120). Bilbao: Noguera

8. Neruda P. (1974). Los versos del capitán. En: Neruda P. *Obras Completas* (409-452). Bilbao: Noguera
9. Neruda P. (1978). *Confieso que he vivido*. Buenos Aires: Losada. 6ª edición
10. Segal H. (1996). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós
11. Segal H. (1999). Une approche psychanalytique de l'esthetisme. En: *Sublimation. Les sentiers de la création*. Paris: Tchoy éditeurs. Se trata de selección de grandes psicoanalistas reunidos bajo este título
12. Winnicott D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Bs. As.: Paidós

ENSAYO

PRINCIPIOS DE UNA TEORÍA SOBRE EL FENÓMENO PSÍQUICO HUMANO

(Rev GPU 2009; 5; 3: 327-335)

José Francisco Alcalde¹, Maximiliano Silva² y Felipe Tapia³

La Psicología y la Psiquiatría como ciencias deben entrar a una fase de consolidación. Hoy no existe una estructura sólida ampliamente compartida por el mundo académico, que sea capaz de dar explicación a la gran mayoría de los fenómenos psíquicos. Las decenas de escuelas y puntos de vista generan un escenario donde la tarea de unificar los paradigmas se vuelve difícil. Este “síntoma” da cuenta de la imperiosa necesidad de realizar un inventario de los postulados, replantear el problema y construir los cimientos definitivos, tal como se ha hecho con otras ciencias.

LA NUEVA CIENCIA

Pareciera ser que el desarrollo de todas las ciencias cumple con una secuencia determinada: comienzan con un “despertar” plagado de explicaciones dogmáticas fusionadas hasta la anarquía con aquellas más lógicas. Paulatinamente se da paso a una segunda fase donde surgen los primeros principios y formas “ontológicas” de aproximación al fenómeno. Estos avances suelen presentarse de manera inconexa en esta segunda etapa, lo que genera “teorías locales” que suelen decaer tras la incapacidad de abarcar sectores más amplios de la realidad. Finalmente llega la consolidación de la estructura y del método. Entonces comienza el desarrollo definitivo de la ciencia, con cambios paradigmáticos incluidos.

No sería casualidad si el desarrollo de las ciencias tuviera una secuencia determinada. A fin de cuentas lo investigado (la realidad) y la herramienta para investigar (la razón) se mantienen constantes en el tiempo. Incluso, al aventurarse un poco más, y tomando en cuenta la justificación de la idea anterior, se puede pensar que dicha secuencia debería seguir las mismas leyes del desarrollo de la razón de un individuo. Y una vez más se afirma que esto no sería por azar: cuando los hombres se enfrentan por primera vez a un fenómeno, se comportan como niños tratando de comprender el mundo que recién se descubre. Lo primero que hace el niño es intentar aprender y entender la lengua materna, llave de acceso a la realidad. A los pocos años de vida, utilizando su precario lenguaje, el niño comienza a dar explicaciones sobre el mundo que son mágicas y dog-

¹ Psicólogo. UDD.

² Ingeniero Matemático. UC.

³ Ingeniero Matemático. UC.

máticas para la razón adulta. En los albores de la etapa escolar el mismo lenguaje permite empezar a conocer la realidad desde un nivel mayor de abstracción: la lógica. Gracias ella se puede comenzar a conocer la naturaleza de las cosas. Y finalmente al inicio de la adolescencia comienza a manifestarse una nueva capacidad: la de formular hipótesis comprobables, y la de deducir a partir de conjuntos de axiomas (véase Piaget, 1989; 1995). Da la impresión de que en esta última etapa se consolidan los logros alcanzados en las anteriores.

Sin duda que la psicología, la psiquiatría y en general las ciencias de la salud mental, corresponden a una *nueva ciencia*⁴ (llevan un poco más de un siglo), y en cuanto tal, deberían estar cursando por alguna de las etapas determinadas. Sin embargo, al no conocer el ritmo de cambio del desarrollo de ésta, no se puede saber dónde se encuentra sólo con conocer la antigüedad de la misma. Así entonces, es necesario preguntar ¿En qué etapa está? Para responder esta pregunta será necesario describir los distintos momentos por los que han atravesado las ciencias de la salud mental. En última instancia, con este examen se podrá saber si es necesario dar un nuevo paso de aproximación a una estructura teórica unificada.

EVOLUCIÓN DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD MENTAL. BREVE DESCRIPCIÓN

Los precursores de las Ciencias de la Salud Mental vienen de la filosofía y de la medicina. En la filosofía: la Antropología Filosófica ha generado una aproximación al fenómeno de la *psyche*, y la metafísica ha postulado paradigmas y definiciones que sirven como puntos de partida. En la medicina se encuentra la neurociencia, que entrega un valioso aporte al postular la conducta como causa del sistema nervioso.

Es difícil afirmar con certeza quién fue la primera persona que comenzó con esta nueva ciencia. Sí se puede afirmar que casi simultáneamente surgieron dos descubrimientos que dieron inicio a ella: el aprendizaje por condicionamiento clásico de Pavlov y la teoría del inconsciente de Freud. De ambos nacen dos corrientes

fundamentales que llegaron a ser las protagonistas de la psicología del siglo XX⁵. Si bien ambos descubrimientos y sus consecuentes teorías se fueron diferenciando una de la otra de forma paulatina, resulta paradójico el hecho de que apuntan en esencia al mismo concepto. Para comprender esto es necesario utilizar un ejemplo de Glenn Gabbard (2002) sobre lo que es la transferencia (una de las manifestaciones más frecuentes del inconsciente): el paciente experimenta al terapeuta como una figura significativa del pasado. De esta manera, las cualidades y los sentimientos que el paciente tenía respecto a dicha figura reviven “inconscientemente” manifestándose así en la relación con el doctor. ¿No apunta el concepto de inconsciente a lo mismo que el de condicionamiento? ¿No es acaso el inconsciente una sumatoria de aprendizajes? ¿No son quizá las manifestaciones del inconsciente “fenómenos condicionados”? Dada esta evidencia se puede afirmar que he aquí el primer postulado sólido desde donde se puede comenzar a construir.

De Freud y del psicoanálisis no se rescata sólo este postulado. También fue fundamental la intención de comenzar a hacer ciencia delimitando un objeto de estudio (que en este caso fue el mismo inconsciente) y analizando sus supuestas manifestaciones como los deseos, los impulsos, los sueños, las fantasías, las motivaciones, los intereses, etc., *temas que nunca antes se habían estudiado con un método particular*.

Lo mismo sucede con la teoría del condicionamiento y con todas las corrientes de él desprendidas: además del concepto de aprendizaje, se hereda también la intención de utilizar *objetos de estudio cuantificables y observables*.

En ambas corrientes existía el claro propósito de hacer ciencia utilizando las reglas básicas del juego. Sin embargo, el psicoanálisis pecó de utilizar puntos de partida que no estaban basados en evidencia empírica (tampoco resultaban ser “evidentes” para el sentido común). Esto llevó a la construcción de teorías cada vez más complejas, que finalmente daban la sensación de que se intentaban justificar a sí mismas con explicaciones que limitaban con lo mágico. Algunos epistemólogos (p. ej., Bunge, 1998) dijeron incluso que el psicoanálisis correspondería a una etapa pre-científica de la psicología. Otro tanto ocurrió con los seguidores de Pavlov: el mismo fanatismo por utilizar objetos de estudio

⁴ Teniendo en cuenta que esta nueva ciencia debería estudiar nada menos que al mismo sujeto cognoscente, llama la atención el hecho de que recién a fines del siglo XIX se haya iniciado esta búsqueda con un determinado método. En general, es válido preguntarse: ¿Por qué sabemos tan poco acerca de la herramienta fundamental que hemos utilizado desde siempre para estudiar la realidad? ¿Será acaso que la falta de objetividad es intrínseca al acto de conocernos a nosotros mismos?

⁵ Es curioso que ambos conceptos –que en esencia apuntan a lo mismo– hayan sido descubiertos casi simultáneamente por Freud y por Pavlov, al igual como ocurrió con el cálculo infinitesimal de Leibniz y Newton.

medibles y observables, los obligó a limitar sus análisis a fenómenos que poco aportaban a la comprensión del ser humano y de sus conductas. Bunge la llamó etapa proto-científica.

En los años 1930, Bertalanffy (1996), un biólogo austriaco, postuló que todo ser vivo es un sistema y se relaciona de forma sistémica con su entorno. Nació así un nuevo concepto que lentamente comenzaría a impregnar el desarrollo de todas las corrientes de la psicología y de la psiquiatría. Sin embargo, a pesar del potente postulado, se cometió el mismo error que caracterizó al psicoanálisis: se pasó precipitadamente de la teoría a la terapia, nublando con esto el norte que se debe tener en la construcción de toda teoría científica. Las corrientes sistémicas sufrieron de una especie de desnutrición por la falta de axiomas y método, lo que quedó en evidencia tras su incapacidad para explicar numerosos fenómenos de la psicopatología.

Paralelo a las tres anteriores corrientes comenzó a desarrollarse en Europa la psiquiatría fenomenológica. Ésta ha sido tal vez la que se ha desarrollado más lentamente, pero sin embargo sus alcances siguen aportando a la comprensión de fenómenos y –lo más importante– nadie ha sido capaz de criticarla tenazmente y con justificaciones rotundas. Esto se debe a que su estructura –fielmente apegada a la filosofía de Husserl y Heidegger–, se basa en el método por excelencia para estudiar los fenómenos humanos: la ontología fenomenológica, que podría entenderse como la *comprensión del ser de la cosa o ente como lo primariamente dado en el fenómeno al que se abre la existencia y la inteligencia humana*. El síntoma o el trastorno psíquico comenzaría así a interpretarse a la luz de las estructuras fundamentales del *Dasein*.

Un curso similar ha seguido la psiquiatría biológica, cuya motivación central se basa en la búsqueda de las correspondencias entre el fenómeno psíquico (p. ej., una alucinación, la depresión, un trastorno de personalidad) y el elemento material (p. ej., una alteración en el EEG, una disminución de algún neurotransmisor o alguna anomalía estructural). Poco se le puede criticar a una corriente que parece seguir el camino más lógico en el estudio de los fenómenos psíquicos. De hecho, probablemente hoy es la alternativa más sólida a seguir. Por lo mismo requiere de una crítica más minuciosa.

La psiquiatría biológica debe necesariamente basarse en la estadística para saber si existe o no asociación entre el fenómeno psíquico X y el elemento material Y. Sin embargo, cuando se habla de un determinado fenómeno psíquico no se debería utilizar simplemente una descripción cualquiera que prescindiera de lo formal. El acto de analizar estadísticamente fenómenos psiqui-

cos sin la ayuda de conceptos ontológicos sería similar a intentar armar un puzzle dentro de una pieza oscura. Tal vez eso explica la enorme cantidad de artículos sobre las alteraciones encontradas en pacientes que padecen alguna enfermedad y otros donde se intenta explicar las inconsistencias entre dos o más investigaciones sobre dicha enfermedad.

Si se ve la situación anterior desde afuera sería análoga al siguiente ejemplo: unos extraterrestres están estudiando el fenómeno que en la Tierra se conoce como alimentación. En una primera etapa ellos se intentarán poner de acuerdo sobre si los distintos “casos” corresponden o no al mismo fenómeno. Una vez delimitado (supuestamente) el fenómeno, se harían estudios estadísticos con sujetos control y con sujetos que podrían estarse alimentando. El solo hecho de imaginar el trabajo que tendrían por delante da dolores de cabeza⁶. Podrían pasar muchísimos años antes del encuentro con resultados satisfactorios. ¿Por qué en cambio los seres humanos ya conocemos casi a la perfección los mecanismos biológicos –por ejemplo– de la alimentación? ¿Qué pista le daríamos a los extraterrestres para que puedan superar las inconsistencias y las paradojas? El consejo más sensato sería: “*vuelvan a definir el concepto desde un punto de vista ontológico, es decir, basándose en las causas formales del fenómeno y no sólo en las materiales*” (¡vamos a suponer que los extraterrestres han leído la metafísica de Aristóteles!).

A modo de síntesis, se puede concluir que efectivamente la psicología y la psiquiatría han cursado por las mismas etapas que otras ciencias: en una primera instancia se observó un “despertar” marcado por una incesante curiosidad y afán por entender el lenguaje de lo psíquico. Las explicaciones colindantes con lo mágico abundaban y se confundían con aquellas ideas medianamente justificadas. Fue este mismo interés inicial el que llevó a nuevos autores a estudiar el problema psíquico desde otros puntos de vista y con una actitud más rigurosa, que incluía el uso de axiomas estrechamente vinculados con el fenómeno de la vida (como el postulado de la teoría sistémica). Sin embargo, el gran aporte en esta instancia (que se podría llamar “segunda etapa”), fue proporcionado por la psiquiatría biológica y por la fenomenológica. La primera definió uno de los nortes de esta ciencia (conocer los fenómenos psíquicos desde su causa material) y la forma para alcanzar este objetivo (el uso del método estadístico para establecer las correspondencias entre el fenómeno psíquico

⁶ ¿No se parece esto al escenario que propone Freeman (1992)?

y el elemento material). La segunda pavimentó la vía para clasificar el fenómeno psíquico desde sus causas formales⁷.

Tomando en consideración los alcances mencionados para estas dos últimas corrientes, es fácil deducir que la *tercera etapa* debería tomar como punto de partida la consolidación de ambos paradigmas que podría resumirse de la siguiente manera: *clasificar los fenómenos psíquicos humanos desde su causa formal para luego ponerlos en correspondencia con el elemento material que se encuentra a la base.*

LAS DIFICULTADES DE UNA TEORÍA CONSOLIDADA SOBRE TODO FENÓMENO QUE SE DA EXCLUSIVAMENTE EN EL SER HUMANO

Algunos autores han delimitado el objeto de estudio de la psicología a *la naturaleza de la psiquis y su manifestación en la conducta* (p. ej., Bunge, 1998). A pesar de que a lo largo de este trabajo –y con la finalidad de simplificar el discurso– se habla de “psiquis” se prescindirá de este concepto debido a la dificultad que presenta la definición del mismo⁸. Por ello se ha decidido delimitar el objeto de estudio a *todo fenómeno que se presenta exclusivamente en el ser humano*. Lo que no esté dentro de este conjunto debería ser ámbito de otra ciencia.

Un objeto de estudio de esta naturaleza presenta ciertas dificultades. En primer lugar, el hecho de que sea imposible tener acceso a un determinado fenómeno por medio de la percepción no implica que no exista. Esto es una particularidad que se encuentra sólo en esta ciencia, y que genera grandes dificultades.

Por otro lado, cuando se intenta conocer algún fenómeno que se da exclusivamente en el ser humano, puede resultar muy complejo “capturarlo” para luego describirlo. ¿Cómo saber cuándo termina –por ejemplo– un duelo? El sentido común y la introspección no siempre bastan para delimitar algunos de estos fenómenos. Esto también diferencia por completo a esta ciencia de otras como la biología, la química o la física. La principal consecuencia de esto recae en la dificultad para llegar a consenso en la definición de fenómenos de este tipo.

⁷ A pesar de que se ha incluido a la psiquiatría fenomenológica dentro de una primera etapa (Ojeda, 2003), en este trabajo se ha optado por incluirla en una etapa posterior dada la mayor “madurez” científica que presenta respecto a –por ejemplo– el psicoanálisis.

⁸ Conocido y antiguo es el debate de las posturas “dualistas” y “monistas”.

Una tercera dificultad –indirectamente relacionada con la primera y con la anterior– radica precisamente en la construcción de clasificaciones. Por ejemplo, una clasificación basada en las causas formales de los distintos minerales está en correspondencia con una *clasificación material* de éstos (aquella basada exclusivamente en sus accidentes). En cambio, la correspondencia entre una clasificación formal y una material de los vegetales es bastante menor⁹. Al parecer, dentro de los seres vivos, mientras más importante sea el papel que juega “lo vivo” en el fenómeno, menor correspondencia existirá entre lo material y lo formal. Si a esto le agregamos que el interés de esta ciencia está centrado en el ser humano, el nivel de complejidad llega al máximo.

¿CÓMO DEBERÍA SER UNA “TEORÍA PSÍQUICA” CAPAZ DE DAR RESPUESTA AL OBJETO DE ESTUDIO DEFINIDO?

Las dificultades presentadas en el punto anterior dan luces sobre las características que debería tener una teoría consolidada. En primer lugar se presenta el problema de la clasificación formal de los fenómenos psíquicos. Para resolver esta aporía se propone la siguiente vía:

- 1) Definir conceptos observables –o susceptibles de una descripción– que se encuentren sin excepción a lo largo de la vida de todo ser humano y con independencia de las circunstancias.
- 2) Comprender el fenómeno psíquico (síntoma, trastorno, experiencia, etc.) a la luz de 1).

De esta manera, si la estructura básica de la teoría se construye desde lo ontológico (supuestamente dado por 1)), luego se corresponderá con lo real. Así se facilitará la tarea de *unir lo real (la teoría) con lo real (el fenómeno estudiado)*, y se podrá comenzar a armar el puzzle a plena luz del día.

La estructura básica de la teoría debería permitir una *descripción dinámica* de los fenómenos en cuestión. La descripción debe ser prioritaria, y la explicación debe llegar sólo como consecuencia. Para esto, lo más fácil sería postular “coordenadas” donde todo estado (derivada temporal) de cualquier fenómeno psíquico humano pueda ponerse en correspondencia con algún

⁹ De hecho, es común encontrar dificultades (en ramas de la biología) cuando se intenta clasificar una nueva especie hallada.

punto del espacio de dichas coordenadas. De esta manera será posible enfrentar el problema de la delimitación de los fenómenos en estudio. Por otro lado, si se postula al ser humano como esencialmente temporal, se justifica que la descripción deba ser *dinámica*.

Finalmente, cuando quede definido un fenómeno al interior de estas coordenadas, se debería dar paso a la puesta en correspondencia del mismo con el elemento que lo causa materialmente. Para esto, la definición otorgada por la teoría *debería ser lo suficientemente simple como para inferir sus causas materiales*. Por ejemplo: si una teoría consolidada ofrece definiciones extremadamente complejas, será prácticamente imposible conocer los mecanismos biológicos de un determinado fenómeno psíquico humano.

PRINCIPIOS DE LA TEORÍA PSÍQUICA

a. *La primera relación del ser humano se da con su propio cuerpo*: Este principio es primordial desde un punto de vista temporal, y fundamental en cuanto a las consecuencias que tiene respecto a la relación del ser humano con el mundo¹⁰. El bebé recién nacido reduce todas sus vivencias a *experiencias corporales*, las que pueden ser agradables o desagradables. A lo largo de la vida se mantiene el hecho de que se está constantemente sintiendo al propio cuerpo en mayor o menor medida.

De este primer principio se deduce el primer concepto de la Teoría Psíquica: La *Corporalidad*, que será definida como aquella *experiencia sobre el propio cuerpo sentido*¹¹. La sensación sobre el propio cuerpo cobra protagonismo cuando se experimenta una sensación agradable (Corporalidad Ego-sintónica) o desagradable (Corporalidad Ego-distónica).

La Corporalidad cuenta con ciclos universales a lo largo del desarrollo de un individuo, y con ciclos diarios: a lo largo de la vida se da, sin excepción, una acentuación de las manifestaciones de la Corporalidad durante

los primeros meses, y al inicio de la adolescencia; durante el día –aunque con menor intensidad– el curso responde a las necesidades básicas del ser humano.

Este concepto ya fue vislumbrado por autores como Otto Dörr (1995) quien se refería a la *crematización* del paciente depresivo, para explicitar así esa acentuación de lo corporal manifestado en este tipo de enfermedad. La *crematización* como concepto es equivalente al de Corporalidad ego-distónica.

En general, es en el cuerpo donde se experimentan sin excepción todas las variaciones del entorno. Por esta razón es posible reducir la variable “entorno” a la variable Corporalidad: todo cambio en el entorno del individuo es asimilado por un cambio en su Corporalidad.

b. *La segunda relación del ser humano se da con el mundo*: de la relación con el propio cuerpo se da paso a la relación con el entorno inmediato y luego con el mundo. Se concluye así que el “despertar” del ser humano es paulatino y va desde adentro hacia afuera en las primeras etapas del desarrollo humano.

De este segundo principio se desprende el segundo concepto de la teoría: La *Aperturidad*, que será definida como el *grado de correspondencia entre el Yo y el mundo*. Responde a la pregunta de *cuánto* se relaciona el individuo con lo externo a él.

La Aperturidad tiene ciclos universales invariantes manifestados a lo largo del día, a lo largo de las estaciones del año y a lo largo de la vida. El día comienza con la Aperturidad propia del despertar, aquella tierra intermedia entre un estado de sueño –Aperturidad esquizoide–, y el estado de vigilia –Aperturidad cicloide–; luego continúa y se mantiene en lo cicloide hasta que llega el sueño y se vuelve esquizoide. En las estaciones del año se evidencia la Aperturidad al observar a todos los seres vivos: el invierno lleva a lo “esquizoide” en cuanto a que obliga a la vida a replegarse sobre sí misma. El verano se corresponde con lo cicloide, y la primavera y el otoño con la “tierra intermedia”. El desarrollo de una vida se manifiesta en el tránsito de lo esquizoide a lo cicloide, con una pequeña excepción al inicio de la adolescencia, donde se “retrocede” a un estado más esquizoide para luego retornar con el paso de los años a un nuevo cicloidismo.

Los conceptos de Cicloidismo y Esquizoidismo, fueron propuestos originalmente por Minkowski (en Ojeda, 1981). La diferencia es que este autor se refería a estos conceptos como distintos grados de sintonía con la realidad. El maníaco, por ejemplo, era un cicloide que estaba en una sintonía patológica con la realidad. Los conceptos de esta teoría, en cambio, se refieren a

¹⁰El ser humano se relaciona con el mundo por medio de su cuerpo, el que determina los accidentes de dicha relación. Por ejemplo el mar (el entorno) reacciona de maneras distintas cuando se encuentra con una roca (individuo A) y con la arena (individuo B). El cuerpo determina en parte la relación del sujeto con el mundo.

¹¹Tal vez por ser el primero de todos, el concepto de Corporalidad ha sido especialmente difícil de definir. Es tan inmediato como los conceptos de espacio y tiempo, entrando así en la categoría de aquellos fenómenos que dada su “cercanía” tienden a ser confundidos, o bien arrojados al intelecto sin el cuestionamiento habitual y con determinadas características definidas “a priori”.

aquello que subyace a la sintonía, a saber, los grados de Aperturidad frente al mundo.

La relación más directa y estrecha entre Corporalidad y Aperturidad se da en el plano de la energía: el estado cicloide se experimenta corporalmente con la sensación de tener un exceso de energía; el esquizoide se “siente” en el cuerpo como si se tuviese un déficit de ésta.

c. *La relación del ser humano con su cuerpo y con el Mundo genera “algo” en él:* toda experiencia del ser humano está teñida de una emoción que puede ir desde aquella que es casi indiferente (p. ej., la que se da al beber un vaso de agua), a la más intensa de todas (cuando muere un ser querido o cuando sufrimos un trauma corporal importante). A su vez, toda emoción se da sólo en alguna experiencia (es imposible evocar una emoción sin una experiencia). Se concluye entonces que toda emoción implica experiencia y toda experiencia implica emoción.

Del tercer principio se desprende el tercer y último concepto necesario para construir la estructura teórica buscada: *La Significación*, que se entenderá como la *emoción asociada a una experiencia* (recuerdo, o a una vivencia presente o a un deseo o fantasía en particular).

En los primeros meses de vida la Significación no cuenta con contraste alguno (ni con el Mundo, ni con el Yo). Esto es lo que genera la angustia o aquella emoción desagradable suspendida en la (casi) nada (sin asociación evidente). En la medida que se transita hacia un estado cicloide, las significaciones comienzan a nutrirse de aquellas provenientes del mundo (como las proporcionadas por la madre), dando inicio así a la configuración del Yo. A lo largo del día las significaciones obedecen a un ciclo determinado exclusivamente por aquellos de la Corporalidad y de la Aperturidad, además de la influencia propia del entorno. Durante el estado esquizoide propio del sueño reinan experiencias únicas, asociadas a emociones particulares: las *significaciones personales*. Durante el día predominan (en la mayoría de los sujetos sanos) las *significaciones mundanas* (aquellas que en gran medida se comparten con el resto de los individuos). En el tránsito de lo esquizoide a lo cicloide (o al revés) la incapacidad para acceder plenamente al Yo y al Mundo (capacidad que se da bajo lo esquizoide y lo cicloide respectivamente) genera en los sujetos de personalidad depresiva una cierta incapacidad para significar las experiencias (angustia). En general, todo sujeto que transita de lo cicloide a lo esquizoide (o al revés) siente angustia o perplejidad cuando intenta significar fenómenos complejos, como el de la muerte.

El curso de la Significación depende estrechamente de los ciclos de la Aperturidad. Para entender esto hay que imaginar que M es el mundo y P es la persona. Ambos son sistemas dinámicos. Si no existiera ningún tipo de contacto entre M y P, los caminos de desorden (entropía) se diferenciarían constantemente. Pero es evidente que la *impermeabilidad* absoluta es imposible en los sistemas. Por otro lado, sabemos también que el contacto (o la correspondencia) entre M y P tampoco es absoluto, porque de hecho M no es igual a P (y por tanto los puntos más extremos del continuo de la Aperturidad son sólo hipotéticos). Entonces si M y P son dos sistemas, en primer lugar se puede plantear que P no es completamente dependiente de M, pero tampoco es completamente independiente. Por otro lado, la correspondencia de P con M (Aperturidad) no es constante. Ésta varía entre los distintos sujetos; y en un sujeto cambia durante el día, a lo largo del año y en el ciclo vital.

Utilizando sólo los principios de la entropía y de la Teoría General de Sistemas se pueden analizar las consecuencias que tienen las variaciones de la Aperturidad: tenemos una P_1 y una P_2 , ambas en un T_0 (tiempo inicial) con el mismo nivel de entropía. Si P_1 es más impermeable (más esquizoide) que P_2 , en un T_n (tiempo posterior) la entropía de P_2 será mucho más parecida a la entropía de M en comparación a P_1 . Así por ejemplo, las modas, la cultura, y sobre todo el sentido común, son manifestaciones de que los caminos de desorden entre M y P no se distancian mucho cuando P es principalmente cicloide (en comparación a “sistemas” más esquizoides).

Para demostrar cómo se manifiesta la entropía bajo distintos grados de Aperturidad es necesario utilizar el siguiente ejemplo cotidiano: todo lo que ocurre en los sueños (manifestados sólo bajo estado esquizoide) es extraño al compararse con M. De hecho, muchas veces cuesta traducir a palabras un simple sueño, que suelen estar plagados de emociones muy particulares asociadas a temas personales significativos. Los discursos de los sueños son disgregados y cuentan con asociaciones ilógicas y neologismos, manifestaciones de un lenguaje que siguió un camino de desorden muy distinto al del sistema M.

El concepto *Significación* es análogo al de *Relaciones Objetales* de la Teoría de las Relaciones Objetales (en Gabbard, 2003), en cuanto a que este último se refiere a un tipo de relación internalizada teñida por un afecto específico. También es similar en cuanto a que, según esta Teoría, las relaciones objetales son los *ladrillos* de la mente. La diferencia radica en que el concepto *Significación* posee una raíz ontológica más profunda

(dada la correspondencia entre emoción y experiencia), por tanto se observa y se aplica con mayor facilidad y frecuencia, prestando así más utilidad para la comprensión de fenómenos psíquicos humanos.

LAS RELACIONES ENTRE CORPORALIDAD (M), APERTURIDAD (Y) Y SIGNIFICACIÓN (Ψ): LAS ECUACIONES PSÍQUICAS

La vida encuentra tierra fértil en un lugar donde no existe ni déficit ni exceso de energía. La falta de energía lentifica los procesos y condena a los sistemas al desorden constante. Bajo un exceso de energía los altos niveles de homogeneidad no permiten la diferenciación y, por tanto, la evolución.

Otro requisito esencial para el surgimiento de vida es el de la estabilidad energética, que en definitiva se traduce en una disponibilidad constante de esta fuente básica. En otras palabras, las oscilaciones “bruscas” de energía no son favorables para la vida. Siempre es mejor poder contar con un ingreso constante. Es así como los seres vivos *oscilan* como una manera de poder optimizar el uso de la energía (p. ej., en primavera los árboles despliegan sus hojas para captar la mayor cantidad de luz posible; en el invierno algunos osos hibernan para no malgastar energía en tiempos de escasez).

No es azaroso entonces que lo vivo se deduzca de manifestaciones que en común tengan la *oscilación armónica*. Así es posible observar que los latidos del corazón, la respiración, la alimentación, los ciclos de sueño y vigilia en animales, y cambios entre invierno-verano, etc., puedan ser descritos bajo esta forma.

Una oscilación especialmente interesante es la del ciclo sueño-vigilia. En los seres vivos con memoria ésta no sólo tiene por objetivo la optimización de la energía. Además es fundamental para la adaptación y evolución.

Por ejemplo, cuando un hombre duerme, se vuelve semi-impermeable frente al medio; en cambio cuando está despierto es permeable, y en ambos momentos el movimiento vital no cesa. Por tanto es posible considerar estas dos instancias como manifestaciones de “sistemas” distintos. En consecuencia, ambos deberían contar con caminos de desorden diferentes. Éstos abren la posibilidad de generar nuevas combinaciones de elementos, aumentando así la probabilidad de encontrar soluciones “adaptables”. Durante el sueño prevalece el sistema “Yo”, y en la vigilia el sistema “Mundo”. Como ambos poseen distintos caminos de entropía, la continua retroalimentación entre ambos hace posible la evolución de los seres humanos y de los animales con memoria en general.

Las oscilaciones psíquicas

En el presente trabajo se han propuesto tres ejes de oscilación en el ser humano: el de la Corporalidad, el de la Aperturidad y el de la Significación. Todos presentan estrechas relaciones, y tal vez la división sólo responda a fines prácticos (la apuesta apunta a que en conjunto responden a un todo ontológico).

Corresponde ahora describir la relación que deberían presentar estos tres ejes o variables que constituyen al conjunto psíquico. Para esto será necesario utilizar analogías, y por lo tanto el modelo presentado será una aproximación a la teoría propuesta.

El crecimiento del cuerpo humano responde aproximadamente a $\log(t + 1)$, siendo t el tiempo; por lo que sería razonable modelar la primacía de la Corporalidad como un decaimiento exponencial, que es inverso al crecimiento logarítmico. De acuerdo a esto, la *Ecuación de la Corporalidad* en el largo plazo es:

$$\text{corporalidad } (t) = e^{-\lambda t}$$

Ahora, si por definición a mayor “peso” de la Corporalidad mayor oscilación de la Aperturidad, es posible entonces imaginar un oscilador armónico cuya masa decrece de acuerdo a la ecuación anterior. La *Ecuación de la Aperturidad* (y) quedaría como:

$$m e^{-\lambda t} \frac{d^2 y}{dt^2} = -ky$$

cuya solución da la siguiente *Función de Aperturidad*:

$$y(t) = C_1 \text{Bessel}J\left(0, \frac{2\sqrt{ke}^{\frac{1}{2}\lambda t}}{\lambda\sqrt{m}}\right) + C_2 \text{Bessel}Y\left(0, \frac{2\sqrt{ke}^{\frac{1}{2}\lambda t}}{\lambda\sqrt{m}}\right)$$

La solución a dicha ecuación está representada por la suma de dos funciones de *Bessel*, las que emergen debido a la necesidad de solucionar ecuaciones diferenciales ordinarias de segundo orden. Este tipo de funciones se caracteriza por tener un comportamiento cíclico. Las constantes C_1 y C_2 quedan determinadas por las condiciones iniciales.

Finalmente corresponde abordar la Significación. Ésta está directamente relacionada con la Aperturidad y depende exclusivamente de aquella que se da en un determinado instante t . Por lo tanto la Significación matemáticamente puede definirse como la Aperturidad instantánea. De acuerdo a esto, se obtiene la *Ecuación de la Significación*:

$$\Psi = dy/dt$$

Al graficar las soluciones de la ecuación de la Aperturidad y de la Significación, se puede observar que al inicio (de la línea temporal) la Aperturidad oscila fuertemente y se va estabilizando conforme avanza el tiempo. En cambio, la Significación empieza en “cero” y en la medida que avanza el tiempo comienza a oscilar cada vez con mayor intensidad. Esto concuerda con lo que habitualmente se observa en los seres humanos: la vida se inicia con “esquizoidismos” profundos y “ciclo-idismos” intensos, y paulatinamente las oscilaciones de la Aperturidad van dando paso a la estabilidad. En cambio, la Significación, al inicio de la vida es “depresiva” (en “cero”), y se va haciendo cada vez más nutrida (más oscilante): experiencias cicloides (vivencias diurnas) y esquizoides (sueños) tienen cada vez una mayor cantidad y variedad de emociones (dada la “acumulación de experiencias”). En definitiva, esto demuestra la diferenciación paulatina de todo ser humano.

Por otro lado, es importante considerar la intervención del medio. Según el modelo, la variable “entorno” es posible reducirla a las variaciones de m (Corporalidad). Por tanto, las variaciones aleatorias de la Corporalidad pueden ser consideradas como variable ambiental en este modelo. Estas fuerzas aparecen repentinamente y con una cierta intensidad, que modifica el movimiento suave del oscilador. Con este objetivo, sería necesario introducir los procesos de Poisson (el proceso de Poisson es un proceso estocástico donde los eventos ocurren en tiempos aleatorios). De esta forma, se podría pensar en una fuerza que impulsa la masa en alguna dirección en algún tiempo desconocido, la cual podría ser modelada por un proceso de Poisson. Sin embargo, la solución de una ecuación de esta naturaleza resulta compleja de resolver y poco ilustrativa para un trabajo inicial.

CONSIDERACIONES FINALES PARA LA TEORÍA PSÍQUICA

1. La libertad ha sido considerada por muchos autores –sobre todo por los contemporáneos– como la cualidad principal del ser humano. Sin embargo, dada su naturaleza, e independiente a las definiciones que se le dé, ella no puede ser modelable y por tanto no puede ser considerada dentro de una teoría científica. Su análisis directo por tanto, debe limitarse exclusivamente al ámbito filosófico. Dentro de la Teoría Psíquica, la libertad se considera sólo de manera indirecta en la definición *todo cambio en el entorno es asimilado por un cambio*

en la Corporalidad “m” (en definitiva, el uso de la libertad implica siempre un cambio en el entorno). Finalmente se postulará que la voluntad se desarrolla bajo el encuadre genético manifestado en la Corporalidad, la Aperturidad y la Significación.

2. Dado el incipiente desarrollo de esta teoría, es altamente probable que se presenten numerosas contradicciones al momento de deducir a partir de la estructura teórica. Esto incluso podría ocurrirles a los autores de esta teoría. Sin embargo, los mismos autores recomiendan buscar el error no en los fundamentos de la teoría (al menos como primera opción) sino en el proceso deductivo que sin duda será difícil de aplicar en una fase de “domadura”.
3. La Teoría Psíquica, tal como se postula, aún está a “años luz” de cumplir con su promesa de contar con objetos de estudio medibles, cuantificables y representables en las distintas ecuaciones psíquicas. Para esto será necesario primero encontrar los correlatos biológicos de la Aperturidad, Corporalidad y de la Significación. Lo importante en estas instancias es haber dejado en claro cuál es el camino a seguir (al estipular las condiciones básicas) para lograr un desarrollo más acabado de esta teoría.
4. Tal como se postula en el párrafo inicial, aquí sólo se propone una teoría que viene a ser el cimiento para construcciones posteriores. La Teoría Psíquica es una forma general de aproximación a esta Ciencia. Por eso está planteada como un punto de partida que en ningún caso excluye comprensiones, conceptos y postulados entregados por el psicoanálisis, la teoría cognitivo conductual, la teoría familiar sistémica, etc.
5. Por último, es importante dejar en claro que esta teoría no pretende ser *la* teoría consolidada (se postula sólo como una candidata). A pesar de esto, los autores confían en que al menos haya quedado en evidencia la necesidad de buscar una.

REFERENCIAS

1. Aristóteles (1987). *Metafísica*. Madrid: Editorial Gredos
2. Bertalanffy LV (1996) *Teoría General de Los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
3. Bunge MA (1998). *Epistemología*. Madrid: Siglo XXI editores
4. Dörr O (1995) *Psiquiatría Antropológica: Contribuciones a una psiquiatría de orientación Fenomenológico-antropológica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria
5. Freeman WJ. *Chaos in psychiatry*. *Biological Psychiatry* 1992; 31: 1079-1081
6. Freud S (1983). *La interpretación de los sueños*. Madrid: Alianza
7. Gabbard GO (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Panamericana

8. Heidegger M (1997) *Ser y Tiempo*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria
9. Ojeda C (1981) *La esquizofrenia clásica*. Santiago de Chile: Ediciones de la Universidad Católica
10. Ojeda C (2003) *La Tercera Etapa: ensayos críticos sobre psiquiatría contemporánea* Santiago: Editorial Cuatro Vientos
11. Pavlov IP (2003). *Conditioned Reflexes*. New York: Dover Publications
12. Piaget J. (1989). *La psicología de la inteligencia*. Barcelona: Crítica
13. Piaget J (1995). *Seis estudios de psicología*. Bogotá: Labor

ENSAYO

EFECTO PLACEBO: HISTORIA, CONTROVERSIAS Y HALLAZGOS NEUROBIOLÓGICOS

(Rev GPU 2009; 5; 3: 336-342)

Perla del Carmen Letelier¹

La frecuente referencia a la importancia del "arte de la medicina" implica la comprensión del efecto placebo.

Arthur K. Shapiro, 1959.

El efecto placebo (EP), elemento fundamental del arsenal terapéutico en la medicina de antaño y dolor de cabeza para los investigadores desde la aparición de los estudios clínicos controlados a mediados del siglo XX, ha sido motivo de debate en las últimas décadas. Sin contar aún con una definición satisfactoria y de consenso del concepto se ha cuestionado principalmente su validez y la ética de su uso en la investigación y práctica clínicas. Interesantes hallazgos neurobiológicos podrían ayudar a resolver estas interrogantes: Se ha demostrado aumento de liberación de opioides endógenos en condiciones de analgesia inducida por placebo. En enfermedad de Parkinson se ha visto un incremento de liberación de dopamina en cuerpo estriado de pacientes con mejoría motora objetivable tras la administración de un placebo. En pacientes deprimidos respondedores a placebo se han observado cambios en el patrón de activación de corteza prefrontal, cíngulo anterior y ganglios basales. Es necesario el diseño de metodologías que faciliten el estudio del EP. Una mejor comprensión del EP podría optimizar la mejoría de nuestros pacientes y ser un aporte para la investigación clínica.

INTRODUCCIÓN

El efecto placebo ha despertado gran interés en las últimas décadas y también controversias, esto último debido en parte a problemas conceptuales y me-

todológicos (1). Las opiniones van desde quienes lo consideran como la capacidad del cuerpo para curarse a sí mismo (2), hasta otros para quienes sólo se trata de un artefacto de los estudios clínicos (3). Sin embargo esta última visión parece ir en contra de la experiencia

¹ Médico Programa de Formación Psiquiatría Adultos Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak". Email: perla.letelier@gmail.com.

médica habitual y la historia de la medicina, que nos señala que el EP es un fenómeno reconocido y utilizado ampliamente desde antes de la aparición de los estudios clínicos controlados randomizados (RCT) (4, 5).

El EP puede y debe ser abordado desde diferentes perspectivas. Desde el punto de vista del investigador clínico representa un ruido de fondo que debe ser eliminado para la correcta interpretación de los resultados de un estudio. Desde el punto de vista de la práctica clínica es relevante por su potencial contribución al resultado terapéutico global de una intervención (no placebo) y en consecuencia debería ser maximizado (3). Desde ambas perspectivas, el uso del placebo genera relevantes dilemas bioéticos (6).

HISTORIA Y DEFINICIONES

Antes de la II Guerra Mundial el uso de placebos era habitual y aceptado en la práctica clínica, en el marco de una medicina paternalista y una ética de la beneficencia. Los médicos se sentían cómodos con la prescripción benevolente de pastillas de azúcar como parte de su práctica rutinaria, obteniendo resultados curativos o sintomáticos.

Posteriormente, con el advenimiento de los RCT alrededor de 1955, su uso pasó del campo de la clínica al de la investigación y el EP se transformó en un obstáculo para reconocer la real eficacia de nuevos tratamientos.

Con la aparición del consentimiento informado y una ética basada en la autonomía, el uso de placebos continuó alejándose de la práctica clínica (5).

No hay hasta la fecha una definición satisfactoria para los términos “placebo” y “efecto placebo” (3, 1), por lo que históricamente muchas definiciones han sido propuestas:

En 1807 Thomas Jefferson se refirió al uso de placebos como “el fraude piadoso” (5)

En 1811 el Hooper’s Medical Dictionary definía “placebo” como “Un epíteto dado a cualquier medicación adoptada más para complacer que para beneficiar al paciente”; y en 1951 el Dorlan Medical Dictionary lo definió como “Una sustancia o preparación inactiva, anteriormente usada para complacer o gratificar al paciente, ahora también usada en estudios controlados para determinar la eficacia de sustancias medicinales”

En 1959 A. Shapiro define “efecto placebo” como el “efecto psicológico, fisiológico o psicofisiológico de cualquier medicación o procedimiento dado con intención terapéutica, el cual es independiente de, o mínimamente relacionado con los efectos farmacológicos de la medicación o con los efectos específicos del procedimiento y el cual opera a través de un mecanismo psico-

lógico” (4). En esta definición por primera vez se refiere al EP como “*un fenómeno psicofisiológico*”, adelantándose a los descubrimientos de las últimas décadas.

Algunas definiciones actuales no difieren sustancialmente de esta última y otras muy pragmáticas dan cuenta de lo lejos que nos encontramos de comprender a cabalidad la naturaleza del fenómeno, por ejemplo “efecto terapéutico debido a la administración de un placebo” (7).

Moerman y Jonas proponen utilizar el término “*meaning response*” en lugar de efecto placebo, argumentando que “los placebos son inertes y no causan ningún efecto” siendo el efecto provocado por el significado, creencias y expectativas que el paciente tiene sobre la enfermedad y tratamiento (8). A este planteamiento clave resulta útil agregar que los placebos no necesariamente son inertes (por ejemplo vitaminas y analgésicos son con frecuencia usados como placebo) (9), así como también tratamientos de eficacia conocida podrían potencialmente maximizar su efecto mediante el EP (3).

Una arraigada confusión ha dificultado la conceptualización del EP: equiparar los resultados obtenidos en el grupo tratado con placebo de un RCT con el EP (10). La mejoría en el grupo placebo se debe a un número de factores, como la historia natural de la enfermedad, regresión a la media, terapias concomitantes, etc., y no sólo a la administración del placebo (1, 10, 11). En este sentido se ha propuesto hacer la distinción entre efecto placebo *real* y el efecto placebo *percibido*. El primero correspondería a la mejoría causada por la administración del placebo y el segundo a la mejoría observada después de la intervención placebo sin mediar necesariamente una relación causal y que incluye los factores enunciados más arriba (1, 12).

Algunos autores han preferido utilizar la expresión neutral “mejoría asociada a placebo” (PAI, *placebo-associated improvement*) que omite cualquier especulación acerca de la causalidad de la mejoría (13).

En el marco de esta revisión se definirá “efecto placebo” como “resultados clínicos positivos causados por un tratamiento y que no son atribuibles a las propiedades físicas o mecanismos de acción conocidos de éste” (9).

MECANISMOS DEL EFECTO PLACEBO

Los dos principales mecanismos propuestos para el efecto placebo son la expectación y el condicionamiento. Estos mecanismos a menudo interactúan en una misma situación (14, 15).

Expectación: Es definida como la anticipación consciente de que ocurra una respuesta involuntaria o automática.

Un estudio de 1968 ejemplifica muy bien este mecanismo (16). En dicho estudio pacientes asmáticos respondieron con aumento de resistencia de la vía aérea (objetivada mediante pletismografía), e incluso francos ataques de asma al recibir nebulización de solución salina cuando se les dijo que era un alérgeno. Esto no ocurría al premedicarlos con sulfato de atropina aún diciéndoles que se trataba de mayores concentraciones del irritante, lo que llevó a los autores a plantear que la broncoconstricción en este caso era mediada por actividad colinérgica. La misma solución salina fue efectiva como tratamiento de la crisis al decirles a los pacientes que se trataba de un potente broncodilatador.

El rol de la expectación en los resultados de una intervención también queda de manifiesto en un novedoso paradigma de intervención abierta y oculta que permite la investigación de los resultados terapéuticos de una intervención cuando son esperados y cuando no lo son (el paciente es informado o no del tratamiento recibido); y de esta forma posibilita la identificación del efecto placebo mediado por expectación sin necesidad de administrar ningún placebo (17, 18).

Condicionamiento: En 1975 Ader y Cohen (19) demostraron la posibilidad de provocar inmunosupresión en ratas mediante condicionamiento clásico, asociando inyecciones de ciclofosfamida (inmunosupresor) con una solución de sacarina a beber. Posteriormente la sola ingestión del estímulo condicionado (solución de sacarina) produjo inmunosupresión tal como la ciclofosfamida. En un estudio posterior se logró retardar significativamente la mortalidad y proteinuria en ratas con lupus inmunosuprimidas mediante condicionamiento, en relación a las ratas controles (20). También en humanos sanos se ha logrado inmunosupresión condicionada con Ciclosporina, al asociarla a una bebida de sabor distintivo. (Objetivado mediante la medición de expresión de mRNA de IFN- γ y e IL-2, liberación in vitro y producción intracelular de IL-2 e IFN- γ y proliferación linfocitaria) (21).

Se ha logrado emular los efectos de la inyección intravenosa de insulina y glucosa en humanos sanos mediante condicionamiento (22, 23), y también variaciones en los niveles de cortisol y hormona del crecimiento (24).

FACTORES IMPLICADOS EN LA MAGNITUD DEL EFECTO PLACEBO

Factores del paciente: No existe hasta la fecha evidencia consistente acerca de la existencia de algún tipo de pa-

ciente respondedor a placebo. Sin embargo se ha visto que factores como la percepción de autoeficacia, adherencia a tratamiento (2), optimismo, etc., podrían estar relacionados con la magnitud del efecto (25).

Factores del tratamiento: Hay estudios que sugieren que la percepción del paciente acerca de la eficacia de un comprimido se relaciona con variables como el color, tamaño, nombre comercial, número de tabletas a tomar, etc. (8). Estos factores podrían actuar a través del mecanismo de expectación ya explicado.

Intervenciones más invasivas o dolorosas producirían mayor efecto placebo (8). El caso de la cirugía es ilustrativo: En un clásico estudio de 1959 que evaluó la eficacia de la ligadura de la arteria mamaria interna, un tratamiento de uso común en esos tiempos para la angina pectoris, contra un grupo control al que sólo se le practicaron las incisiones en la piel, ambos grupos obtuvieron mejoría significativa comparable (26). Otros ejemplos son un estudio de instalación de marcapasos para prevención de síncope vasovagales (27, 28) y un estudio de pacientes con enfermedad de Parkinson randomizados para recibir (a través de cirugía estereotáxica) implantes cerebrales de células dopaminérgicas embrionarias humanas o cirugía placebo, mostrando una mejoría significativa a largo plazo en ambos grupos (29).

Sin embargo el uso de cirugía-placebo como control en estudios clínicos es éticamente controversial.

Factores de la relación médico-paciente: La historia personal de interacciones con el tratante puede afectar la expectación del paciente de tener buenos resultados. Además la interacción con el tratante produce efectos no específicos tales como la reducción de la ansiedad o mejoría del ánimo (25). Estos efectos no específicos también han sido descritos como determinantes para los resultados clínicos de una intervención (2).

NEUROBIOLOGÍA DEL EFECTO PLACEBO

Tres condiciones clínicas han sido el blanco principal de los investigadores de la neurobiología del EP. Éstas son dolor, enfermedad de Parkinson y depresión.

Efecto placebo y analgesia

El estudio de la neurobiología del efecto placebo comenzó en 1978, cuando Levine *et al.* demostraron que la analgesia inducida por placebo podía ser bloqueada por la administración encubierta de naloxona, un reconocido antagonista de los receptores opioides, implicando así al sistema opioide endógeno en la

respuesta analgésica inducida por placebo (30). Otros estudios más rigurosos han replicado estos resultados (31, 32). En concordancia con estos hallazgos también se ha demostrado que la proglumida, un antagonista de la acción anti-opioide de la colecistokinina, aumenta la magnitud de la analgesia inducida por placebo (32, 33).

La analgesia activada por placebo también puede producir depresión respiratoria (conocido efecto colateral de los opioides) bloqueada por naloxona (34).

Se ha planteado que otros mecanismos no opioides estarían también involucrados en la analgesia inducida por placebo, como sugiere el hallazgo de que la analgesia puede ser o no revertida por naloxona, dependiendo del procedimiento mediante el cual se induzca la respuesta placebo: al inducirlo mediante expectación con claves verbales o mediante condicionamiento con un analgésico opioide el efecto fue revertido por naloxona, mientras que al condicionar la analgesia con un AINE el efecto no fue revertido por naloxona (35).

Además de esta aproximación farmacológica al estudio de la analgesia inducida por placebo se han agregado estudios de neuroimagen que refuerzan los hallazgos anteriores: Petrovic *et al.* (2002) describieron una coincidencia de incremento de flujo sanguíneo cerebral por administración sistémica de remifentanil, un agonista de receptores μ -opioides y por administración de placebo con expectación de analgesia en la corteza cingulada anterior rostral. Los individuos que fueron respondedores a placebo en este estudio mostraron mayor incremento de flujo cerebral en respuesta a remifentanil en la corteza cingulada anterior rostral en relación a los no respondedores (36). Wager *et al.* (2004) midieron actividad neuronal mediante fMRI durante administración de placebo con expectación de analgesia. La administración de placebo se relacionó con reducción de actividad en regiones respondedoras al dolor, mientras los sujetos recibían un estímulo doloroso térmico. Estas regiones fueron la corteza cingulada anterior, corteza insular y tálamo. Aunque la metodología no exploraba la neuroquímica del efecto, coincidentemente las regiones involucradas tienen gran cantidad de receptores μ -opioides y muestran aumento de flujo sanguíneo con la administración de remifentanil (37).

Zubieta *et al.* (2005) demostraron indirectamente mediante PET la liberación de opioides endógenos durante la analgesia placebo. Usaron un marcador radioactivo antagonista competitivo de los receptores μ -opioides, carfentanil, que fue desplazado por los opioides endógenos liberados en condiciones de analgesia placebo en la corteza cingulada anterior, corteza

prefrontal dorsolateral, corteza insular y núcleo acumens, comparado con la situación de dolor sin administración de placebo (38).

Efecto placebo y Enfermedad de Parkinson

Varios estudios clínicos de pacientes con enfermedad de Parkinson (39) han mostrado mejoría comparable tanto en el grupo tratado farmacológicamente como en el grupo control con placebo. También estudios clínicos de tratamiento quirúrgico han mostrado tal efecto (29). Esto ha motivado el estudio de la neurobiología del EP en esta patología.

Se ha demostrado mejoría en el desempeño motor de pacientes con Parkinson al administrarles una sustancia inerte diciéndoles que se trataba de un potente fármaco antiparkinsoniano (39). Esta mejoría se ha relacionado con un aumento de liberación de dopamina en el cuerpo estriado de los pacientes respondedores a placebo, evidenciado mediante estudios con PET para cuantificar la competencia entre la dopamina endógena y el raclopride, un radiomarcador competitivo de los receptores dopaminérgicos D1/D2 (40).

Estudios de pacientes con implantes crónicos de electrodos para estimulación cerebral profunda (DBS) han mostrado que la expectación de un pobre desempeño versus un buen desempeño motor puede modular el efecto terapéutico al estimular el núcleo subtalámico, cuantificado mediante la velocidad de respuesta de la mano derecha, que fue mayor cuando el paciente esperaba un buen desempeño motor (14, 41). Registros de neurona única han mostrado una disminución significativa en la tasa de descarga de neuronas del núcleo subtalámico en relación a la administración de un placebo. Esto se correlaciona con una mejoría de la rigidez de los pacientes respondedores a placebo, según su relato subjetivo y según el examen de un neurólogo, no así los no respondedores, en quienes no se produjo una disminución en la tasa de descarga ni la rigidez. Esta disminución de la tasa de descarga y disminución del patrón de descarga en salvas (característico en el STN de los pacientes con Parkinson) podría estar relacionado con el aumento de liberación de dopamina visto en otros estudios anteriormente citados (42).

Se ha postulado una relación entre la respuesta a placebo en Parkinson y el sistema de recompensa (R18-43)(R19-44).

De esta forma la enfermedad de Parkinson se ha convertido en un buen modelo para el estudio del efecto placebo mediado por expectación sobre el control motor.

Efecto placebo y depresión

En ensayos clínicos de antidepresivos se ha visto consistentemente una gran magnitud de respuesta a placebo (45-47). Ésta es una razón por la que, a pesar de existir bastantes fármacos de efectividad probada, aún se sigue utilizando el control contra placebo en los ensayos de nuevos fármacos antidepresivos. Sin embargo existe alguna evidencia de que la respuesta a placebo en depresión sería de corta duración en comparación al efecto más sostenido en el tiempo de la medicación activa que prevendría recaídas y recurrencias (48).

Es importante considerar las variables confundentes que dificultan el estudio del efecto placebo en depresión, como por ejemplo la subjetividad de los *outcomes* clínicos (47). Éste y otros factores como la heterogeneidad del grupo de pacientes deprimidos (criterios diagnósticos, características de personalidad, número de episodios previos, etc.) hacen necesario ser cuidadosos al diseñar e interpretar los resultados de estudios que examinen explícitamente el efecto placebo en depresión (49).

En un estudio de tratamiento antidepresivo con un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (fluoxetina) y un antidepresivo inhibidor de la recaptura de serotonina y noradrenalina (venlafaxina) contra placebo en un grupo de 51 pacientes con trastorno depresivo mayor, Leuchter *et al.* (47) encontraron cambios electroencefalográficos significativos en los pacientes respondedores a placebo, distintos a los cambios vistos en el grupo con tratamiento farmacológico. Estos cambios se mantuvieron a lo largo de las 9 semanas de duración del experimento y no aparecieron en el grupo de pacientes no respondedores (tanto a placebo como a fármacos). Es muy interesante que en el grupo de pacientes respondedores a placebo se viera un aumento de la actividad prefrontal mientras en los respondedores a tratamiento farmacológico se vio una disminución de activación en esta área en comparación al basal y al grupo de los no respondedores. La evaluación clínica de los pacientes respondedores tanto a placebo como a fármacos mostró mejoría significativa y comparable según la escala Hamilton de depresión.

ASPECTOS ÉTICOS

El uso de placebos tanto en la práctica clínica como en la investigación es controversial.

El argumento usado en contra de su uso es que implica un engaño y una violación a la autonomía y al consentimiento informado de los pacientes (9).

Sin embargo, el placebo puede ser una terapia eficaz en algunos casos y su uso clínico no siempre implica un engaño. Incluso se ha planteado que en casos seleccionados su uso puede llegar a ser incluso moralmente imperativo según el principio de que cualquier tratamiento que beneficie al paciente debe ser incorporado a la práctica clínica. Así, ¿sería antiético administrar un placebo a un paciente que, por ejemplo, padezca una condición para la cual no exista terapia probada y en quien el placebo haya demostrado efectividad? ¿Cómo conciliar los principios éticos de beneficencia y autonomía en este caso? (50).

Un reciente estudio en que se encuestó a médicos internistas y reumatólogos de Estados Unidos mostró que alrededor de la mitad de los encuestados prescribía placebos en su práctica habitual y sólo un bajo porcentaje de ellos se lo informaba a sus pacientes. Además la mayoría de los encuestados pensaba que esta práctica era éticamente admisible (9).

Un ejemplo de dilema ético en el ámbito de la investigación clínica es el uso de control con placebo para el estudio de nuevos tratamientos quirúrgicos. Esto plantea la necesidad de escoger el menor de dos males éticos: por una parte la evaluación rigurosa de un nuevo tratamiento quirúrgico aceptando el riesgo de una intervención placebo mínimamente invasiva en un número limitado de pacientes cuidadosamente informados y monitorizados en el contexto de un RCT, o por otra, permitir pasivamente que miles de pacientes tomen un mayor riesgo en la práctica clínica sin conocer la real eficacia del procedimiento (29-51). Además, sin necesidad de ir a un caso tan extremo como el anterior, el uso de control con placebo en estudios clínicos de farmacoterapia, cuando hay terapia conocida eficaz, sin duda resulta éticamente inadmisibles y pese a ello es una práctica aún habitual en los países en desarrollo (52-54).

COMENTARIOS FINALES

Si bien es cierto que la magnitud del efecto placebo en los RCT puede ser sobreestimada por otros factores que influyen en la mejoría ("efecto placebo percibido") (12), no es menos cierto que el diseño de los RCT (enfocado en reconocer la real eficacia de un tratamiento y no la magnitud del efecto placebo) probablemente dificulte la producción de un efecto placebo más robusto como podría ocurrir en una buena relación médico-paciente, en la cual el enfermo está informado y tiene certeza del tratamiento que recibirá, en un marco ideal de confianza y optimismo entregado por el médico. (En contraste con un estudio doble ciego en que el paciente no sabe si pertenecerá al grupo tratamiento o control,

disminuyendo por consiguiente su expectación de un buen resultado) (41).

Por ésta entre otras razones, resulta imperativo el diseño de nuevas metodologías para el estudio del EP. Una aproximación interesante al respecto es el paradigma de terapia abierta y oculta que permite investigar el efecto placebo real de una terapia sin necesidad de utilizar ningún placebo (18). Lamentablemente en la mayoría de los casos es difícil de implementar.

Una comprensión más acabada del EP, su magnitud y mecanismos de acción en distintos tipos de patología, podría en el futuro hacer innecesario el uso de control con placebo para probar la eficacia de nuevos tratamientos, dejando atrás los actuales dilemas éticos que su uso representa en la investigación clínica.

La validación del EP como un fenómeno psicofisiológico objetivable rescata la importancia de la relación médico-paciente como herramienta terapéutica aún fundamental en el marco de una medicina cada vez más tecnificada, y nos acerca un poco más a la difícil comprensión de la relación "mente-cuerpo".

REFERENCIAS

- Hrobjartsson A. What are the main methodological problems in the estimation of placebo effects? *J Clin Epidemiol* 2002; 55(5): 430-435
- Kaptchuk T. The Placebo Effect in Alternative Medicine: Can the Performance of a Healing Ritual Have Clinical Significance? *Ann Intern Med* 2002; 136: 817-825
- Ernst E. Placebo: new insights into an old enigma. *Drug Discov Today* 2007; 12: 413-8
- Shapiro A. The placebo effect in the history of medical treatment. Implications for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1959; 116: 298 - 304.
- Kaptchuk T. Powerful placebo: the dark side of the randomised controlled trial. *The Lancet* 1998; 351: 1722-1725
- Lichtenberg P, Heresco-Levy U, Nitzan U. The ethics of the placebo in clinical practice. *J Med Ethics* 2004; 30: 551-554
- Vallance. Something out of nothing: the placebo effect. *Advan Psychiatr Treat* 2006; 12: 287-296
- Moerman D, Jonas W. Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response. *Ann Intern Med* 2002; 136: 471 - 476
- Tilburt J, Emanuel E, Kaptchuk T, Curlin F, Miller F. Prescribing "placebo treatments": results of national survey of US internists and rheumatologists. *BMJ* 2008; 337:a1938
- Miller F, Rosenstein D. The nature and power of the placebo effect. *J Clin Epidemiol* 2006; 59(4): 331-5
- Kienle G, Kiene H. The powerful placebo effect: fact or fiction? *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 1311-8
- Ernst E, Resch K. Concept of true and perceived placebo effects. *BMJ* 1995; 311: 551 - 553
- Diederich N, Goetz C. The placebo treatments in neurosciences: New insights from clinical and neuroimaging studies. *Neurology* 2008; 71: 677-684
- Pollo A, Torre E, Lopiano L, Rizzone M, Lanotte M, Cavanna A *et al.* Expectation modulates the response to subthalamic nucleus stimulation in Parkinsonian patients. *Neuroreport*; 2002; 13: 1383-6
- Montgomery G, Kirsch I. Classical conditioning and the placebo effect. *Pain* 1997; 72: 107-13
- Luparello T, Lyons H, Bleeker E, McFadden E, Jr. Influences of Suggestion on Airway Reactivity in Asthmatic Subjects *Psychosom Med* 1968; 30: 819-825
- Lanotte M, Lopiano L, Torre E, Bergamasco B, Colloca L, Benedetti F. Expectation enhances autonomic responses to stimulation of the human subthalamic limbic region. *Brain Behav Immun* 2005; 19: 500-9
- Colloca L, Lopiano L, Lanotte M, Benedetti F. Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2004; 3: 79-84
- Ader R, Cohen N. Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med* 1975; 37: 333.
- Ader R, Cohen N. Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus. *Science* 1982; 215: 1534-1536
- Goebel M, Trebst A, Steiner J, Xie Y, Exton M, Frede S *et al.* Behavioral conditioning of immunosuppression is possible in humans *FASEB J* 2002; 16: 1869
- Stockhorst U, Gritzmann E, Klopp K, Schottenfeld-Naor Y, Huebinger A, Berresheim H *et al.* Classical Conditioning of Insulin Effects in Healthy Humans. *Psychosom Med* 1999; 61: 424
- Stockhorst U, Mahl N, Krueger M, Huenig A, Schottenfeld-Naor Y, Huebinger A *et al.* Classical conditioning and conditionability of insulin and glucose effects in healthy humans. *Physiol Behav* 2004; 81: 375-88
- Benedetti F, Pollo A, Lopiano L, Lanotte M, Vighetti S, Rainero I. Conscious Expectation and Unconscious Conditioning in Analgesic, Motor, and Hormonal Placebo/Nocebo Responses *J. Neurosci* 2003; 23: 4315
- Oken B. Placebo effects: clinical aspects and neurobiology. *Brain* 2008; 131: 2812-2823
- Cobb L, Thomas G, Dillard D, Merendino K, Bruce R. An evaluation of internal-mammary-artery ligation by a double-blind technic. *N Engl J Med* 1959; 260: 1115-8
- Connolly S, Sheldon R, Thorpe K, Roberts R, Ellenbogen K, Wilkoff B *et al.* Pacemaker Therapy for Prevention of Syncope in Patients With Recurrent Severe Vasovagal Syncope. Second Vasovagal Pacemaker Study (VPS II): A Randomized Trial. *JAMA* 2003; 289: 2224-2229
- Olshansky B. Placebo and Nocebo in Cardiovascular Health: Implications for Healthcare, Research, and the Doctor-Patient Relationship. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 415-421
- McRae C, Cherin E, Yamazaki T, Diem G, Vo A, Russell D *et al.* Effects of Perceived Treatment on Quality of Life and Medical Outcomes in a Double-blind Placebo Surgery Trial. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 412 - 420
- Levine J, Gordon N, Fields H. The mechanism of placebo analgesia. *Lancet* 1978; 2: 654-7
- Terrieta G, De Craenb A, De Boerc A, Kessela A. Is placebo analgesia mediated by endogenous opioids? A systematic review. *Pain* 1998; 76: 273-275
- Benedetti F. The opposite effects of the opiate antagonist naloxone and the cholecystokinin antagonist proglumide on placebo analgesia. *Pain* 1996; 64: 535-43
- Benedetti F, Amanzio M, Maggi G. Potentiation of placebo analgesia by proglumide. *The Lancet* 1995; 346: 1231
- Benedetti F, Amanzio M, Baldi S, Casadio C, Cavallo A, Mancuso M *et al.* The specific effects of prior opioid exposure on placebo analgesia and placebo respiratory depression. *Pain* 1998; 75: 313-319

35. Amanzio M, Benedetti F. Neuropharmacological Dissection of Placebo Analgesia: Expectation-Activated Opioid Systems versus Conditioning-Activated Specific Subsystem. *The Journal of Neuroscience* 1999; 19: 484-494
36. Petrovic P, Kalso E, Petersson K, Ingva M. Placebo and Opioid Analgesia – Imaging a Shared Neuronal Network. *Science* 2002; 295: 1737
37. Wager T, Rilling J, Smith E, Sokolik A, Casey K, Davidson R *et al.* Placebo-Induced Changes in fMRI in the Anticipation and Experience of Pain. *Science* 2004; 303: 1162
38. Zubieta J, Bueller J, Jackson L, Scott D, Xu Y, Koeppel R *et al.* Placebo Effects Mediated by Endogenous Opioid Activity on μ -Opioid Receptors. *J Neurosci* 2005; 25: 7754-7762
39. Goetz C, Leurgans S, Raman R, Stebbins G. Objective changes in motor function during placebo treatment in PD. *Neurology* 2000; 54: 710
40. De La Fuente-Fernández R, Ruth T, Sossi V, Schulzer M, Calne D, Stoessl A. Expectation and Dopamine Release: Mechanism of the Placebo Effect in Parkinson's Disease. *Science* 2001; 293: 1164
41. Mercado R, Constantoyannis C, Mandat T, Kumar A, Schulzer M, Stoessl AJ, Honey CR. Expectation and the placebo effect in Parkinson's disease patients with subthalamic nucleus deep brain stimulation. *Mov Disord* 2006; 21(9): 1457-61
42. Benedetti F, Colloca L, Torre E, Lanotte M, Melcarne A, Pesare M *et al.* Placebo-responsive Parkinson patients show decreased activity in single neurons of subthalamic nucleus. *Nat Neurosci* 2004; 7: 587-8
43. Lidstone S, De La Fuente-Fernández R, Stoessl A. The placebo response as a reward mechanism. *Seminars in Pain Medicine* 2005; 3(1): 37-42
44. De La Fuente-Fernández R, Schulzer M, Stoessl A. Placebo mechanism and reward circuitry: clues from Parkinson's disease. *Biological Psychiatry* 2004; 56: 67-71
45. Rihmer Z, Gonda X. Is drug-placebo difference in short-term antidepressant drug trials on unipolar major depression much greater than previously believed? *Journal of Affective Disorders* 2008; 108: 195-198
46. Walsh B, Seidman S, Sysko R, Gould M. Placebo Response in Studies of Major Depression: Variable, Substantial, and Growing. *JAMA* 2002; 287: 1840-1847
47. Leuchter A, Cook I, Witte E, Morgan M, Abrams M. Changes in Brain Function of Depressed Subjects During Treatment With Placebo. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 122-129.
48. Mayberg H, Silva A, Brannan S, Tekell J, Mahurin R, Mc Ginnis S *et al.* The Functional Neuroanatomy of the Placebo Effect. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 728-737
49. Benedetti F, Mayberg H, Wager T, Stohler C, Zubieta J. Neurobiological Mechanisms of the Placebo Effect. *J Neurosci* 2005; 25: 10390-10402
50. Lichtenberg P, Heresco-Levy U, Nitzan U. The ethics of the placebo in clinical practice. *J Med Ethics* 2004; 30: 551-554
51. Rascol O. Assessing the risk of a necessary harm: Placebo surgery in Parkinson disease. *Neurology* 2005; 65: 982-983
52. Michels K, Rotham K. Update on unethical use of placebos in randomised trials. *Bioethics* 2003; 17(2): 188-204
53. Ehni H, Wiesing U. International ethical regulations on placebo-use in clinical trials: a comparative analysis. *Bioethics* 2008; 22(1): 64-74
54. Lie R. Ethics of placebo-controlled trials in developing countries. *Bioethics* 1998; 12(4): 307-11.

ENSAYO

PSICOPATÍA Y NIHILISMO PSICOTERAPÉUTICO

(Rev GPU 2009; 5; 3: 343-350)

Fabián Pavez¹

El descubrimiento del sistema de neuronas en espejo (SNE) (1) ha traído consigo el optimismo de quienes consideran que los seres humanos estarían “cableados para la empatía”. Entre ellos, el neurocientífico Marco Iacoboni, quien sostiene que “... *este nivel explícito de comprensión de nuestra naturaleza empática en algún momento disolverá los sistemas masivos de creencias que dominan nuestras sociedades y amenazan con destruirnos*” (2). En este sentido, autores como Gary Olson han sostenido que una base neurológica para la empatía en sí misma no determina el comportamiento moral entre los individuos en un contexto social; por tanto, ni una explicación biológica reduccionista, ni un argumento en el sentido de que “la cultura siempre puede más que la naturaleza”, son sostenibles. Más bien, existiría una “neropolitica moral” a través de la cual la vida cultural interviene en la composición del proceso cuerpo/cerebro y viceversa (3).

INTRODUCCIÓN

Rizzolatti, uno de los descubridores del SNE, señala que éste nos permitiría “*captar las mentes de los demás no a través del razonamiento conceptual sino a través de una estimulación directa de los sentimientos*” y hay quienes, desde el darwinismo, han sostenido que la empatía sería un rasgo seleccionado evolutivamente por las ventajas que proveería en términos de supervivencia (3).

Sin embargo, esta última aproximación no resulta novedosa si se conoce el trabajo del naturalista, geógrafo y anarquista, Piotr Kropotkin; quien en su libro “El apoyo mutuo”, publicado en 1902, sostiene que “... *en cualquier circunstancia la sociabilidad es la mayor ventaja en la lucha por la vida*”. Kropotkin afirmó que la ayuda

mutua era un “*instinto moral*”, por tanto, la sociabilidad humana (fundada en la empatía) sería de origen “prehumano”; idea rescatada por Killen y Cords, quienes en su artículo “Prince Kropotkin’s Ghost” (4) sugieren que estudios en psicología del desarrollo y primatología apoyarían las afirmaciones que éste hiciera hace más de un siglo.

Ahora bien, si existe una base biológica que nos predispone a la empatía y, por extensión, al apoyo mutuo y la solidaridad, su expresión dependerá de ciertas experiencias vitales, como sostiene Ervin Staub y afirma radicalmente Jensen: “*el modo en que se nos educa y se nos entretiene evita que nos enteremos, o que entendamos, el dolor de los demás*” (3).

Sin embargo, existe evidencia de alteraciones a nivel del SNE que estarían involucradas en el desarrollo

¹ Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

de entidades patológicas que presentan entre sus características la incapacidad de empatizar y/o “ver a un *otro con mente*”; a saber: el autismo y la psicopatía, sugiriendo que la indemnidad de este sistema sería un requisito básico para el comportamiento social (5- 7).

En esta línea se enmarca uno de los objetivos del presente artículo: revisar la evidencia al respecto en psicopatía, a fin de evaluar los alcances de la comprensión de dichos aspectos en su enfoque psicoterapéutico. Por otra parte, se provee de una revisión de la evidencia disponible de tratamientos.

Teniendo en cuenta las similitudes entre ambos trastornos y considerando el rol demostrado de las intervenciones tempranas en individuos del espectro autista (8), no resulta descabellado plantear el desarrollo de este tipo de intervenciones en psicopatía como una alternativa válida, a fin de superar el nihilismo terapéutico imperante en su enfrentamiento.

NEURONAS EN ESPEJO, TEORÍA DE LA MENTE, AUTISMO Y PSICOPATÍA

El año 1996 se describió un tipo de células en el cerebro de los macacos, que fueron denominadas “neuronas espejo”. Éstas estaban situadas en el área F5 de la corteza premotora y disparaban no sólo cuando el mono ejecutaba una acción sino también cuando éste observaba a otro realizando la misma acción (1). Posteriormente, sería descrito el SNE en humanos (9).

Se cree que estos circuitos neuronales, que en los humanos incluyen el sistema límbico (facilitando la conexión con los sentimientos de otra persona), constituirían la base del comportamiento empático; entendiéndolo como la inferencia de los estados mentales y sentimientos de otro de acuerdo a contextos sociales.

La noción filosófica de “teoría de la mente” fue adoptada por los cognitivistas para explicar, en principio, algunas de las dificultades experimentadas por los autistas. Se asume que para operar en el mundo de las interacciones humanas es necesario comprender que los otros tienen mentes similares, pero nunca idénticas a la propia, proceso que evoluciona durante los primeros cinco años de vida en sujetos de desarrollo normal (10). En esencia, correspondería a la capacidad de comprender las conductas propias y de otros en términos de estados mentales tales como creencias, sentimientos y motivaciones (11).

Así, se ha sugerido que las dificultades sociales propias del autismo surgirían de la incapacidad de conceptualizar que los otros tienen mente y puntos de vista diferentes a los propios. De este modo, las

personas no serían vistas distintas a un objeto, y como resultado el mundo interpersonal es inexplicable e impredecible (10).

Existen trabajos que sugieren que el procesamiento de expresiones faciales asociado a la empatía reclutaría áreas cerebrales vinculadas con el SNE y los mecanismos de la teoría de la mente. La activación de las neuronas en espejo en pruebas de habilidades empáticas sin componentes motores explícitos, apoya la visión de que el SNE no sólo estaría involucrado en la cognición motora sino también en la cognición emocional interpersonal. Así, un interjuego entre la teoría de la mente y los mecanismos del SNE podría dar cuenta de la mantención de la distinción entre el yo y los otros durante las interacciones interpersonales empáticas (12).

Así también, se han documentado distintas alteraciones en el funcionamiento cognitivo de las personas con autismo; sin embargo, recientemente ha adquirido relevancia la teoría que vincula al SNE con el desarrollo de dicha patología (13). Considerando las alteraciones en la imitación que presentan los pacientes autistas (dificultad para imitar acciones voluntariamente y para inhibir imitaciones más estereotipadas, como la ecolalia) a la luz de los hallazgos del SNE, se sugiere que fallas en el desarrollo temprano de dicho sistema probablemente acarrearían la constelación de alteraciones propia del síndrome clínico del autismo (5).

Es necesario destacar que el concepto de mentalización no se corresponde con el de empatía, pues el primero se refiere específicamente a la capacidad de representar los estados mentales de sí mismo y otros; el segundo implica resonancia emocional con otra persona (11). Esta distinción no resulta antojadiza, pues una diferencia sustancial entre el psicópata y el autista es precisamente ésta: el psicópata eventualmente podría representar el estado mental de otro; sin embargo, es incapaz de contactarse emocionalmente con el otro. El autista, como ya se señaló, carece de teoría de la mente.

Hansman-Wijnands y Hummelen describen el déficit empático como un síntoma central de ambos trastornos. Sin embargo, en la psicopatía existirían signos de déficit empático “emocional” (insensibilidad), mientras que en los trastornos del espectro autista existiría un déficit empático “cognitivo” (expresado en la incapacidad de tomar perspectiva respecto a la otra persona, que los autores califican como “inocencia”) (14). En este sentido, los autores parecen adoptar la definición de empatía de Blair, quien describe tres tipos de empatía vinculados a mecanismos neurales distintos: empatía cognitiva, motora y emocional (15).

El comportamiento antisocial que puede acompañar a ambos trastornos podría explicarse de acuerdo a los tipos de déficit empático planteados por los investigadores: el psicópata presentaría manipulación y explotación de los otros; el autista presentaría comportamiento antisocial por evaluación incorrecta de las situaciones sociales.

Finalmente, se han propuesto alteraciones en el funcionamiento de la corteza orbitofrontal y la amígdala como causa del déficit empático (14, 16).

EL CONSTRUCTO CLÍNICO DE LA PSICOPATÍA

El concepto de psicopatía fue introducido hace aproximadamente 200 años por Pinel. Es un constructo complejo de personalidad caracterizado por una constelación de características afectivas, interpersonales y conductuales, que incluyen: egocentrismo, tendencia a la manipulación y al engaño; falta de empatía, culpa y remordimiento; y una tendencia a la violación de las normas sociales, incluyendo conductas criminales. Corresponde a una dimensión supraordinal de personalidad, por tanto se superpone con algunos trastornos de personalidad del eje II de la cuarta versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), incluyendo los trastornos de personalidad antisocial, narcisista, límite, paranoide e histriónico (17).

La psiquiatría alemana del siglo diecinueve consideraba dentro de la "psicopatía" todas aquellas variantes extremas de la personalidad normal. En contraste, el concepto de psicopatía en Estados Unidos e Inglaterra se basó en la tradición de la "insanidad moral", en la cual se consideraban como psicópatas todos aquellos individuos desviados de la norma social, sin consideraciones de características específicas de personalidad.

El DSM-III introdujo en 1980 la categoría de "trastorno de personalidad antisocial" siguiendo la tradición de la insanidad moral, como una anomalía psicológica inferida de la desviación de la norma social.

De este modo, las conceptualizaciones han evolucionado desde aquellas basadas en la personalidad a las más actuales, basadas en aspectos conductuales. En este sentido existe una diferencia entre la psicopatía y los trastornos oposicionista desafiante y conductual en niños; y el trastorno de personalidad antisocial en adultos.

El trabajo de Cleckley, "The Mask of Sanity", aportó una conceptualización de la personalidad psicopática en la que describió un set estable de características maladaptativas, actitudes y comportamientos de inicio en la infancia que conducen a consecuencias indeseables tales como conducta antisocial, criminalidad, violencia y abu-

so de sustancias. Dentro de las características específicas de la psicopatía incluyó la falta de culpa, baja empatía, incapacidad para aprender de la experiencia, arrogancia, estilo interpersonal embustero y encanto superficial.

La descripción clínica de Cleckley ha tenido una fuerte influencia en la investigación empírica en psicopatía, particularmente en Estados Unidos, pues forma parte de la base de la operacionalización del constructo de la psicopatía mediante herramientas como la *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) y sus derivados: *Psychopathy Checklist Screening Version* (PCL:SV) y *Psychopathy Checklist: Youth Version* (PCL:YV). Éstas se basan en un modelo de cuatro factores, que incluyen características interpersonales, afectivas, conductas antisociales y estilo de vida impulsivo-irresponsable (18).

Por otra parte, Hare describe dos factores, a saber: el uso de los otros de manera egoísta, cruel y sin remordimiento; y el estilo de vida crónicamente inestable, antisocial.

De los 16 criterios de Cleckley, sólo 7 son similares a los de la clasificación de Hare. Sólo un tercio de los ítems de la PCL-R representa los criterios de psicopatía de Cleckley (19).

Más aún, la definición de psicopatía mediante criterios de naturaleza politética (es decir, un amplio set de criterios que no son ni necesarios ni suficientes por sí mismos para definir la categoría) determina que distintos grupos de características califiquen para psicopatía, existiendo la posibilidad de distintas "constelaciones de psicópatas", con diferentes alternativas de respuesta a tratamiento.

El concepto de psicopatía descansa en la presunción de que ciertos individuos tienen en común un set particular de comportamientos y características de personalidad. Este concepto ha evolucionado, desarrollándose medidas de evaluación de naturaleza politética, lo cual complica la tesis de que la psicopatía es un trastorno intratable.

Finalmente, es necesario recalcar que la psicopatía no es sinónimo de trastorno de personalidad antisocial (TPA), pues en la primera se enfatizan los síntomas interpersonales/afectivos mientras que en la segunda entidad el foco está puesto en la conducta. Esta diferencia se refleja en la relación entre TPA y psicopatía en delinquentes adultos, donde un 90% de los psicópatas cumple los criterios DSM-IV para TPA, pero sólo un 25% de aquellos con TPA califican para psicopatía (17).

ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS EN PSICOPATÍA

Aún no existe certeza respecto a los factores ambientales y biológicos, cuyas complejas interacciones deter-

minan y/o mantienen este trastorno. Aunque la adversidad social y estilos parentales adversos contribuyen, existe creciente evidencia de factores neurobiológicos de importancia (i.e. reducción de la función serotoninérgica a nivel central que determina agresión impulsiva y características antisociales), así como también existen estudios de neuroimagen funcional que sugieren alteraciones funcionales en el circuito amígdala-corteza orbitofrontal (17).

Se han descrito características en pruebas de neurociencia cognitiva, como por ejemplo alteraciones en procesamiento de recompensas y dificultades en el reconocimiento de expresiones de miedo de otros (20, 21, 22).

En cuanto al estudio de la psicopatía y el SNE, existe escasa evidencia disponible. Se ha explorado la relación entre el SNE sensorio-motriz en psicópatas mediante un paradigma de observación pasiva de estímulos dolorosos aplicados a un modelo humano, observándose reducción de la excitabilidad motora cortical en estos pacientes. Además, la mayor modulación de la excitabilidad cortical se correlacionaba con más altos puntajes en la escala de "coldheartedness" (definido como propensión hacia la crueldad, ausencia de culpa e insensibilidad) del Inventario de Personalidad Psicopática (en inglés, P.P.I.) (7).

La mayor modulación de la excitabilidad cortical se ha asociado a mayor respuesta sensitiva respecto a la observación de un estímulo doloroso, lo cual resulta paradójico si consideramos la "frialdad" e "insensibilidad" del psicópata. Sin embargo, se ha planteado que se trataría de empatía "sensitiva" y no "emocional", lo que interpretado a la luz de la naturaleza manipuladora del psicópata y su capacidad de explotar las debilidades del resto, le conferiría una ventaja sustancial en términos de poder comprender los estados físicos (y eventualmente mentales) de otros para dañar o manipular (7).

Existen trabajos (23) que han testeado teoría de la mente en criminales con trastorno de personalidad antisocial y psicopatía, mostrando que no difieren de sujetos controles; aún más, los psicópatas tuvieron un rendimiento tan bueno como los controles en la detección de estados mentales complejos y expresiones faciales (24).

En este sentido, los psicópatas presentarían alteraciones a nivel de empatía "emocional" y no "motora", así como la teoría de la mente no estaría necesariamente alterada en estos individuos, a diferencia de los cuadros del espectro autista, en los cuales existe evidencia neurobiológica de conservación de la empatía "emocional" y déficit en teoría de la mente y empatía "motora", como ya ha sido mencionado previamente en el presente artículo.

PSICOPATÍA: TEORÍAS ETIOLÓGICAS Y DEL DESARROLLO

En su trabajo, Salekin (19) revisa 12 teorías de la psicopatía: (a) Psicodinámica (Aichorn, 1966; Cleckley, 1941; Draughon, 1977; Redl & Wineman, 1952), (b) Cognitiva y de aprendizaje (Eron, 1997; Templeman & Wollersheim, 1979), (c) *Role-playing* (Goush, 1948), (d) Búsqueda de sensaciones (Quay, 1965), (e) Modelo de extraversión (Eysenck, 1981), (f) Basada en el apego (Bowlby, 1969), (g) Modelos neurológicos de Hare (Hare, 1998), (h) Modulación de respuesta (Newman, 1998), (i) Modelo de escaso temor (Lykken, 1995) (j) Marcadores somáticos (Damasio, 1994), (k) Temperamento Cruel/No-emocional (Frick, 1998), y (l) Coacción psicopática (Lynam, 1996).

Sin duda no son éstas la totalidad de las teorías propuestas para la explicación del fenómeno de la psicopatía, ni tampoco es el motivo del presente trabajo revisar cada una de ellas en detalle; sin embargo, es necesario destacar que la presencia de tan amplia variedad de hipótesis explicativas no hace sino confirmar que la etiología de la psicopatía no es bien conocida. Por otra parte, ninguna de las teorías provee una base sólida para la creencia de que no existe tratamiento.

Nueve de estas teorías sugieren que existe una predisposición para la psicopatía, las tres restantes apoyan el desarrollo a través de un set específico de condiciones ambientales. Es posible que la psicopatía se desarrolle de distintas maneras en diferentes individuos, con algunos que presentan predisposición, otros de acuerdo al ambiente, y algunos otros, producto de la interacción entre temperamento y ambiente. Es importante destacar que ninguno de los teóricos que sostienen la existencia de un estilo de temperamento o predisposición ha propuesto que el trastorno sea intratable.

La teoría psicodinámica comprende la psicopatía en función de un pobre desarrollo del yo y súper-yo, afirmando que el comportamiento psicopático sería el resultado de problemas en la infancia (interacciones adversas padre-hijo) que atrofian el desarrollo adecuado del súper yo. Kohut, por su parte, sostiene que se debería a disrupciones en la estructura del yo.

La noción de que la psicopatía es intratable puede derivar de la teoría psicoanalítica, la cual sugiere que la personalidad se establece los primeros 5 a 6 años de vida con escasos cambios desde entonces. Sin embargo, teorías más recientes sostienen que la personalidad es más maleable de lo que se creía previamente (19).

En este sentido, de acuerdo a la concepción psicoanalítica, las alternativas de tratamiento derivan del

fortalecimiento de las funciones yoicas y súper-yoicas o mejoramiento de las relaciones objetales. De acuerdo a las teorías más conservadoras, las intervenciones debieran concentrarse durante los primeros 5 años de vida; el problema de este punto de vista es que puede resultar en la negación de tratamiento a aquellos que son mayores de 6 años y que podrían beneficiarse de las intervenciones eventualmente.

En relación a las otras teorías revisadas, existen distintas alternativas de tratamiento; a saber: reestructuración cognitiva, contracondicionamiento, *modeling*, entrenamiento a los padres, intervenciones tempranas, entre otras (19).

NIHILISMO TERAPÉUTICO Y PSICOPATÍA

No hay duda de que la psicopatía trae consigo una cantidad considerable de frustración, confusión y pesimismo, tanto a clínicos como investigadores del tema. En este contexto, existe una creencia ampliamente difundida de que los individuos psicópatas son "inmunes a tratamiento" o, en el mejor de los casos, extremadamente difíciles de tratar.

Se presume que los obstáculos clave para un resultado positivo de las intervenciones psicológicas incluirían las características centrales de la personalidad psicopática (engaño, manipulación, ausencia de remordimiento), así como también falta de motivación, adherencia y capacidad de establecer una alianza terapéutica (17).

Sin embargo, una revisión de 42 estudios de tratamiento reveló que no existe una base científica que justifique la creencia de que la psicopatía es un trastorno intratable (19).

En el mismo sentido, D'Silva *et al.* demostraron mediante una revisión sistemática que no se dispone de evidencia suficiente para sostener la existencia de una relación inversa entre alto puntaje en la escala PCL-R y respuesta a tratamiento (25).

Así también, otros autores proponen que, a pesar de sus perturbaciones, algunos psicópatas pueden exhibir experiencias emocionales; como por ejemplo sentimientos normales hacia sus mascotas, parientes, arte, deportes, etc. En este sentido, Martens destaca la escasa atención que ha puesto la investigación a los aspectos saludables de la vida emocional de los psicópatas y la relevancia de estudiar los correlatos etiológicos, psicosociales y neurobiológicos del funcionamiento emocional normal en la psicopatía, enfatizando que en ciertas circunstancias pueden aparecer y desarrollarse dichos aspectos sanos. Esto sería de utilidad para el psicoterapeuta a fin de enfocarse en aquellos elementos

emocionales saludables e intentar expandirlos o vincularlos a otras áreas relacionadas: sociales, emocionales y morales (26).

EVIDENCIA DISPONIBLE EN TRATAMIENTO DE LA PSICOPATÍA

La mayoría de la investigación disponible en la literatura se focaliza en el comportamiento antisocial en general, existiendo una falta de buenos estudios controlados en psicopatía. En esta misma línea, la psicopatía ha sido vista tradicionalmente con particular pesimismo, dada la falta de evidencia de cualquier modo particular de terapia que sea consistentemente efectiva (17). A pesar de esto, existen algunos autores que, si bien sostienen la dificultad en el proceso psicoterapéutico de estos individuos, no plantean ausencia de respuesta a tratamiento (27); y otros, como Losel, que fue más allá y frente al pesimismo terapéutico se aventuró en delinear los principios clave, a su juicio, en el diseño de un programa potencialmente efectivo para delincuentes con características psicopáticas (ver Tabla).

Los tratamientos empleados en los trabajos evaluados por Salekin van desde la terapia electroconvulsiva (sin efecto en psicópatas) al psicodrama y el psicoanálisis tradicional, entre otras técnicas psicoterapéuticas.

El metanálisis de Salekin evidenció un éxito global de los distintos tratamientos del orden de un 62% ($p < 0,01$), lo que significa que para reducir el nivel de significancia a $p = 0,05$ se requerirían alrededor de 160 estudios con resultados nulos (casi cuatro veces la cantidad de estudios revisados). Respecto a las clasificaciones utilizadas en los diversos trabajos revisados, más de la mitad se basa en la conceptualización de Cleckley y sólo un 9% en la más actual, de Hare (19).

La proporción de pacientes que mejoran es mayor (81%) cuando se asocia psicoterapia individual con terapia de grupo; así también, la inclusión de los miembros de la familia en los programas de tratamiento parece mejorar los resultados de los pacientes (75%). Respecto a la frecuencia, la psicoterapia intensiva (cuatro sesiones por semana, por un año) demostró la más alta tasa de éxito (91%) (19).

Un hallazgo sorprendente es la efectividad de la terapia psicoanalítica en esta población, con una tasa promedio de éxito de un 59% basada en 17 estudios, con un tamaño muestral total de 88 pacientes de 8 a 55 años. Sugiriendo el autor del trabajo que las terapias orientadas al *insight* pueden disminuir las características psicopáticas (19), en contraparte a lo planteado por otros investigadores que sostienen que dichas estrategias psicoterapéuticas podrían reforzar la habilidad del

psicópata para manipular y engañar, incrementando su peligrosidad (17).

La tasa de éxito de la terapia cognitivo-conductual (T.C.C.) fue de 62% (5 estudios, n=246). Este tipo de enfoque psicoterapéutico está dirigido directamente a tratar algunas características psicopáticas (19). Una revisión de 2007 sobre la efectividad de la T.C.C. en jóvenes con conductas antisociales que se encuentran institucionalizados mostró que esta aproximación psicoterapéutica sería levemente más efectiva que el tratamiento estándar. Los efectos aparecen luego de un año posterior al egreso de los centros; sin embargo, no existe evidencia de efectos a largo plazo (28).

Las terapias eclécticas, que a menudo incluyen una combinación de técnicas cognitivo-conductuales y aproximaciones orientadas al *insight*, son también altamente efectivas, con una tasa promedio de éxito del 86% (19).

El método menos efectivo, de acuerdo a la investigación de Salekin, fueron las comunidades terapéuticas, con una tasa promedio de éxito del 25% (8 estudios, n=372) (19).

Al evaluar distintos moderadores de efecto, como la clasificación de psicopatía empleada en cada estudio, edad del paciente y duración del tratamiento, se encontró que la psicoterapia fue más efectiva en: (a) pacientes psicópatas de acuerdo a los criterios de Cleckley, (b) jóvenes más que adultos, y (c) tratamiento mayor a 6 meses de duración (con tratamiento de un año o más un 91% de los individuos se benefició). Sin embargo, se necesita más investigación para aclarar de manera conclusiva estas diferencias.

Respecto a las líneas de desarrollo a futuro, ya he mencionado el promisorio campo de las intervenciones tempranas. Dadas las dificultades para intervenir en aquellos individuos con un alto nivel de psicopatía, conducta delictual establecida y estilo de vida antisocial arraigado, este tipo de intervenciones surge como una estrategia que podría ser más efectiva. El objetivo sería intervenir en la trayectoria del desarrollo que comienza con la neurobiología y las desventajas precoces en la infancia. Así, por ejemplo, las intervenciones psicológicas y sociales podrían ser dirigidas a grupos de alto riesgo con la intención de reducir la probabilidad de comportamiento antisocial persistente. De ahí la importancia de la investigación en factores de riesgo, que permita definir grupos en los que las intervenciones tempranas resulten costo-efectivas.

Finalmente, es necesario señalar que el descubrimiento de alteraciones neurobiológicas y/o a nivel del SNE en psicopatía no es sinónimo de que ésta sea intratable desde un punto de vista psicoterapéutico;

más aún, a la luz de la evidencia actual de plasticidad neuronal, modificación de las redes neuronales y de la expresión génica mediante psicoterapia (29-31).

CONCLUSIONES

Si bien en muchos círculos clínicos se mantiene la creencia de que los psicópatas son intratables, existe escasa evidencia científica que avale dicha postura. Se han descrito tratamientos efectivos como T.C.C., terapia de orientación psicodinámica, y enfoques eclécticos. Los más notables beneficios incluyen una reducción de las características psicopáticas (i.e. disminución de las mentiras, aumento en remordimiento y empatía, mejoría en las relaciones con otros) y reducción de recidiva conductual.

Las intervenciones más efectivas tienden a ser intensivas, incluyendo un promedio de cuatro sesiones por semana por al menos un año. Cuando se potencia la terapia individual con terapia de grupo los beneficios aumentan, al menos de acuerdo a los datos preliminares revisados en el presente artículo. Estos resultados sugieren que para problemas complejos como la psicopatía se requieren programas de intervención más elaborados e intensivos que involucran psicoterapia individual, tratamiento de los miembros de la familia y un *input* proveniente del grupo de pares, que potencian su efectividad global.

Por tanto, para el ajuste global de este tipo de individuos pueden ser clave el foco, la intensidad y la duración del tratamiento.

Respecto a la evidencia disponible, es necesario señalar que existen dificultades en el estudio del abordaje terapéutico de la psicopatía que es necesario superar; a saber: i) previo a determinar un tratamiento, hay que confirmar que efectivamente la condición en cuestión corresponda a una enfermedad o trastorno, y por ende, sea susceptible de ser tratada, tema que aún en la actualidad genera discusión; ii) una vez definida la condición de enfermedad, es necesario disponer de métodos diagnósticos confiables y un lenguaje común en cuanto a la concepción del constructo clínico; iii) aún persiste incertidumbre respecto a los aspectos etiológicos y/o fisiopatológicos que han de ser el blanco terapéutico; iv) definir claramente los objetivos del tratamiento y las maneras de medir dichos objetivos, así como los *outcome* a evaluar para determinar la efectividad de las terapias (en los estudios revisados existe bastante heterogeneidad tanto en criterios diagnósticos como en tipo de tratamiento y variables dependientes evaluadas); v) la calidad metodológica de los estudios incluidos en los metanálisis evaluados es dudosa; vi) puede existir sesgo de publicación, por tanto, al publicarse sólo re-

Tabla
 PRINCIPIOS DE LOSEL PARA INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EFECTIVAS EN PSICOPATÍA

Losel's principles for effective psychological interventions in psychopathy	
Theoretically sound conceptualization	Cognitive-behavioural approaches, recognition and treatment of comorbidity including substance misuse, use of pharmacological interventions in subgroups with high levels of impulsivity/reactive aggression
Thorough dynamic assessment of the client	Formal assessment of psychopathy assessed using standardized operational measures; more detailed assessment of personality disorders and clinical syndromes with a lifetime perspective; social functioning; criminogenic factors, victim empathy and insight into risk factors for antisocial behaviour
Intensive service	Regular, intensive high-dosage sessional work with a minimum of 12-18 months
Clearly structured and distinct setting	Clear rules, regulations, duties and responsibilities outlined at the outset; reward system for prosocial behaviours and engagement; dedicated therapeutic environment separated from general prison setting
Development of a prosocial institutional climate and regime	Firm and consistent staff behaviour; interpersonally sensitive, constructive and supportive
The need principle	Target criminogenic needs; focus on changing antisocial attitudes, modify hostile attributional biases; increase anger management and impulse control; reduce substance misuse, enhance problem-solving skills and encourage engagement with prosocial peers and family members
Responsivity principle	Match treatment with the needs of the offender; use a range of cognitive-behavioural programmes to target key symptoms and behaviours
Treatment integrity	Monitor quality and quantity of the programme and record data on client and staff compliance and adherence to the programme
Thorough selection, training and supervision of staff	Detailed knowledge of psychopathy, key professional and treatment skills and attitudes; continuous supervision to ensure maintenance of boundaries and professional attitudes
Neutralization of unfavourable social networks	Counteract exploitative relationships, encourage peer group reinforcement of prosocial behaviours
Strengthen natural protective mechanisms	Identify potential turning points in an individual's career; build on core strengths and support positive interpersonal relationships
Relapse prevention	Thorough planning and implementation of relapse prevention and aftercare; multi-agency communication and supervision
Early intervention	Recognition of psychopathic traits in younger cohorts will help identify those that are at increased risk of persistent antisocial behaviour; successful measures for at-risk children must include elements that improve social and cognitive skills and competencies and reduce impulsivity and aggression; these should be complemented by parenting skills programmes that promote support, supervision and consistency in managing antisocial behaviour
Reducing societal reinforcement	Research suggests that cultural factors may influence the expression of psychopathic traits; society and organizations need to ensure that maladaptive and antisocial behaviours are not rewarded and that psychopathic traits are not seen as an adaptive strategy

Tomado de Dolan M, Doyle M. Psychopathy: diagnosis and implications for treatment. *Principles of Forensic Psychiatry* 2007; 6(10): 404-408.

sultados favorables la información disponible tiende a sobreestimar los efectos positivos; lo que explicaría la discordancia con la clínica.

Luego, para abordar el problema resultará necesario: i) Adecuada definición de la población a estudiar (y caracterización de niveles de severidad y diversas constelaciones sindromáticas dentro de la psicopatía), ii) Definición de teoría de enfermedad que redunde en una proposición de tratamiento, iii) Definición de la variable dependiente a evaluar y desarrollo de herramientas para medir dicha variable, iv) *Outcome* a evaluar debiera ser relevante (considerando patología con

amplio impacto social), v) Adecuado seguimiento de los casos tratados.

En síntesis, es necesario considerar al menos tres áreas que presentan problemas en la investigación de la psicopatía a fin de poder superarlas en trabajos futuros: aspectos clasificatorios, necesidad de teorías etiológicas que den cuenta cabalmente del espectro clínico, y optimización en la evaluación de tratamientos.

En relación al primer punto, existen pocos estudios que utilicen la conceptualización más actual (basada en los criterios de Hare) para evaluar la relación psicopatía-tratamiento. Respecto al segundo, existen

algunas teorías del desarrollo de la psicopatía que no han sido testeadas formalmente (por ejemplo, déficit de aprendizaje, habilidades de *rol-playing*, teoría del apego). Finalmente, en relación al tercer punto, es necesario el desarrollo de objetivos específicos para los programas de tratamiento y su evaluación rigurosa desde el punto de vista experimental a fin de determinar sistemáticamente los efectos de las diferentes modalidades de tratamiento (por ejemplo, utilización de escalas de evaluación pre y post tratamiento, aplicación de escalas por evaluadores ciegos a la intervención, evaluación sistemática de criterios externos como recidiva y problemas conductuales).

Finalmente, la prevención de la psicopatía requiere más estudios. Considerando las teorías del desarrollo, las intervenciones tempranas podrían ser particularmente importantes. Lykken sostiene que con paternidad competente y “ayuda habilidosa”, los niños podrían ser socializados, aunque requiere un esfuerzo considerable; sin embargo, considerando el alto costo de este trastorno para la sociedad, las intervenciones tempranas merecen ser tomadas en consideración. Más aún, la negación de terapia a jóvenes “en tránsito a la psicopatía” sólo porque existe la creencia de que el trastorno es refractario a tratamiento podría atentar contra la ética.

En conclusión, no disponemos actualmente de evidencia suficiente que apoye el nihilismo terapéutico existente en relación a la psicopatía, por lo que deben reforzarse los esfuerzos tendientes al avance y desarrollo de tratamientos en esta área.

REFERENCIAS

- Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res* 1996; 3; 2: 131-141
- Iacoboni M. Neuroscience Will Change Society. EDGE, The World Question Center 2007. Disponible en: <http://www.edge.org/q2007pp14-15>
- Olson G. From mirror neurons to moral neuropolitics (2008). Disponible en: http://dericbownds.net/uploaded_images/MoralNeuropolitics.PDF
- Killen M, Cords M. Prince Kropotkin's Ghost. *American Scientist* 2002; 90; 3: 208. Disponible en: <http://www.americanscientist.org/issues/pub/prince-kropotkins-ghost/3>
- Williams J, Whiten A, Suddendorf T, Perrett D. Imitation, mirror neurons and autism. *Neurosci Biobehav Rev* 2001; 25; 4: 287-295
- Rizzolatti G, Fabbri-Destro M. The mirror system and its role in social cognition. *Curr Opin Neurobiol* 2008; 18; 2: 179-184
- Fecteau S, Pascual-Leone A, Théoret H. Psychopathy and the mirror neuron system: preliminary findings from a non-psychiatric sample. *Psychiatry Res* 2008; 160; 2: 137-144
- Rogers S, Vismara L. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2008; 37; 1: 8-38
- Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience* 2004; 27: 169-192
- Holmes J. Notes on mentalizing – Old hat, or new wine? *British Journal of Psychotherapy* 2005; 22; 2: 179-197
- Gabbard G. Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162; 4: 648-655
- Schulte-Rüther M, Markowitsch H, Fink G, Piefke M. Mirror neuron and theory of mind mechanisms involved in face-to-face interactions: a functional magnetic resonance imaging approach to empathy. *J Cogn Neurosci* 2007; 19; 8: 1354-1372
- Aitken K. Intersubjectivity, affective neuroscience, and the neurobiology of autistic spectrum disorders: a systematic review. *Keio J Med* 2008; 57; 1: 15-36
- Hansman-Wijnands MA, Hummelen JW. Differential diagnosis of psychopathy and autism spectrum disorders in adults: Empathic deficit as a core symptom. *Dutch Journal of Psychiatry* 2006; 48; 8: 627-636
- Blair R. Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Conscious and Cognition* 2005; 14: 698-718
- Blair R. Fine cuts of empathy and the amygdala: dissociable deficits in psychopathy and autism. *Q J Exp Psychol (Colchester)* 2008; 61; 1: 157-170
- Dolan M, Doyle M. Psychopathy: diagnosis and implications for treatment. *Principles of Forensic Psychiatry* 2007; 6; 10: 404-408
- Hare R, Neumann C. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu Rev Clin Psychol* 2008; 4: 217-246
- Salekin R. Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review* 2002; 22: 79-112
- Blair R. Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Dev Psychopathol* 2005; 17: 865-891
- Dadds M, Perry Y, Hawes D, Merz S, Riddell A, Haines D, Solak E, Abeygunawardane A. Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 280-281
- Defley Q, Surguladze S, Tunstall N, Mezey G, Beer D, Ambikapathy A, Glampietro V, Clarke A, Fahy T, Phillips M, Declan M. Facial emotion processing in criminal psychopathy. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 533-539
- Blair R, Sellars C, Strickland I, Clark F, Williams A, Smith M, Jones L. Theory of mind in the psychopath. *Journal of Forensic Psychiatry* 1996; 7: 15-25
- Dolan M, Fullam R. Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychological Medicine* 2004; 34: 1093-1102
- D'Silva K, Duggan C, McCarthy L. Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *J Personal Disord* 2004; 18; 2: 163-77
- Martens WHJ. Antisocial and psychopathic personality disorders: causes, course and remission – A review article. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2000; 44; 4: 406-430
- Alvarez A. Motiveless malignity: Problems in the psychotherapy of psychopathic patients. *Journal of Child Psychotherapy* 1995; 21; 2: 167 – 182
- Armeliu B, Andreassen T. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 17; 4: CD005650
- Kandel E. Genes, nerve cells, and the remembrance of things past. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1989; 1; 2: 103-25
- Etkin A, Pittenger C, Polan H, Kandel E. Toward a neurobiology of psychotherapy: basic science and clinical applications. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005; 17; 2: 145-58
- Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol* 2008; 20; 3: 775-803.

REVISIÓN

NEUROBIOLOGÍA DE LOS PROCESOS RELACIONALES NO-VERBALES

(Rev GPU 2009; 5; 3: 351-362)

André Sassenfeld J.¹

En este trabajo se reseñan diversos hallazgos neurobiológicos relacionados con las estructuras y procesos neuronales que subyacen a un amplio conjunto de fenómenos que pertenecen a la dimensión implícita no-verbal de la interacción humana. Esta dimensión, a diferencia de la llamada dimensión explícita verbal y consciente, está caracterizada por ser no-verbal, no consciente y por tanto en esencia corporal. En este contexto, nos limitamos a aquellos procesos implícitos intersubjetivos que transcurren en los vínculos entre personas, ya que el procesamiento implícito también está involucrado en otro tipo de fenómenos. Para los psicoterapeutas, los hallazgos que se revisarán pueden ampliar y complementar la comprensión psicológica de las interacciones implícitas que se dan en el vínculo infante-cuidador y en el vínculo terapeuta-paciente (véase Sassenfeld, 2007b, 2008b.)

La dimensión no-verbal implícita de la interacción contribuye a regular los procesos biológicos de quienes interactúan, incluyendo los niveles de neurotransmisores y hormonas y el funcionamiento del sistema nervioso autónomo (Pally, 2005.) Además, tal como indica Adolphs (2003), existen indicios de que la actividad basal del cerebro sea reflejo de una modalidad de funcionamiento que está sintonizada con la interpretación y categorización del mundo como dimensión inherentemente social. Es decir, el cerebro está innatamente organizado para interactuar con el mundo, especialmente el entorno de carácter humano. En este contexto, puede suponerse que han “evolucionado circuitos neuronales especializados para el procesamien-

to de estímulos con particular significación emocional” (Vuilleumier *et al.*, 2003, p. 624).

Así, en las últimas décadas las neurociencias se han interesado cada vez más por los aspectos neurobiológicos de las interacciones humanas y, con ello, de los procesos mentales no conscientes. Han surgido la neurobiología interpersonal (Schoore, 2003a, 2003b; Siegel, 2001, 2006) y la neurociencia social (Adolphs, 2003; Decety & Jackson, 2006) como ramas disciplinarias dedicadas al estudio de tales temáticas. La aparición de este foco de interés en parte se ha debido al reconocimiento creciente de que el desarrollo del sistema nervioso está indisolublemente ligado al contacto del organismo con el entorno y la cualidad que este contacto adopta –ha

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

emergido la noción de la maduración biológica dependiente de la experiencia y de un cerebro biosocial sensible al entorno (Balbernie, 2001; Cirulli, Berry & Alleva, 2003; Gabbard, 2000; Pally, 2005; Schore, 2003a, 2003b; Siegel, 2001, 2006). Algunos neurocientíficos han enfatizado que, al parecer, la neuroplasticidad o capacidad de cambiar en respuesta a las señales del entorno puede ser visualizada como una de las características más importantes del tejido nervioso.

Por supuesto, en el ser humano la maduración dependiente de la experiencia adquiere una trascendental importancia especialmente en los primeros años de vida, esto es, en el contexto del vínculo temprano y las interacciones emocionales no-verbales que lo caracterizan. La búsqueda de una relación de apego está, en efecto, genéticamente programada en el cerebro infantil ya que la maduración del sistema nervioso infantil depende de las interacciones de regulación afectiva que se producen en ella (Balbernie, 2001; Siegel, 2001). Schore (2005b) afirma, en este sentido, que la auto-organización del cerebro infantil se produce en el contexto de y requiere una relación con otro cerebro. Efectivamente, se ha propuesto que

la regulación externa del sistema emocional inmaduro en desarrollo del infante por parte de la madre durante periodos críticos particulares puede representar el factor esencial que influencia el crecimiento dependiente de la experiencia de áreas cerebrales, particularmente estructuras córtico-límbicas y subcórtico-límbicas que pueden auto-regular los estados emocionales [...] (Cirulli, Berry & Alleva, 2003, p. 74)

La cualidad de las primeras experiencias determinará una progresión óptima del desarrollo del organismo y del sistema nervioso o bien desviaciones evolutivas potencialmente psicopatogénicas. En la actualidad, sabemos que factores como los tipos y grados de estimulación ambiental a los que el infante es expuesto afectan tanto el número y la densidad de las sinapsis neuronales como la neurobioquímica, influenciando profunda y duraderamente el desarrollo de su cerebro al generar circuitos neurobiológicos que corresponden a las experiencias del infante. De hecho, el infante nace con la gran mayoría de sus neuronas, pero muchas de éstas aún no forman parte de redes funcionales específicas. Por lo tanto, una tarea evolutiva primaria en los primeros años de vida es “la formación y entonces el reforzamiento hacia la permanencia de conexiones necesarias” (Balbernie, 2001, p. 239), una tarea que está influenciada de modo específico por el entorno

emocional temprano. El cerebro tiene una tendencia inherente a almacenar las secuencias temporales de los eventos sensoriales y motores que se suceden en sistemas implícitos de memoria, codificando expectativas de las relaciones interactivas entre el organismo y el entorno. Frente a este trasfondo, en este trabajo examinaremos algunos de los diferentes hallazgos que existen hasta la fecha en torno a la neurobiología de la dimensión no-verbal.

NEUROBIOLOGÍA DE LA DIMENSIÓN NO-VERBAL RELACIONAL²

Desde el punto de vista neurocientífico, resultan de particular interés para nuestros propósitos los siguientes dos hallazgos relacionados. Por un lado, las neurociencias han mostrado que la vasta mayoría de la actividad cerebral transcurre al margen de la conciencia y es, por ende, no-verbal e implícita (Pally, 2005). El cerebro tiene, desde esta perspectiva, la capacidad de percibir y procesar estímulos no-verbales de forma no consciente. De hecho, las conductas no-verbales son fenómenos que tienden a activar procesos inconscientes de percepción (Cappas, Andres-Hyman & Davidson, 2005). Frente a este trasfondo, ha quedado al descubierto que el sustrato neuronal de los procesos no-verbales implícitos, sobre todo de aquellos vinculados con los intercambios afectivos entre seres humanos, parece estar en gran medida lateralizado al hemisferio derecho del cerebro (Schore, 2003a, 2003b, 2005b, 2006; Siegel, 2006) implicando en particular estructuras subcorticales como los ganglios basales y el cerebelo (Gabbard, 2006).

Los estudios meta-analíticos integradores de la investigación neurocientífica de las últimas décadas llevados a cabo por Schore muestran que el hemisferio derecho es dominante en el procesamiento implícito de la información y, más allá, en procesos intersubjetivos como la empatía, la identificación con otras personas, la expresión afectiva y la comunicación emocional. Lieberman (2007), aunque no se refiere explícitamente a la lateralización, afirma que las áreas neuronales principales que sustentan el sistema automático de percepción no consciente de señales sociales incluyen

² El volumen de la literatura neurocientífica sobre temáticas vinculadas con la dimensión no-verbal ha explotado en las últimas décadas. En lo que sigue, toda información que figure sin referencias especificadas proviene de los estudios integradores de Schore (2003a, 2003b, 2005b). El lector interesado puede consultar sus publicaciones en búsqueda de referencias más especializadas.

la amígdala, los ganglios basales, la corteza prefrontal ventromedial, la corteza temporal lateral y la corteza cingulada anterior dorsal.

Por otro lado, en términos del desarrollo se ha constatado que al menos durante el primer año y medio de vida el hemisferio derecho es el hemisferio cerebral dominante y determina la gran mayoría de los procesos emocionales y mentales del niño. Sabemos, tal como subraya Grosjean (2005), que las interacciones interpersonales modulan y dan forma a la arquitectura de las neuronas y sus conexiones. En este sentido, puede suponerse que “las experiencias afectivas intersubjetivas arraigadas en la relación de apego con la madre influyen la maduración de los circuitos límbicos de procesamiento emocional del cerebro derecho en desarrollo [...]” (Schore, 2005b, p. 833). Como es sabido, el sistema límbico del cerebro ha sido históricamente asociado a diversas funciones ligadas con la afectividad y, en consecuencia, los circuitos límbicos que se establecen reflejan de manera directa las características afectivas del entorno social del infante.

Algunos estudios indican que el sistema límbico está, en efecto, más expandido en el hemisferio derecho que en el hemisferio izquierdo y que existe una mayor cantidad de conexiones recíprocas entre la corteza derecha y las regiones límbicas y subcorticales derechas que entre sus homólogos izquierdos. Además, algunas investigaciones muestran que el hemisferio derecho está más profundamente conectado con el sistema nervioso autónomo, responsable de muchos de los componentes somáticos de las emociones, que el hemisferio izquierdo. Aparte del sistema límbico, otras estructuras cerebrales pertenecientes al procesamiento emocional que debieran verse influenciadas por las experiencias interactivas infantiles incluyen la amígdala, el cuerpo estriado y la corteza orbitofrontal, estructuras que, entre otras cosas, median la asociación de representaciones perceptuales con respuestas emocionales y motivaciones (Adolphs, 2003).

Los intercambios afectivos cara-a-cara a partir del tercer mes de vida del infante promueven la maduración de las regiones orbitofrontal y ventromedial de la corteza prefrontal, áreas implicadas en el aprendizaje emocional. La corteza orbitofrontal, en particular, es el componente cortical principal del sistema límbico y media la vinculación emocional y empática y, por otro lado, monitorea el estado del cuerpo y evalúa el significado y la valoración de las sensaciones somáticas (Balbernie, 2001). Contiene “circuitos neuronales que son particularmente sensibles a la sustancia de los vínculos y las emociones –lenguaje del cuerpo, comunicación cara-a-cara, tono de voz y en especial contacto visual”

(p. 244). Parece corresponder a un área en la que estados de excitación son transformados en emociones reconocibles y, más allá, es una estructura central en la regulación afectiva. Está, asimismo, involucrada en el aprendizaje implícito. Dadas todas estas funciones ligadas a la dimensión no-verbal emocional, el desarrollo de la corteza orbitofrontal depende en gran medida de la cualidad de la relación temprana de apego. En total, la investigación muestra que la percepción de procesos emocionales en el ser humano implica tanto la corteza orbitofrontal como la amígdala, la corteza fusiforme, la corteza prefrontal, la corteza frontal medial, el giro temporal superior y la corteza somatosensorial (De Gelder *et al.*, 2004; Shaw *et al.*, 2005).

En el desarrollo temprano, el procesamiento implícito diádico de las comunicaciones no-verbales tempranas es producto de las operaciones del hemisferio derecho del infante en interacción con el hemisferio derecho del cuidador, estableciendo una especie de conversación entre sistemas límbicos (Schore, 2003a, 2003b, 2005b). En este sentido, las investigaciones han encontrado que el desarrollo de la capacidad de procesar de modo eficiente la información afectiva proveniente de las expresiones faciales de los adultos, una capacidad central para la comprensión implícita de las expresiones emocionales no-verbales de los demás, requiere específicamente de *input* sensorial hacia el hemisferio derecho del infante. En el reconocimiento del rostro materno y de las expresiones afectivas faciales del cuidador, por ejemplo, es dominante el hemisferio derecho. Sabemos, asimismo, que en el ser humano desde un comienzo los rostros tienen un estatus especial en el cerebro, por ejemplo debido a que la actividad del giro fusiforme en los lóbulos temporales se duplica frente a la percepción de rostros en comparación con la percepción de objetos inanimados (Beebe, 2004; Taylor, Batty & Itier, 2004). De acuerdo a Kylliäinen y sus colaboradores (2006), los infantes desde el nacimiento muestran una preferencia clara por patrones sensoriales similares a un rostro frente a otros patrones de estimulación, una circunstancia que parece estar relacionada con una atracción del infante por los ojos humanos.

Además, el ser humano es en total sorprendentemente hábil a la hora de realizar juicios confiables acerca de información interpersonal en base a estímulos relativamente pobres, como cambios apenas perceptibles en la expresión facial (Adolphs, 2003). En la tarea implícita fundamental de decodificación de los patrones de expresión facial de los demás por parte del infante están implicadas, en especial, el área visual del giro fusiforme derecho, el giro occipital derecho (ligado

con el procesamiento de la familiaridad visual), el giro temporal inferior, la corteza occipitotemporal basal y la corteza temporal anterior inferior derecha (vinculada con el procesamiento del reconocimiento y la expresión facial emocional) (Kylliäinen *et al.*, 2006; Schore, 2003a, 2003b; Taylor, Batty & Itier, 2004). Especialmente en el infante pero también en el adulto, el procesamiento de rostros involucra un patrón de respuesta neuronal llamado N170 relacionado de modo específico con el procesamiento de cambios en la configuración facial que se produce 140-200ms después de la presentación del estímulo especialmente en torno a la corteza occipitotemporal inferior derecha (Kylliäinen *et al.*, 2006; Skuse, 2003; Taylor, Batty & Itier, 2004).

Algunas investigaciones reseñadas por Kylliäinen y sus colegas han puesto al descubierto reacciones aún más rápidas (100ms y 30-60ms) frente a la presentación de rostros que preceden la activación de la corteza visual y que corresponden a actividad neuronal en las cortezas temporal anterior derecha y occipitotemporal derecha. Más allá, la prosodia emocional es reconocida a través de varias de las mismas estructuras involucradas en el reconocimiento de expresiones faciales –aunque parece existir una especificidad de la comprensión de la prosodia emocional en la corteza sylviana posterior derecha (Bostanov & Kotchoubey, 2004)– y las voces emocionales son almacenadas más fuertemente en el hemisferio derecho infantil.

Los estudios recientes señalan con bastante claridad que las experiencias relacionales infantiles, marcadas por los sentidos de la audición, la visión y el tacto son procesadas y retenidas de manera desproporcionada en el hemisferio derecho en el transcurso de los estadios formativos de la ontogenia del cerebro. El cerebro del infante posee un hipocampo y una corteza prefrontal inmaduros que no le permiten registrar memorias en términos explícitos y autobiográficos hasta alrededor del año y medio y los tres años de edad respectivamente (Grosjean, 2005; Pally, 2005; Siegel, 2001). En consecuencia, las experiencias relacionales tempranas son representadas en términos implícitos en la amígdala, “la ubicación anatómica de la memoria implícita y el centro de coordinación de la memoria emocional [...]” (Grosjean, 2005, p. 187). Las representaciones no simbólicas están ubicadas, por consiguiente, en el hemisferio cerebral derecho. Los hallazgos actuales nos permiten suponer que las experiencias vinculares que se producen en el transcurso de los primeros años de vida se plasman en circuitos neuronales específicos, tendiendo a permanecer estables a lo largo del tiempo en la misma estructura cerebral. En otras palabras, los

cuidados maternos muy tempranos no son recordados de forma consciente, sino representados en el nivel implícito en los circuitos neuronales del cerebro de la persona, siendo evidentes durante la adultez como sensaciones físicas, percepciones, emociones, expresiones emocionales no-verbales y patrones de interacción interpersonal (Pally, 2005, p. 202).

En el cuidador, por su parte, el monitoreo de un infante en el proto-diálogo activa un conjunto de funciones concurrentes (procesamiento de rostros y claves visuales, procesamiento de voces y claves auditivas, mentalización, etc.) localizadas al menos en parte en el hemisferio derecho. El proto-diálogo visual que incluye miradas recíprocas y evitaciones visuales, por ejemplo, está mediado por la activación del giro temporal superior derecho y el giro fusiforme derecho (Schore, 2005b), estando el giro temporal superior derecho vinculado con el procesamiento de la dirección que adopta la mirada de un otro (Pourtois *et al.*, 2004). Más en general, siguiendo a Swain y sus colaboradores (2007), las conductas parentales parecen tener un sustrato en la actividad de los circuitos motivacionales del cerebro medio y de la parte anterior basal del cerebro; en los circuitos de control de emociones ligados a la amígdala y otras regiones límbicas; en los circuitos tálamo-cingulares que median las emociones y la toma de decisiones en base a las sensaciones; y en los circuitos hipocámpales y parahipocámpales implicados en la evaluación del contexto y la memoria parental. “Circuitos cerebrales candidatos que fundamentan la empatía parental incluyen una variedad de regiones corticales, incluyendo las cortezas frontal inferior, premotora, insular, temporo-parietal y cingular [...]” (p. 272). En el caso de las conductas maternas, las investigaciones muestran que las claves no-verbales expresivas del infante gatillan la acción de neurotransmisores como la oxitocina, la prolactina, la vasopresina y la dopamina. En relación con la dopamina, algunos estudios muestran una liberación de este neurotransmisor específicamente en el núcleo accumbens.

En términos de la modalidad sensorial visual, fundamental en el diálogo emocional implícito entre infante y figura de apego, frente a imágenes de sus propios hijos el cerebro de madres sanas aumenta su actividad en el cerebro medio, el cuerpo estriado dorsal y ventral, el tálamo, la ínsula izquierda, la corteza orbitofrontal, partes del cíngulo, la corteza prefrontal medial superior, el cerebelo, la corteza fusiforme izquierda y la corteza occipital izquierda (Swain *et al.*, 2007). Estudios similares han descubierto actividad en los circuitos frontales y talámico-corticales. Varias de estas áreas

guardan relación con vías dopaminérgicas (cuerpo estriado ventral, tálamo y núcleo accumbens) y oxitocinérgicas (amígdala e hipocampo), mientras que otras áreas son centrales en el procesamiento de rostros (giro fusiforme) y en el procesamiento de la memoria episódica (hipocampo). Por supuesto, debe suponerse que el reconocimiento visual del propio infante requiere por parte de los cuidadores “un conjunto complejo de sistemas cerebrales necesarios para la percepción sensorial, la identificación y la respuesta emocional” (p. 278).

Broad, Mimmack y Kendrick (2000) indican que existen circuitos neuronales especializados para el reconocimiento de individuos a partir de sus caras en la corteza temporal y que esta función parece en gran medida lateralizada al hemisferio derecho. Estudios al respecto muestran que aquella parte del rostro que aparece en el campo visual izquierdo –preferentemente procesado en el hemisferio derecho– es la más importante para el reconocimiento. Estructuras neuronales adicionales que contribuyen a la discriminación de rostros son la convexidad frontal inferior, la corteza orbitofrontal y el tálamo medio (Broad, Mimmack & Kendrick, 2000). La memoria facial de trabajo además involucra la convexidad derecha temporal, parahipocámpal y frontal inferior y las cortezas cinguladas anteriores. Broad y sus colaboradores piensan que el componente prefrontal presente en la discriminación de rostros es reflejo de sus amplias conexiones anatómicas con la vía ventral asociada al procesamiento de rostros.

Las reacciones del cuidador frente al llanto del infante, un aspecto importante de las vocalizaciones infantiles, activan áreas cerebrales tan variadas como el cíngulo anterior y posterior, el tálamo, el cerebro medio, el hipotálamo, regiones septales, el cuerpo estriado dorsal y ventral, la corteza prefrontal media, la región cortical orbitofrontal/insular/temporal derecha, la corteza temporal lateral derecha y el giro fusiforme derecho (Swain *et al.*, 2007). En este contexto, el reconocimiento de afectos a partir de la percepción de la prosodia de una vocalización se produce en no más de 100-150ms (Bostanov & Kotchoubey, 2004). De modo interesante, mientras que exclamaciones emocionales simples

aparentemente son reconocidas con mucha rapidez por su cualidad vocal inicial, otros sonidos ambientales son imposibles de identificar a raíz de su acústica inicial. [Más allá, si] asumimos que el reconocimiento de exclamaciones emocionales también es representativo del reconocimiento de la prosodia afectiva de material verbal, podemos concluir que es factible que la emoción sea aprehendida más rápidamente que el significado (p. 265).

Al parecer, a pesar de que la evidencia apunta a que la prosodia emocional es procesada en la corteza cerebral, también la amígdala está involucrada en las reacciones parentales frente al llanto infantil, una estructura neuronal que tiene funciones significativas en el reconocimiento de la voz y, como veremos, en el reconocimiento del rostro humano. Los estudios revisados por Swain y sus colaboradores muestran que, de hecho, en padres la amígdala derecha se activa frente al llanto de su bebé.

Por otro lado, un estudio con madres primerizas a 2-4 semanas después del parto reseñado por Swain y sus colaboradores (2007) constató que estímulos de llanto provenientes del propio bebé gatillaron una activación del cerebro medio, los ganglios basales, el cíngulo, la amígdala y la ínsula. La exposición a los mismos estímulos a 3-4 meses después del parto muestra una disminución de la actividad de la amígdala y la ínsula y la aparición de actividad en regiones corticales prefrontales mediales y regiones hipotalámicas. Esta diferencia puede estar ligada con cambios “en la medida en que el vínculo cuidador-infante se desarrolla y la madre aprende a asociar los gritos de su infante más con conductas sociales y sistemas de hábito y menos con alarma y ansiedad” (p. 276). La atención auditiva requiere la activación de las cortezas cingulada y temporal anteriores, y estudios con madres muestran que estas áreas ponen de manifiesto mayor actividad frente a llantos infantiles que frente a vocalizaciones emocionalmente neutras. Más allá, Swain y sus colegas han enfatizado que las regiones temporales bilaterales parecen ser estructuras relevantes para el procesamiento de vocalizaciones humanas y para el procesamiento empático de afectos.

Respecto de la mentalización, una función central del cuidador en el contexto del proto-diálogo emocional temprano y que en los primeros años de vida guarda relación específicamente con la capacidad de decodificación de fenómenos no-verbales implícitos, Adolphs (2003) señala que la activación del giro temporal superior, del lóbulo frontal medial y del lóbulo parietal inferior entra en juego cuando el individuo observa movimiento o estímulos relacionados con la mirada que implican estados mentales intencionales. También se ha mencionado la amígdala como estructura involucrada en la teoría de la mente (Adolphs, 2003; Skuse, 2003). Otros estudios han mostrado el rol de la corteza prefrontal medial en los procesos de atribución de estados mentales a otros y el rol de las regiones orbitofrontales y temporales medias derechas en la decodificación de estados mentales de otros, aunque al mismo tiempo han destacado la diversidad de estructuras

neurobiológicas pertenecientes a ambos hemisferios implicadas incluyendo áreas frontales, áreas temporales superiores, la corteza cingular posterior y la corteza parietal (Ochsner *et al.*, 2004; Sabbagh, Moulson & Harkness, 2004; Shaw *et al.*, 2005).

Aun así, se ha propuesto que la corteza prefrontal “actúa como sistema funcional integrado en la detección de expresiones cognitivas y sociales complejas” (Shaw *et al.*, 2005, p. 1416). De Gelder (2006) puntualiza que la inserción de la amígdala en un circuito cortical más amplio forma un sustrato neuronal importante del reconocimiento del lenguaje corporal emocional y, en consecuencia, de los estados emocionales de los demás. Por otro lado, muchos de los estímulos que activan el giro temporal superior y que conducen al individuo a la atribución de intenciones gatillan, al mismo tiempo, la actividad de ciertas áreas de la neocorteza involucradas en la representación de la acción: las cortezas premotora y somatosensorial, que corresponden a los lados eferente y aferente de las acciones respectivamente. Estos hallazgos son de importancia en el área de estudio del sistema de las neuronas espejo (Sassenfeld, 2008a). Daños tanto en la corteza somatosensorial como en la amígdala perturban la capacidad para reconocer emociones a partir de expresiones faciales.

El infante sólo dispone de mecanismos implícitos de procesamiento de la información emocional que proviene de las expresiones faciales. Aunque el adulto dispone adicionalmente de mecanismos explícitos, sigue procesando una gran cantidad de expresiones faciales al margen del foco de la conciencia, sea porque son procesadas con un mínimo de atención o porque los rostros no son vistos de forma consciente. En el individuo adulto el procesamiento de expresiones faciales toma en consideración la memoria de reconocimiento de rostros (si acaso se conoce al sujeto o no), la configuración facial (boca abierta o cerrada, ojos abiertos o cerrados, etc.) y en particular la mirada (Skuse, 2003; Taylor, Batty & Itier, 2004). La percepción adecuada de rostros humanos requiere de la participación coordinada de regiones involucradas en el análisis visual de la expresión emocional y de regiones involucradas en la representación y producción de emociones. Requiere de una red de estructuras corticales y subcorticales que se centra en la amígdala (Habel *et al.*, 2007; Skuse, 2003), cuya actividad influencia los tres aspectos recién diferenciados, e involucra el giro fusiforme en relación con el procesamiento de las propiedades estructurales estáticas de una cara y áreas anteriores, medias y dorsales del lóbulo temporal (giro temporal superior lateral) en relación con el procesamiento de configuraciones

dinámicas fluctuantes como expresiones emocionales y movimientos de los ojos y la boca (Adolphs, 2003; Lidaka *et al.*, 2001; Pourtois *et al.*, 2004).

Algunos investigadores hipotetizan que el segundo grupo de estructuras neuronales recurre además a circuitos visuales dorsales y ventrales a la hora de integrar información vinculada con las formas y el movimiento. De este modo, podría pensarse en el giro fusiforme, el giro temporal superior y otras regiones menos bien especificadas de la corteza occipitotemporal “como sistema interconectado de áreas que construye una representación perceptual espacialmente distribuida de diferentes aspectos de los rostros” (Adolphs, 2003, p. 167) –una representación implícita que no requiere más que 170ms para conformarse. Este hecho no sorprende a la luz de la gran importancia que tiene, como hemos visto en partes anteriores de este trabajo, la interacción cara-a-cara en el ser humano. El reconocimiento de emociones a partir de expresiones faciales que se presentan visualmente requiere además de la participación de la corteza somatosensorial derecha. De hecho, un estudio reciente de Pourtois y sus colaboradores (2004) sugiere que la corteza somatosensorial derecha está implicada en la percepción de expresiones faciales emocionales.

La corteza temporal superior y en especial el giro temporal superior posterior no sólo se activa en el procesamiento de rostros sino también en la percepción de movimientos biológicos de cuerpos completos (Adolphs, 2003; Lieberman, 2007; Urgesi *et al.*, 2006). Este hallazgo probablemente refleje el papel de esta parte de la corteza en el procesamiento neurobiológico de información ligada con el movimiento de entes animados. Otras estructuras que se activan no sólo en el procesamiento de rostros sino también en la percepción de patrones de movimiento biológico incluyen la amígdala izquierda y áreas de las cortezas occipital inferior y fusiforme (De Gelder *et al.*, 2004; Swain *et al.*, 2007). En comparación con la observación de expresiones neutras de cuerpos completos, la observación de expresiones corporales emocionales gatilla actividad en áreas de procesamiento de información afectiva como la amígdala, la corteza orbitofrontal, el cíngulo posterior, la ínsula anterior, la corteza retrosplenial y el núcleo accumbens, y en áreas de procesamiento de información visual que exhiben modulación de actividad en función de la valencia emocional del estímulo, como la corteza estriada y extra-estriada, el giro fusiforme, el giro occipital inferior y la corteza occipital media. El papel del núcleo accumbens en el procesamiento de estímulos de naturaleza emocional es un hallazgo más reciente, que

amplía la consideración anterior de su papel en las conductas asociadas a recompensas.

De Gelder (2006), por su parte, hace referencia a investigaciones recientes que han puesto al descubierto que un área cercana al giro occipital medio conocida como área del cuerpo extra-estriado responde de manera selectiva a la percepción de cuerpos enteros y en un grado mucho menor a la percepción de rostros. De Gelder propone la existencia de dos circuitos involucrados en el procesamiento del lenguaje corporal expresivo: un circuito rápido y no consciente de predominio subcortical y de origen más antiguo en la evolución, incluyendo las estructuras del colículo superior, pulvínar, cuerpo estriado (putamen y núcleo caudado) y amígdala basolateral, y un circuito de predominio cortical evolutivamente posterior con conexiones con el circuito subcortical, incluyendo el sistema motor frontoparietal y conexiones entre la amígdala y las cortezas prefrontal y prefrontal ventromedial.

Ambos circuitos tienen conexiones con estructuras neuronales implicadas en ligar la conciencia del propio estado corporal con la toma de decisiones. De Gelder y su equipo (2004) han formulado la hipótesis de que

la similitud en la actividad neuronal para la percepción de expresiones corporales y expresiones faciales puede deberse a sinergias entre los mecanismos que subyacen al reconocimiento de expresiones faciales y expresiones corporales, y a estructuras comunes involucradas por un lado en la representación de la acción y, por otro lado, en la detección rápida de información sobresaliente como expresiones corporales de miedo (p. 16704).

De modo interesante, sus estudios confirman que la percepción de expresiones emocionales no-verbales de cuerpos enteros activa también estructuras neuronales asociadas a la observación de acciones, incluyendo la corteza premotora, el giro frontal inferior, el giro frontal medio, el área motora suplementaria y la corteza parietal. Esta constatación es relevante en el área de estudio del sistema de las neuronas espejo (Sassenfeld, 2008a).

Otros investigadores han diferenciado los gestos expresivos espontáneos tan importantes en el intercambio emocional temprano, también ligados a la actividad del giro temporal superior derecho, de los gestos instrumentales más vinculados con la actividad neuronal de un sistema asociado al lenguaje y la imitación motriz ubicado en el hemisferio izquierdo (Schore, 2005b). Así, el proceso de evaluar “las intenciones de otros en base a los ‘movimientos biológicos’ del rostro y los miembros

parece estar localizado en el lóbulo temporal de la corteza” (Porges, 2004, p. 20), surge alrededor de los seis meses de edad de forma sistemática y puede ser considerado un precursor del desarrollo de la mentalización explícita (Lieberman, 2007). Por otro lado, se ha encontrado que el lado izquierdo del rostro, controlado por el hemisferio derecho, es emocionalmente más expresivo que el derecho, siendo consiguientemente de particular relevancia en los intercambios expresivos entre los infantes y sus figuras de apego. Porges (2004), por su parte, ha documentado que la regulación neuronal de los músculos del rostro y la cabeza influye en la forma en la que el sujeto percibe las conductas de acercamiento de los demás. Considera, además, que la regulación neuronal del corazón está vinculada con la expresión emocional, la expresión facial y la comunicación vocal social. Sus estudios muestran que el control neuronal del corazón está neuroanatómicamente ligado con el control neuronal de la musculatura de rostro y cabeza.

El procesamiento implícito y explícito de emociones percibidas en los demás está estrechamente ligado con la activación de la amígdala, que está inserta en un circuito que incluye la corteza orbitofrontal, la corteza cingular, la corteza premotora y la corteza somatosensorial. La amígdala es esencial en funciones como la memoria emocional, la consolidación de recuerdos emocionales, la evaluación de estímulos emocionales, el procesamiento de expresiones faciales emocionales y la discriminación de emociones³ (Balbernie, 2001; Capps, Andres-Hyman & Davidson, 2005; Dalgleish, 2004; Fenker *et al.*, 2005; Grosjean, 2005; Habel *et al.*, 2007; Lidaka *et al.*, 2001; McGaugh, 2004; Sergerie, Lepage & Armony, 2006; Skuse, 2003 Swain *et al.*, 2007). El equipo de Lidaka (2001) ha mostrado que, al parecer, la amígdala izquierda en conjunto con la corteza orbitofrontal derecha y las cortezas temporales –estructuras con las cuales tiene conexiones neuronales masivas– guarda mayor relación con el procesamiento de expresiones afectivas negativas, mientras que la activación de amígdala derecha se produce más bien frente a expresiones afectivas positivas. Concluyen que

³ Más específicamente, la amígdala tiene un papel importante en la mediación de neurotransmisores como la epinefrina y los glucocorticoides, esenciales para la consolidación de la memoria. La activación emocional activa la amígdala que, a su vez, modula el almacenamiento de recuerdos (Capps, Andres-Hyman & Davidson, 2005; McGaugh, 2004).

la amígdala izquierda y derecha juegan un papel diferencial en el procesamiento efectivo de expresiones faciales en colaboración con otras regiones corticales y subcorticales, estando la amígdala izquierda vinculada con la corteza prefrontal bilateral y la amígdala derecha con el lóbulo temporal derecho (p. 1035).

Sabemos que lesiones en la amígdala sistemáticamente perturban de modo significativo el reconocimiento de expresiones faciales emocionales y de los estados afectivos subyacentes, provocando déficit en la identificación de expresiones emocionales. Por otro lado, el grado de activación de la amígdala durante la codificación de material emocionalmente significativo está correlacionada con las posibilidades de recuerdo posterior. Swain y sus colegas (2007) afirman, desde este punto de vista, que existe evidencia de que la amígdala puede actuar como “sitio de almacenamiento para recuerdos emocionales [...]” (p. 1998). Y, aunque sigue siendo una opinión controversial, diferentes hallazgos apuntan con mayor especificidad en dirección de la amígdala derecha. Investigaciones anteriores ya habían señalado una posible lateralización del procesamiento emocional automático a la amígdala derecha. No obstante, otros investigadores han enfatizado que posiblemente la amígdala más bien module el almacenamiento de recuerdos en otras partes del cerebro como el hipocampo y la neocorteza (Iidaka *et al.*, 2001). Un estudio reciente hace parecer probable que la amígdala derecha está más vinculada con la formación de recuerdos emocionales, mientras que la amígdala izquierda cumple una función relevante en la recuperación de tales recuerdos (Sergerie, Lepage & Armony, 2006).

De relevancia desde la perspectiva del proto-diálogo temprano, al parecer existen neuronas específicas en la amígdala que responden selectivamente a la mirada (Broad, Mimmack & Kendrick, 2000; Iidaka *et al.*, 2001; Skuse, 2003). En este sentido, algunos estudios muestran que, por un lado, las interacciones neuronales entre la amígdala y la neocorteza del infante gatilladas por estímulos visuales de rostros se ven mejoradas cuando los rostros involucrados tienen orientaciones directas en la mirada y, por otro lado, que la existencia de miradas directas mutuas facilita los procesos neuronales vinculados con la codificación de rostros (Kylliäinen *et al.*, 2006; Skuse, 2003). Estos hallazgos, ligados al hecho de que los infantes desde el nacimiento en adelante prefieren mirar caras que se involucran con ellos en una mirada mutua directa, pone al descubierto una parte del impacto neurobiológico concreto que intercambios infante-cuidador marcados por dificultades para mantener contacto visual directo y las

consiguientes miradas evitativas e indirectas pueden tener. Así, circuitos neuronales que implican “la amígdala, las cortezas orbitofrontales y el giro temporal superior constituyen una base probable para el desarrollo del monitoreo de la mirada, que está críticamente involucrado en el procesamiento perceptual de un rango de conductas sociales [...]” (Skuse, 2003, p. 52). Estos circuitos, que incluyen la denominada “área fusiforme de rostros” (Fenker *et al.*, 2005; Skuse, 2003) por su especialización en la percepción de rostros, se ven activados frente a la percepción de caras y, en especial, de la región de los ojos.

Adolphs (2003) afirma que es probable que la amígdala esté involucrada tanto en una evaluación rápida no consciente inicial de la significación de estímulos con connotaciones emocionales como en una evaluación posterior que toma en consideración el contexto del estímulo en cuestión. En efecto, la presentación de rostros con expresiones emocionales de miedo a sujetos a una velocidad que no permite su percepción consciente gatilla actividad en la amígdala (Dalgleish, 2004; Skuse, 2003; Swain *et al.*, 2007; Vuilleumier *et al.*, 2003). En particular, la amígdala parece estar implicada en la detección de amenazas o peligros potenciales en el entorno y, en este sentido, guarda relación específicamente con la emoción del miedo y con la modulación de estructuras subcorticales que procesan el *input* sensorial y de estructuras motoras sin un procesamiento cortical profundo (De Gelder, 2006; Skuse, 2003). Esta concepción es congruente con el hallazgo de que la actividad de la amígdala es mucho mayor frente a la percepción de rostros desconocidos –potenciales fuentes de peligro– que frente a caras familiares. Desde esta perspectiva, la amígdala está involucrada en la activación de conductas emocionales que se inician sin un reconocimiento consciente de estímulos sensoriales como el lenguaje expresivo del cuerpo y las expresiones faciales –“la amígdala juega un papel crucial en sintonizar el sistema motor con el significado afectivo de los *input* sensoriales” (De Gelder, 2006, p. 246).

Otras estructuras vinculadas con el procesamiento de afectos incluyen el giro temporal superior, el cíngulo, la ínsula y la corteza prefrontal medial. El giro anterior del cíngulo guarda relación con la expresión y el reconocimiento de emociones, el reconocimiento de expresiones afectivas faciales y, asimismo, con las interacciones cuidador-infante (Swain *et al.*, 2007; Wolf *et al.*, 2001). La ínsula, que tiene conexiones importantes con las cortezas parietal posterior, frontal inferior y temporal superior, ha sido considerada como centro significativo de integración de información emocional y juega un papel relevante en la interacción interpersonal

afectiva, en el procesamiento de afectos y en el reconocimiento de afectos (Pourtois *et al.*, 2004; Swain *et al.*, 2007). Lesiones en la corteza prefrontal, en especial en el lado derecho y en sus áreas ventromedial y dorsolateral, causan déficit importantes en el reconocimiento de expresiones emocionales (Shaw *et al.*, 2005). En total, la tremenda complejidad propia del procesamiento de información de naturaleza afectiva e interpersonal surge a raíz de al menos tres hallazgos:

Primero, existen circuitos paralelos de procesamiento. Por ejemplo, los circuitos que involucran la amígdala y las estructuras subcorticales pueden gatillar respuestas emocionales rápidas, mientras que el comportamiento emocional más lento recurre al procesamiento cortical prefrontal y parietal que involucra componentes auto-regulatorios. Segundo, existe amplia retroalimentación entre diferentes niveles de procesamiento, de manera que se hace difícil asignar los niveles a alguna jerarquía en particular. Tercero, los estímulos son procesados en el contexto de una modalidad basal de fondo de operación del cerebro que podría ya introducir sesgos sustanciales. (Adolphs, 2003, p. 174)

En consecuencia, una comprensión profunda e integrada de la neurobiología de la dimensión no-verbal necesariamente será compleja, como hemos visto, implicando una variedad de estructuras neuronales. Se requiere aún muchos estudios más específicos que diferencien procesos explícitos e implícitos de percepción y procesamiento con mayor claridad.

Tal como resume Schore (2005b), el cerebro derecho tanto del infante como del adulto está especializado en los aspectos no-verbales de la comunicación, en las experiencias emocionales subjetivas, en el procesamiento de emociones y rostros, en las secuencias recíprocas de las miradas de quienes interactúan, en la percepción auditiva y en la percepción de la prosodia, la entonación, la melodía del habla, la atención y la información táctil. Algunos investigadores han especificado que el hemisferio derecho está especializado en la percepción y expresión de emociones y no tanto en la experiencia emocional (Dalglish, 2004; Tamietto *et al.*, 2006). El hemisferio derecho parece contener una especie de vocabulario de las señales no-verbales afectivas que se intercambian entre seres humanos y, por lo tanto, es dominante en cuanto a la percepción no consciente de información corporal implícita proveniente tanto del propio cuerpo como de las expresiones corporales de otras personas. Lesiones en el cerebro derecho pueden interferir con la capacidad para “leer” las claves

no-verbales expresadas por otras personas y para expresarlas uno mismo (Pally, 2001). Lieberman (2007) añade que la experiencia de aprehender los estados subjetivos de otros recurre a áreas como la corteza cingulada anterior dorsal y la corteza prefrontal ventromedial, todas ellas regiones cerebrales implicadas en el procesamiento afectivo automático.

El cerebro derecho y en especial la corteza orbitofrontal derecha son estructuras neurobiológicas que conforman el sustrato de la interocepción –la evaluación implícita del estado del propio cuerpo. Más específicamente, la ínsula, una estructura perteneciente al lóbulo temporal derecho, y la corteza orbital, una estructura situada en el lóbulo prefrontal derecho, juegan roles significativos en el procesamiento de información de base corporal (Critchley *et al.*, 2004; De Gelder *et al.*, 2004; Schore, 2003a, 2003b, 2005b). La corteza insular anterior derecha, en conjunto con la corteza somatosensorial, fundamenta una representación de las respuestas somáticas viscerales que es accesible a la conciencia, proporcionando con ello un sustrato neurobiológico para los estados emocionales subjetivos.

Investigaciones recientes han mostrado que las diferencias individuales en “la conciencia interoceptiva subjetiva y, por extensión, la profundidad y complejidad emocional se expresan en el grado de expansión de la ínsula anterior derecha y las cortezas orbitofrontales adyacentes [...]” (Schore, 2005b, p. 843). Critchley y sus colaboradores (2004), por su parte, sugieren que los estudios existentes muestran que el estado del propio cuerpo es comunicado al mismo individuo a través de una vía espinotalamicocortical que converge con aferencias vagales hacia “centros interoceptivos” en las cortezas insular y orbitofrontal. Sus propias investigaciones han puesto al descubierto una matriz de regiones corticales vinculada con la atención interoceptiva que incluye las cortezas opercular, insular bilateral, somatomotora y parietal derechas, además de las cortezas motora suplementaria y cingulada anterior. Áreas cerebrales adicionales implicadas en la integración de información interoceptiva incluyen las cortezas cingulada anterior, prefrontal ventromedial y prefrontal lateral.

El hemisferio cerebral derecho también juega un papel fundamental en muchos trastornos psiquiátricos, incluyendo desórdenes del apego y patologías del self. Schore (2005b) los considera en términos generales como déficit de las funciones subjetivas e intersubjetivas “que reflejan daños en el rol central de este hemisferio en la comunicación no-verbal y auto-regulación” (p. 831). Así, puede suponerse que se trata de disfunciones del cerebro derecho y no del cerebro izquierdo.

En este contexto, el concepto de la maduración neurobiológica dependiente de la experiencia descrito en la introducción a esta parte también es de relevancia en el campo de la psicoterapia –hoy sabemos que el propósito psicobiológico fundamental de las comunicaciones intersubjetivas no-verbales en toda interacción humana, “incluyendo aquellas arraigadas en el núcleo psicobiológico de la alianza terapéutica, es la regulación de estados cerebro-derecho/mente/cuerpo” (p. 844).

En una psicoterapia exitosa, las conexiones neuronales sinápticas del cerebro del paciente –y tal vez debiera agregarse del terapeuta– cambian, facilitando en particular cambios en la complejidad del hemisferio derecho y en el sistema orbitofrontal. Se han comenzado a acumular estudios que muestran que la psicoterapia literalmente puede alterar la neuroquímica y fisiología del cerebro (Balbernie, 2001; Etkin *et al.*, 2005; Gabbard, 2000). Esto es posible gracias a la plasticidad de los sistemas implícitos frente a nuevas experiencias, una cualidad que los caracteriza a lo largo de toda la vida del individuo (Pally, 2005; Siegel, 2001). Tal como asevera Siegel (2006):

En psicoterapia, el foco de atención en diversos dominios de la vida mental, somática e interpersonal puede crear patrones de activación neuronal en el cerebro que posibilita el establecimiento de nuevas conexiones sinápticas. La plasticidad neuronal, el cambio en la conectividad neuronal inducido por la experiencia, podría ser la forma fundamental en la que la psicoterapia altera el cerebro (p. 250).

De este modo, también los intercambios relacionales implícitos en el seno de la relación psicoterapéutica están basados en transacciones entre los hemisferios derechos de paciente y psicoterapeuta. Siguiendo a Schore (2005b), las transacciones transferencia-contratransferencia corresponden, en esencia, a comunicaciones no-verbales no conscientes cerebro-derecho/mente/cuerpo. Schore indica que, en efecto, la relevancia de los estudios de la interacción temprana para la psicoterapia de adultos deriva de la característica compartida de mecanismos implícitos intersubjetivos de transacción y regulación emocional entre los hemisferios derechos de infantes y cuidadores y entre pacientes y terapeutas. En total,

así como el cerebro izquierdo comunica sus estados a otros cerebros izquierdos a través de conductas lingüísticas conscientes, de la misma manera el cerebro derecho comunica en términos no-verbales sus estados inconscientes a otros cerebros derechos que

están sintonizados como para recibir estas comunicaciones [Por lo tanto, la psicoterapia] no es la cura “por la palabra” sino la cura por la “comunicación” (p. 841).

Desde este punto de vista, lo que Schore denomina un estado de receptividad del cerebro derecho es de gran importancia en la práctica terapéutica ya que tal estado está vinculado con la recepción y expresión de señales comunicativas somáticas en la dimensión relacional implícita. Lo que las neurociencias nos pueden enseñar acerca de este estado de receptividad es que, al menos en las primeras etapas de la percepción del lenguaje corporal emocional, la percepción del cerebro se centra en extraer una configuración global más que en los detalles (De Gelder, 2006). En este contexto, al

monitorear las respuestas contratransferenciales respecto de las comunicaciones faciales, gestuales y prosódicas implícitas del paciente, el cerebro derecho del clínico le sigue la pista en un nivel preconscious no sólo a los ritmos y flujos de los estados afectivos del paciente, sino también a las respuestas afectivas interoceptivas de base corporal del propio clínico respecto de los niveles cambiantes de activación del paciente (Schore, 2005b, p. 845).

El hemisferio derecho del psicoterapeuta le permite, por así decir, conocer a su paciente desde dentro hacia fuera –es decir, el terapeuta puede acceder a información altamente relevante respecto de su paciente a través de sus propios estados corporales de imitación y resonancia somática con la expresión no-verbal del paciente. Como hemos dicho, para “lograr esto, el clínico debe acceder a sus propias respuestas intuitivas de base corporal respecto de las comunicaciones implícitas de base corporal del paciente” (p. 843), un proceso que puede producirse tanto en términos explícitos como en términos implícitos.

COMENTARIOS FINALES

Hasta la fecha, nuestros conocimientos acerca de los mecanismos neurobiológicos de cambio en el contexto de la psicoterapia se encuentran aún muy limitados y en alguna medida los planteamientos específicos acerca de esto son especulativos. Con todo, en la actualidad no cabe duda de que un proceso terapéutico exitoso produce cambios neuronales. Casi diez años atrás Kandel (1998) afirmó que, en cuanto la psicoterapia logra producir aprendizajes acerca de sí mismos en los pacientes, presumiblemente da lugar a cambios

en la expresión genética que a su vez alteran la fuerza de determinadas conexiones sinápticas. Así, "incluso en un nivel genético fundamental, el cambio es posible" (Cappas, Andres-Hyman & Davidson, 2005, p. 375). Dado que en las últimas décadas se ha confirmado la existencia de mecanismos implícitos no-verbales de cambio, este trabajo ha pretendido reseñar algunos de los hallazgos neurobiológicos relativos a los procesos implícitos de interacción con la finalidad de contribuir a la comprensión del nivel implícito del cambio desde la perspectiva de la neurobiología. Algunas ideas adicionales complementarias han sido descritas en un trabajo previo (Sassenfeld, 2008a).

REFERENCIAS

- Adolphs R. Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nature Reviews Neuroscience* 2003; 4: 165-176
- Balbernie R. Circuits and circumstances: The neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour. *Journal of Child Psychotherapy* 2001; 27 (3): 237-255
- Beebe B. Faces in relation: A case study. *Psychoanalytic Dialogues* 2004; 14 (1): 1-51
- Beebe B, Lachmann F. Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
- Bostanov V, Kotchoubey B. Recognition of affective prosody: Continuous wavelet measures of event-related brain potentials to emotional exclamations. *Psychophysiology* 2004; 41: 259-268
- Broad K, Mimmack M, Kendrick K. Is right hemisphere specialization for face discrimination specific to humans? *European Journal of Neuroscience* 2000; 12: 731-741
- Cappas N, Andres-Hyman R, Davidson L. What psychotherapists can begin to learn from neuroscience: Seven principles of a brain-based psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2005; 42 (3): 374-383
- Cirulli F, Berry A, Alleva E. Early disruption of the mother-infant relationship: Effects on brain plasticity and implications for psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2003; 27: 73-82
- Critchley H, Wiens S, Rotshtein P, Öhman A, Dolan R. Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nature Neuroscience* 2004; 7 (2): 189-195
- Dalgleish T. The emotional brain. *Nature Reviews Neuroscience* 2004; 5: 582-589
- Decety J, Jackson P. A social-neuroscience perspective on empathy. *Current Directions in Psychological Science* 2006; 15 (2): 54-58
- De Gelder B. Towards the neurobiology of emotional body language. *Nature Reviews Neuroscience* 2006; 7: 242-249
- De Gelder B, Snyder J, Greve D, Gerard G, Hadjikhani N. Fear fosters flight: A mechanism for fear contagion when perceiving emotion expressed by a whole body. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2004; 101 (47): 16701-16706
- Etkin A, Pittenger C, Polan H, Kandel E. Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2005; 17: 145-158
- Falck-Ytter T, Gredebäck G, Von Hofsten C. Infants predict other people's action goals. *Nature Neuroscience* 2006; 9 (7): 878-879
- Fenker D, Schott B, Richardson-Klavehn A, Heinze HJ, Düzel E. Recapitulating emotional context: Activity of amygdala, hippocampus and fusiform cortex during recollection and familiarity. *European Journal of Neuroscience* 2005; 21: 1993-1999
- Gabbard G. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 117-122
- Gabbard G. A neuroscience perspective on transference. *Psychiatric Annals* 2006; 36 (4): 283-288
- Grosjean B. From synapse to psychotherapy: The fascinating evolution of neuroscience. *American Journal of Psychotherapy* 2005; 59 (3): 181-197
- Habel U, Windischberger C, Derntl B, Robinson S, Kryspin-Exner I, Gur R, Moser E. Amygdala activation and facial expressions: Explicit emotion discrimination versus implicit emotion processing. *Neuropsychologia* 2007; 45: 2369-2377
- Iidaka T, Omori M, Murata T, Kosaka H, Yonekura Y, Okada T, Sadatao N. Neural interaction of the amygdala with the prefrontal and temporal cortices in the processing of facial expressions as revealed by fMRI. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2001; 13 (8): 1035-1047
- Kandel E. A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 457-469
- Kylliäinen A, Braeutigam S, Hietanen J, Swithenby S, Bailey A. Face and gaze processing in normally developing children: A magnetoencephalographic study. *European Journal of Neuroscience* 2006; 23: 801-810
- Lieberman M. Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology* 2007; 58: 259-289
- McGaugh J. The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences. *Annual Review of Neuroscience* 2004; 27: 1-28
- Ochsner K, Knierim K, Ludlow D, Hanelin J, Ramachandran T, Glover G, Mackey S. Reflecting upon feelings: An fMRI study of neural systems supporting the attribution of emotion to self and other. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2004; 16 (10): 1746-1772
- Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21 (1): 71-93
- Pally R. A neuroscience perspective on Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment. En Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D. *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. Other Press, New York, 2005, pp. 191-241
- Parkinson B. Do facial movements express emotions or communicate motives? *Personality and Social Psychology Review* 2005; 9 (4): 278-311
- Porges S. Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Zero to Three* 2004; May: 19-24
- Pourtois G, Sander D, Andres M, Grandjean D, Reveret L, Olivier E, Vuilleumier P. Dissociable roles of the somatosensory and superior temporal cortices for processing social face signals. *European Journal of Neuroscience* 2004; 20: 3507-3515
- Sabbagh M, Moulson M, Harkness K. Neural correlates of mental state decoding in human adults: An event-related potential study. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2004; 16 (3): 415-426
- Sassenfeld A. Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007a; 3 (2): 177-188
- Sassenfeld A. Dos patrones de la regulación afectiva en la interacción temprana y en la interacción psicoterapéutica. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007b; 3 (3): 300-309
- Sassenfeld A. Reflexiones sobre el sistema de las neuronas espejo y algunas de sus implicancias clínicas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008a; 4 (2): 193-198
- Sassenfeld A. Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008a; 4 (1): 83-92

37. Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, W. W. Norton, New York, 2003a
38. Schore A. *Affect Regulation and the Repair of the Self*, W. W. Norton, New York, 2003b
39. Schore A. Psychoanalytic research: Progress and process. Notes from Allan Schore's groups in developmental neuroscience and clinical practice. *Psychologist-Psychoanalyst* 2005a; 25 (4): 18-19
40. Schore A. A neuropsychanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005b; 15 (6): 829-854
41. Schore A. A neuropsychanalytic perspective of development and psychotherapy. *Energy & Character* 2006; 35: 18-30
42. Sergerie K, Lepage M, Armony J. A process-specific functional dissociation of the amygdala in emotional memory. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2006; 18 (8): 1359-1367
43. Shaw P, Bramham J, Lawrence E, Morris R, Baron-Cohen S, David A. Differential effects of lesions of the amygdala and prefrontal cortex on recognizing facial expressions of complex emotions. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2005; 17 (9): 1410-1419
44. Siegel D. Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight", and neural integration. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22 (1-2): 67-94
45. Siegel D. An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy. *Psychiatric Annals* 2006; 36 (4): 248-256
46. Skuse D. Fear recognition and the neural basis of social cognition. *Child and Adolescent Mental Health* 2003; 8 (2): 50-60
47. Swain J, Lorberbaum J, Kose S, Strathearn L. Brain basis of early parent-infant interactions: Psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48 (3/4): 262-287
48. Tamietto M, Corazzini L, De Gelder B, Geminiani G. Functional asymmetry and interhemispheric cooperation in the perception of emotions from facial expressions. *Experimental Brain Research* 2006; 171: 389-404
49. Taylor M, Batty M, Itier R. The faces of development: A review of early face processing over childhood. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2004; 16 (8): 1426-1442
50. Urgesi C, Moro V, Candidi M, Aglioti S. Mapping implied body actions in the human motor system. *The Journal of Neuroscience* 2006; 26 (30): 7942-7949
51. Vuilleumier P, Armony J, Driver J, Dolan R. Distinct spatial frequency sensitivities for processing faces and emotional expressions. *Nature Neuroscience* 2003; 6 (6): 624-631
52. Wolf N, Gales M, Shane E, Shane M. The developmental trajectory from amodal perception to empathy and communication: The role of mirror neurons in this process. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 94-112

PROPUESTA

¿LA OBESIDAD COMO ENFERMEDAD MENTAL?¹

(Rev GPU 2009; 5; 3: 363-369)

Patricia Cordella²

Se propone ampliar la mirada de la obesidad hacia la relación que existe entre ingesta y vida emocional. Se analizan las regiones cerebrales que participan compartiendo circuitos primarios en ambas situaciones. Se propone el comer como un acto que va más allá de la alimentación. Comer tiene funciones mentales, como auto-regulación emocional, búsqueda de placer y participación en el ajuste emocional de las relaciones significativas (familia, pareja). Se sugiere que la inclusión de la obesidad en el Manual de enfermedades mentales cambiaría su comprensión ampliando las alternativas para su prevención y tratamiento.

Nuestro manual de patologías mentales ha delimitado desde los inicios unidades de sentido llamadas síndromes o trastornos usando un método que junta estadísticamente frecuencia, intensidad, consenso y pronóstico de enfermedades. Con esto ha creado y dado nombre propio a conjuntos de síntomas y signos, que, como sabemos, son dinámicos. Esta constitución establece los límites del estado patológico de la mente y por tanto demarca los campos de la competencia psiquiátrica dentro del quehacer de la medicina.

Se trata de agrupar configuraciones fisiológicas de frecuente aparición que producen alteraciones tanto conductuales como vivenciales. Los órganos, aunque participantes activos, basta pensar en los incrementos de la frecuencia cardíaca en la crisis de pánico o en salida de cortisol de la suprarrenal o en el aumento del

movimiento intestinal en situaciones de crisis, no se reconocen como tejidos participantes de estos cuadros. Sólo el sistema nervioso central y autónomo podrían contener estas desregulaciones, según se ha dicho hasta ahora.

Con el manual se acepta un orden, se delimitan los administradores de este orden y quedan claros los territorios nosológicos, delegándose la cura (remoción de la causa) a los correspondientes especialistas. A cada especialidad, su territorio.

Lo que ha ocurrido con la obesidad es que a través de un foco puesto en ella como causa de patologías somáticas se ha cargado de significado y generado un corpus del saber que pertenece al campo de la nutrición, desde el cual se generan las decisiones y las prácticas curativas de la misma. Tenemos por ejemplo

¹ Una versión para nutriólogos fue publicada en Rev Chil Nutr V35, N9 septiembre 2008.

² Unidad Trastornos de Alimentación. Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. mpcordella@gmail.com. 2205455. La Capitanía 976.

el desarrollo de la cirugía bariátrica en los últimos años destinada a corregir los efectos de la ingesta y a intervenir en el volumen de la misma.

OBESIDAD: ¿CAUSA O EFECTO?

La obesidad ha sido tratada como causa de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y endocrinas y, por lo mismo, múltiples estudios han estado destinados a reconocer los riesgos, la predisposición y los factores de protección. Se han invocado aspectos que van desde lo genético (2, 3) hasta lo ambiental, incluidos en éstos el uso de la información nutricional por los mass-media. Desde este paradigma se han realizado campañas de nutrición saludable, ejercicios y prevenciones desde edad temprana en jardines de preescolares, colegios y población general. Los resultados globales no son promisorios puesto que cada vez hay más obesos (4).

Necesariamente surge la inquietud de preguntarnos qué es lo que no estamos reconociendo: ¿factor o dinámica de factores? ¿O es tal vez que el modo de conceptualizar la obesidad no nos permite pensarla-solucionarla desde una perspectiva distinta?

Si tratamos la obesidad como causa de otras patologías se intentará remover sus orígenes, es decir, el balance calórico positivo. Desde esta posición intentaremos que los pacientes: restrinjan calorías con dietas; se sometan a cirugías destinadas a disminuir el volumen del estómago; se aumentará su gasto calórico ya sea a través de medicamentos o ejercicios; se bajará la absorción de alimentos, especialmente los grasos, a través de drogas (bastante incómodas por sus efectos colaterales). Es decir, intentaremos modificar la ingesta, el ejercicio físico y sus externalidades.

Si en cambio tratáramos la obesidad como efecto, nos preguntaríamos acerca de la causa y esto nos llevaría a reconocer que algo ha ocurrido en la regulación de los procesos de ingesta. Éstos se encuentran asociados tanto al hambre y la saciedad de regulación hipotalámica como a circuitos de origen y función emocional. Emoción e ingesta, así como emoción y actividad muscular, parecen actuar conjuntamente. ¿Cómo podemos entender esta asociación?

LAS BASES DE LA VIDA

Los sistemas primarios de sobrevivencia son muy primitivos, propios de todos los seres vivos que necesitan incorporar energía, aprender del medio para sobrevivir en él y construir sociedad. Entre los circuitos que se consolidan muy tempranamente o que tal vez son dotación genética pura estarían: hambre, frío, estrés,

procreación, alarma, cuidado, territorialidad (5). Estos circuitos pueden ser reconocidos y delimitados por su neurofisiología (6, 7). Las estructuras nerviosas que participan en ellos pueden ser localizadas, las sustancias que los movilizan individuadas, e incluso los modos de modulación y la conducta que participan en ellos descritos y generalizados. La capacidad de modular los procedimientos de cada uno de estos sistemas supone aprendizaje, es decir, memoria de acoplamiento (8) entre el ser vivo y su medio ambiente.

Los sistemas de hambre / saciedad; alarma y procreación no son considerados circuitos emocionales, aunque requieren de éstos para lograr funcionar. Estarían más cerca de una dotación que podemos llamar instintiva que responde a estímulos reconocibles y universales entre la especie animal; por ejemplo, si un animal grande ingresa a nuestro campo visual se encenderá la alarma y nuestra respuesta será arrancar, agredir o bloquearnos. Si, por otra parte, baja la glicemia, se estimulará el hambre y la búsqueda de alimentos. Con los estímulos sexuales se encenderán los circuitos de procreación.

Por otra parte, los circuitos emocionales aunque no tan evidentes como los anteriores, podemos delimitarlos tanto por las regiones cerebrales que utilizan como por las conductas que muestran. Son precisamente estos sistemas neurofisiológicos emocionales los que pueden actuar tanto como estimulador así como de inhibidor de las conductas asociadas al comer.

La modulación emocional es la tarea de los procedimientos psíquicos. Se entiende el "aparato psíquico" como un dispositivo que media, es decir, usaremos una metáfora de nuestra era tecnológica, una especie de "driver" que permite que el sistema operativo pueda entenderse con periféricos a través de algún mecanismo que permita controlar su funcionamiento. Se trataría de un conjunto de instrucciones que indican la manera en que debe realizarse la interfaz. La psiquis media entre la biología del organismo y las circunstancias en que éste se encuentra desplegando sus procesos vitales. Por eso el individuo no puede entenderse sin las circunstancias que lo intervienen y por eso las circunstancias se encuentran con las fronteras del organismo humano para producir conductas.

La psiquis es el modulador adquirido del ser vivo. El aprendizaje de esta modulación se inicia desde que se inicia la vida, almacenando información de procedimientos que se repiten en memorias fisiológicas que no siempre tienen representación mental y de las que, por lo tanto, no siempre es posible dar cuenta consciente.

La psiquis administra diversos procedimientos cuya finalidad es conservar el equilibrio fisiológico, por

ejemplo, a pesar que en la pantalla del televisor se aparece un león iracundo y con la boca abierta, la psiquis procesa la activación amigdaliana de peligro (9) activando circuitos inhibitorios (10) que se han desarrollado al comprender que una imagen no es la realidad. Por lo tanto, simultáneamente con la aparición de la imagen se activan los circuitos de alarma y de inhibición de la alarma y podemos permanecer en frente de la pantalla sin taquicardia.

La sensación de control, que este acto provee, es una ganancia secundaria que para algunos se torna adictiva (adictos al control).

La psiquis utiliza como unidades de información básica las emociones y éstas a su vez son catalogadas no sólo desde el lenguaje sino a través de grupos de sensaciones que aprendemos a distinguir desde el cuerpo.

Los circuitos emocionales primarios se caracterizan por:

1. Tener específico rango fisiológico, asociado con claro estímulo y universal respuesta expresado en conducta y expresión facial.
2. Distinguir un trazado del circuito neuronal que utilizan
3. Tener una combinación particular neuroquímica
4. Ser de base genética y su función se puede alterar por mutaciones en genes específicos
5. Tener un origen posible de entender a través de uso para necesidad de sobrevivencia
6. Ser universales en humanos y homólogos a otras especies. Tener precursores evolucionarios
7. Su disfunción puede asociarse a trastornos psiquiátricos. Ya sea por aumento o disminución de sus funciones.

Entre las funciones de los circuitos emocionales primarios están:

1. Emociones Básicas: a. Placer; b. Búsqueda; c. Asco; d. Rabia; e. Miedo
2. Reproducción: Deseo
3. Filiación: Apego
4. Regulación de conflicto: a. territorialidad; b. jerarquías: dominio y sumisión
5. Aprendizaje: Juegos de imitación y competencia.

Los circuitos emocionales primarios participan en la conducta del comer cuando la psiquis no direcciona bien la información emocional, no procesa sus contenidos y los desvía a sensaciones de ansiedad que los pacientes solucionan comiendo. Esta "ansiedad" suele ser un gru-

po de afectos desagradables entre los que se encuentra la rabia, la tristeza, el aburrimiento, el vacío. La solución de comer en vez de elaborar estas sensaciones indica que existen ciertas zonas psíquicas no desarrolladas.

Se entiende este silencio psíquico como un mecanismo de defensa muy precoz que no ha permitido articular los niveles de la experiencia con la conciencia posiblemente secundario a traumas (cantidades de cortisol muy elevadas en un momento del desarrollo) (11).

MÁS ALLÁ DE LA ALIMENTACIÓN: EL COMER

Comer es una conducta que relaciona diversas dimensiones. La participación de los circuitos emocionales forma parte de la red que asegura la inclusión de energía al organismo.

Tomando como modelo los circuitos mencionados podemos decir que en el *comer psíquico* participarían estas vías desplazando sus acciones hacia la ingesta o el rechazo a la misma de modo que tanto el placer como la búsqueda quedarían fijados en la alimentación. El asco (circuito de seguridad frente a lo venenoso) podría desplazarse hacia el rechazo no sólo de alimentos sino de situaciones o personas desagradables fijando esta función en la comida (mecanismo utilizado en la restricción alimentaria de las anorécticas).

El deseo, que es un circuito destinado a la búsqueda del apareamiento, podría desplazar y cambiar objeto sexual por sensaciones digestivas. El apego, que es un sistema de protección relacional a través del cual la cercanía con el cuidador regula significativamente el bienestar, puede intercambiar alimento por cuidador. La territorialidad, que es un sistema a través del cual se delimita el espacio de dominancia e individualidad, puede ser utilizada preferentemente en la fijación de la cantidad y variedad de comida con las evidentes consecuencias en la conducta de comer.

Todos estos procedimientos cercanos al comer son utilizados normalmente; es la rigidez o la fijación de algunos de estos circuitos lo que define la patología del comer.

Podemos simplificar diciendo que el comer se encuentra asociado con los circuitos primarios emocionales del siguiente modo:

Características del comer	Circuito primario
Estimulación del comer:	Placer.
Inhibición del comer:	Asco.
Estimula o inhibe según aprendizaje y circunstancias	Búsqueda, rabia, miedo; Apego; deseo; Territorialidad, jerarquía. Juego

La selección de funciones que estimulen o inhiban el comer depende tanto de la historia familiar como de los eventos emocionales a que ese organismo haya estado sometido. Por esto para llegar a desarticular los procedimientos se requiere comprender y producir cambios en la configuración vital de la persona.

Comer es tan importante que no es posible sobrevivir por largo tiempo si no hay ingesta suficiente. Los pacientes con anorexia comen, pero no suficiente, y las cifras de mortalidad en esta población son más elevadas que en la población general (12, 13). Son organismos sometidos a estrés nutricional que se complican a lo largo de su enfermedad con patología cardíaca, hepática (especialmente si consumen alcohol en forma excesiva) (14), renal, metabólicas y finalmente mentales (que las pueden llevar incluso al suicidio).

Cuidar que el circuito ingesta permanezca operante es por lo tanto esencial para la especie. La ingesta requiere básicamente de un ambiente que le permita: disponibilidad de alimentos; pertinencia de consumirlos; territorialidad; alertas en la huida de otros en competencia. Sin embargo, (15) la evaluación del ambiente en la especie humana se realiza a través de la psiquis de modo que ésta opera con sus lógicas asignando significado tanto a la experiencia con el ambiente cuanto a la experiencia interna del organismo. Estos significados se construyen psíquicamente, es decir, transformando la percepción de la vivencia en estado de la realidad. La actividad psíquica es esencialmente transformacional, es decir, convierte, modifica y deforma la realidad hasta hacerla aceptable al individuo o la sociedad desde donde surgen sin alterar su funcionamiento fisiológico.

Alimentarse por tanto quedará incluido dentro de la conducta del comer y está dentro de las lógicas psíquicas. Comer es una conducta de relación con otros, consigo mismo y con los alimentos. Se come haciendo ingesta, es decir, introduciendo alimentos a la boca tragando y llenando el estómago. Se come haciendo rituales, corporizando una cultura, compartiéndola con otros. Cualquiera de estos pasos puede ser deformado por la psiquis buscando regulaciones extra alimentación y aumentando el riesgo de algún trastorno en la conducta del comer.

ACUMULANDO ENERGÍA SIN LOGRAR HOMEOSTASIS

Nuestra civilización ha logrado disponibilidad de alimentos a través de técnicas de conservación, distribución y mercado, lo que ha posibilitado su uso para fines más allá de lo nutricional. Hay quienes se oponen

a consumirla (anorexia nervosa), o si la consumen se oponen a utilizarla y la rechazan (bulimia nervosa), mientras otros no paran la ingesta o no utilizan la energía ingresada y desarrollan obesidad.

El balance energético positivo, por lo tanto, se puede deber básicamente a:

- Aumento de la ingesta, y por defecto suponemos que la ingesta está cumpliendo con funciones que no son alimentarias.
- Disminución de la necesidad de energía, y por defecto suponemos que el sujeto se está moviendo menos o bajó su gasto calórico basal.

Ambas condiciones pueden corresponder a desregulaciones fisiológicas o, dicho de otro modo, alteraciones psíquicas en las funciones de regulación del organismo.

ALTERACIONES EN LA CONDUCTA DEL COMER

Las desregulaciones de la psiquis producen conductas, signos y síntomas que se hacen evidentes al ocurrir la consecuencia que es el aumento de peso. Podemos separar en tres categorías estas desregulaciones: 1-comer en vez de elaborar psíquicamente la realidad; 2-comer para obtener placer; 3-comer como parte de un modo-de-estar-con-otros.

Estas deregulaciones las llamaremos *comer psíquico*

Funciones del comer psíquico	Suplanta a
Evitación del trabajo de elaboración psíquica que construye significado funcional de la realidad.	Definición de límites del yo (abandono de omnipotencia infantil) Aprendizaje de negociaciones intersubjetivas (yo en relación a otro)
Búsqueda de placer básico	Diversidad y desarrollo de vías sublimadas (elaboradas por la conciencia)
Pertenencia básica a grupo de filiación.	Autonomía

COMER EN VEZ DE ELABORAR PSÍQUICAMENTE LA REALIDAD

Las desregulaciones emocionales utilizan el comer como función psíquica, y la psiquis no hace su trabajo de evaluación, integración, sentido.

Cada uno de los eventos o estados descritos a continuación son capaces de sostener un tipo de ingesta

que podemos nombrar como ingesta *psíquica* que ocurre sin fines nutricionales, sino en búsqueda de equilibrios que la psiquis no pudo solucionar.

Es decir, la persona suplanta la actividad psíquica necesaria para resolver la dificultad emocional con alteraciones en la conducta del comer. Estas alteraciones implican diversas conductas como: aumento ingesta; picoteo; *craving* a hidratos de carbono; supresión de saciedad; atracones.

1. Anticipación de amenaza a la homeostasis: Futuros cambios: de casa, colegio, trabajo, dependencia laboral.
2. Separaciones de la figura de apego: cambios sutiles en la distancia emocional con la figura de apego principal (madre, padre o pareja)
3. Vacío, aburrimiento.
4. Ansiedad anticipatoria ante evaluaciones o juicios de terceros
5. Sensación de inhabilidad para el aprendizaje de tareas específicas
6. Ser individuo de características dominantes en posición de sumisión
7. Ser individuo con características de sumisión y estar en posición dominante
8. Amenaza al territorio propio (concreto o simbólico)
9. Desafiliación (dejar de pertenecer a grupo de referencia)
10. Desmotivación: incluido el deseo sexual.

COMER PARA OBTENER PLACER

Desregulaciones en el circuito de placer de la ingesta (abuso de ingesta).

Este modo de utilizar circuitos del placer para aumentar la ingesta se parece al estilo alcohólico donde el alimento (muchas veces hidratos de carbono en presentaciones dulces) activan el circuito y lo dejan reverberando, buscando más y más estimulación. Los pacientes paran, lo mismo que el alcohólico cuando ya no puede más de volumen o cuando se acaba el alimento. Este Craving por sustancias calóricas es muy difícil de parar y sólo responde a medidas de control que toman parientes o el paciente mismo.

La similitud entre la ingesta de alimentos y la ingesta de drogas se puede ver en tabla anexa (adecuada de 16).

Cuando el paciente es un abusador de alimentos y está fijado en este circuito, puede aparecer como obeso, bulímico o anoréctico; según regule los mecanismos de control del craving tendrá más o menos éxito en el control del peso.

En este tipo de pacientes las dietas con "licencias" (haga dieta en la semana y tiene permiso el fin de semana) funcionan siguiendo la lógica y el ritmo atracón/restricción (control / descontrol) que es justamente lo enfermo y que se suelen acompañar de variaciones en el ánimo y la angustia.

Criterio utilizado en abuso de drogas	Características	Propuesta criterio en abuso de ingesta
Tolerancia	Cantidad necesaria para lograr satisfacción	La saciedad se alcanza con cantidades crecientes de comida
Síntomas de privación	Desequilibrio fisiológico producido por la falta de una específica sustancia exógena.	Disforia y <i>distress</i> cuando no hay disponibilidad de alimentos
Compulsión	Consumir aunque sea más allá de lo deseado	Comer más de lo deseado.
Descontrol	Incapacidad de cortar el consumo una vez iniciado	Intentos fallidos de control en la alimentación.
Invasión	Irrupción de impulsos, pensamientos y conductas destinados a conseguir, utilizar y recuperarse del uso de sustancia	Gran porcentaje del tiempo diario usado en el tema del comer: recetas, fantasías de comidas, búsqueda y compra de comida, ingesta y recuperación de ingesta
Aislamiento social	Reducción de la actividad social y cambio por actividad de ingesta	Reducción o suspensión de vida social a causa del consumo de alimentos y/o sus consecuencias
Reincidencia	Repetición de conducta a pesar de consecuencias.	El consumo se mantiene a pesar de las consecuencias físicas y psíquicas

Parar este tipo de ingesta los medicamentos del tipo IRSS pueden ser de ayuda (17).

COMER COMO PARTE DE UN MODO-DE-ESTAR-CON-OTROS

Desregulaciones psíquicas producidas en campos vinculados adversos (relaciones conflictivas abiertas u ocultas).

Las relaciones significativas son aquellas capaces de regular la homeostasis a través de la presencia o ausencia del cuerpo designado como significativo. Una relación tiene significación cuando es capaz de producir cambios fisiológicos en el organismo. Generalmente esto ocurre en las relaciones que llamamos de mayor intimidad (pareja, hijos, padres) Se llama campo vincular a la regulación mutua entre dos o más cuerpos necesaria para sostener el bienestar común. Este campo vincular está caracterizado por un cierto clima emocional que ha puesto en acción ajustes emocionales de cada miembro destinados a sostener la sintonía emocional entre ambos. Estos ajustes implican al organismo en su totalidad y suelen ser muy inconscientes. Campos vinculares donde la fisiología queda ajustada de un modo que podemos señalar al menos como incómodo o desagradable predisponen a buscar el comer como forma de regulación. Dado que comer y ser cuidado (aliviado) son estados que al inicio de la vida se dan juntos y fusionados (18) se confunde la regulación emocional con comer y se come en vez de regular.

La coordinación y negociación de las emociones que se activarán en el campo vincular requiere de acuerdos activos y muy rápidos que suceden sin mediar lenguaje y en los cuales el comer pudo quedar capturado como parte del estar-junto-a-otro.

Como la sintonía relacional está expuesta a quiebres y discontinuidades (19, 20) el comer puede ser utilizado como reparador del clima base. Comer reconstituiría la sintonía, aunque a la larga junta kilos de más.

Circuitos cerebrales implicados en la regulación del consumo de alimentos: (16, 21, 22)

Función alterada	Zona cerebral implicada
Control inhibitorio al impulso de consumo	Corteza prefrontal; giro cingulado anterior
Atención preferente al alimento	Núcleo accumbens, hipotálamo, pallido
Hábitos condicionados a comer en vez de enfrentar conflicto	Amígdala, hipocampo, estriatum dorsal
Alta motivación a consumir alimentos	Corteza orbitofrontal, núcleos mesencefálicos dopaminérgicos

CONCLUSIÓN

Si pensamos la obesidad como la consecuencia de un intento que hace el organismo por lograr regulación emocional a través del consumo de alimentos, enton-

ces la mirada se traslada hacia el psiquismo, el encargo de conservarla.

Algo no estaría funcionando bien en los sistemas de regulación emocional que se recurre más veces al comer que a mecanismos psíquicos de autorregulación o regulación emocional.

El placer de comer, por ejemplo, sustituiría o enmascararía dificultades en la motivación, la ingesta podría ser utilizada como un símil materno (consuelo, apoyo, protección, sostén) o como prótesis en los derrumbes emocionales.

Estos circuitos básicos pueden por momentos suplir actividad psíquica y esto es considerado normal; sin embargo, si quedan frecuentemente o completamente a cargo de regular el acontecer emocional y por lo tanto fisiológico del organismo humano (23), las consecuencias serán el sobrepeso y la obesidad.

Es la intervención sobre los sistemas que regulan los desequilibrios y rupturas del bienestar fisiológico lo que permitiría liberar de esta sobreactividad a las zonas destinadas a la ingesta y la sobrevivencia.

El bienestar fisiológico es una sensación de tranquilidad que implica el mejor funcionamiento de ese organismo, es decir, el mejor acoplamiento a las circunstancias donde se encuentra desplegando sus capacidades vitales.

La continuidad de este bienestar está vigilada por el aparato psíquico, el que utilizando múltiples mecanismos (distorsionar, desplazar, negar percepciones, racionalizar, proyectar sensaciones desagradables y otros) logra sostener una homeostasis sana.

El desarrollo de un aparato psíquico capaz de cuidar la continuidad de la homeostasis ocurre desde el nacimiento a través del aprendizaje por acoplamiento fisiológico con los cuidadores. Por esta razón el estado emocional de los cuidadores es tan importante para lograr un campo de interacción fisiológica al que llamamos vínculo.

Intervenciones en el vínculo, que es el lugar de aprendizaje de la regulación emocional, parecen augurar mejores resultados en la prevención de la obesidad, lo mismo que, ya producidos mecanismos desregulados, la reparación de los mismos a través de intervenciones terapéuticas (24).

Tal vez ha llegado el momento de pensar la obesidad como una consecuencia de una disfuncionalidad en la homeostasis del organismo, secundaria a un psiquismo dañado en mayor o menor extensión y no sólo como la causa de enfermedades orgánicas. ¿Será necesario incluirla en el DSM considerando que son los componentes mentales la clave para su tratamiento?

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM IV). Washington DC, APA 1994
2. Bulik C, CT Slof-Op't Landt, Van Furth E, Sullivan P. The genetics of Anorexia nervosa. *Annual Review of Nutrition* 2007; 27:263-275
3. Ribase's a,b M, Fernández-Aranda F, Grataco M, Mercader J. Contribution of the serotonergic system to anxious and depressive traits that may be partially responsible for the phenotypical variability of bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research* 2008; 42: 50-57
4. Encuesta Nacional de Salud (ENS). Ministerio de Salud. Chile. 2003
5. Pankseep J. Emotional endotypes in evolutionary psychiatry. *Progress in Neuro Pharmacology and Biological Psychiatry* 2006; 30: 774-784
6. Godart N, Flament M, Perdereau F, Jeammet P. (2002). Co morbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int J Eat Disord* 32: 253-70
7. Kaye W, Strober M, Jimerson D. The neurobiology of eating disorders. In *The Neurobiology of Mental Illness*, ed. D Charney, E Nestler, pp. 1112-28. New York: Oxford Univ. Press, 2004
8. Maturana H, Varela F. *El árbol del conocimiento*. Ed Universitaria, Santiago de Chile, 1989
9. Davis M. Are different parts of the extended amygdale involved in fear versus anxiety? *Biol Psychiatry* 1998; 44: 1239-1247
10. Mc Ewen B, Milner T. Hippocampal formation: shedding light on the influence of sex and stress on the brain. *Brain Research Reviews* 2007; 5: 343-355
11. Mc Ewen B. Neurobiology of aging 2002; 23(5): 921-939
12. K Theander S. Standardized mortality in eating disorders: a quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res* 1998; 44: 413-34
13. Crisp AH, Callender JS, Halek C, Hsu LKG. Long-term mortality in anorexia nervosa: a 20-year follow-up of the St George's and Aberdeen cohorts. *Br J Psychiatry* 1992; 161:104-107
14. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, et al. Alcohol use disorder co morbidity in eating disorders: a multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65: 1000-6
15. Graybiel AM. Habits, Rituals, and the evaluative brain. *Annual Review of Neuroscience* 2008; 31: 359-387
16. Volkow N, O'Brien C. Issues for DSM-V: Should obesity be included as a brain disorder? Editorial *Am J Psychiatry* 2007; 164(5): 708-710
17. Yager Y. Practice guideline Am Psychiatric Association. for the treatment of patients with eating disorders (Revision). *Am J Psychiat* 2000; 157 Suppl 1: 1-39
18. Cordella MP. Proposición de un modelo para comprender la configuración anoréctica. *Rev Chil Pediatr* 2002; 73: 566-575
19. Schore A. Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry* 2002; 22: 433-484
20. Gunnar M, Quevedo K. The Neurobiology of Stress and Development. *Annu Rev Psychol* 2007; 58: 145-173
21. Uher R, Murphy T, Brammer MJ, Dalglish T, Phillips ML, Ng VW, Andrew CM, et al. Medial prefrontal cortex activity associated with symptom provocation in eating disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1238-1246
22. Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment research of eating disorders. *Brit J Med Psychol* 2000; 3: 35-51
23. Pally R. Emotional Processing: The Mind-Body Connection. *International Journal of Psycho-Analysis* 1998; 78: 349-362
24. Southgate L, Tchanturia K, Treasure J. Building a model of the aethiology of eating disorders by translating experimental neuroscience into clinical practice. *Journal of Mental Health* 2005; 14(6): 553-566

TEORÍA

PERSONALIDAD DE FRONTERA ESPECTRAL: UNA PERTURBACIÓN EN LA ZONA DE LOS FENÓMENOS TRANSICIONALES

(Rev GPU 2009; 5; 3: 370-378)

Irene Dukes¹

En este trabajo me propongo reflexionar sobre el concepto “personalidad de frontera espectral” elaborado por Christopher Bollas (1989), el cual tiene como eje teórico central las conceptualizaciones desarrolladas por Donald W. Winnicott acerca del objeto y del fenómeno transicional. La autora señala la importancia primaria de la ausencia en la psicopatología del área transicional, para lo cual recurre a los planteamientos de Christopher Bollas y André Green, quienes enfocan progresivamente la concepción de lo negativo en los postulados winnicoteanos, entendidos como una cualidad inherente al funcionamiento psíquico tanto normal como patológico. La *personalidad de frontera espectral* corresponde a un tipo particular de psicopatología esquizoide (cercana a lo esquizotípico), caracterizada por presentarse en sujetos que no pueden vivir en el área intermedia del vivenciar, porque en ellos no ha emergido un espacio potencial entre el propio-ser y el otro. Con la ayuda de un ejemplo clínico se intenta ilustrar este funcionamiento mental, y sus repercusiones, tales como la dificultad para sostener una distinción entre realidad e irrealdad, así como para desarrollar la capacidad de fantasear y de simbolizar.

¹ Psicóloga U. Católica. Psicoanalista APCh.

*La tierra, madre de la naturaleza, es también su tumba;
lo que es su fosa sepulcral, es también su vientre,
y de su vientre hijos de diversa especie
encontramos mamando de su seno natural,
muchos de ellos excelentes por muchas virtudes,
ninguno privado de todas, pero todos ellos diferentes.*

Shakespeare, *Romeo y Julieta*, Acto II, Escena 3

El punto de partida de este trabajo ha sido “Clara”, una paciente de tan sólo ocho años de edad. Fue a partir de las dificultades con las que tropezaba en su tratamiento –las que me situaban en los límites de lo analizable– que resonaron en mí las palabras de Donald W. Winnicott: “Cuando se tiene a la mano una teoría sobre los fenómenos transicionales, es posible mirar con ojos nuevos muchos problemas antiguos” (Winnicott, 1982, pp.16). Pues bien, este trabajo representa un esfuerzo por dilucidar las complejidades y vicisitudes de un mundo esquizotípico², comprendido a la luz de la teoría de los fenómenos transicionales y amparados en las intelecciones desarrolladas por C. Bollas en torno a la personalidad de frontera espectral y al uso de los objetos alternativos.

La teoría del objeto transicional ha permitido comprender la evolución psíquica del niño, desde un pensamiento alucinado hacia el uso creador de objetos reales. Ocurre, sin embargo, que en algunos niños este proceso se perturba; específicamente, y de forma dramática, en el autismo, con la creación de los objetos autistas; en las perversiones y el uso del objeto fetiche; y en algunos trastornos esquizoides, como en los casos de personalidad de frontera espectral, con el uso de los objetos alternativos.

Con este propósito, en primer lugar y a modo de ilustración, presentaré una viñeta clínica en la que se aprecia la constelación psíquica del mundo espectral en que habita la paciente, y el uso de objetos alternativos. Luego efectuaré una revisión parcial y acotada de algunos conceptos centrales relacionados con los objetos y fenómenos transicionales, de modo de facilitar el entendimiento de los planteamientos de Christopher

Bollas. A continuación realizaré una descripción del trastorno de personalidad de frontera espectral y sus posibles etiologías, para lo cual esbozaré algunas ideas desarrolladas por A. Green, especialmente en relación con el concepto de “la madre muerta”, como una manera de ahondar en la comprensión del tipo de estructuración psíquica que pudieran tomar estos cuadros clínicos. Finalmente, y a modo de conclusión, destacaré lo generativo, que resulta interesarse por dimensiones nuevas de la teoría psicoanalítica clásica desarrollada por Donald Winnicott, como aquellas elaboraciones teórico-clínicas que resultan del fructífero y creativo trabajo desplegado por Christopher Bollas y André Green.

ILUSTRACIÓN CLÍNICA

La vida de Clara³, que tiene ocho años al momento de consultar, está poblada por personajes-fantasmas. Son presencias que habitan en un espacio que no es ni externo ni interno. En determinados momentos me pregunto si se trata de alucinaciones, si es un espacio delirante, mientras que en otros momentos ese escenario mental adquiere un carácter más de juego, similar al que ocupan los amigos imaginarios.

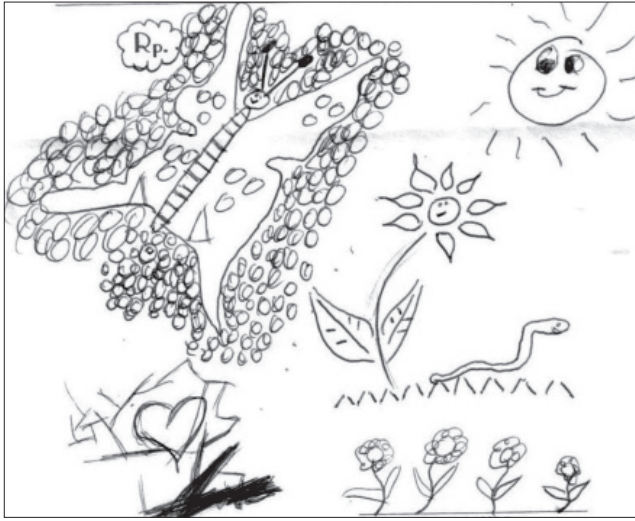
Sesión a sesión me veo descubriendo su mundo de personajes-fantasmas con los cuales compartimos el consultorio, y a quienes es posible encontrar un sentido y un significado compartible y coherente con su contexto existencial. Clara plantea con nitidez lo doloroso y angustiante que le resulta lidiar con la vida real de su familia, y cómo el mundo de espectros que ella ha construido representa un espacio seguro, predecible y tranquilo en el cual refugiarse⁴.

Estos personajes-fantasmas interactúan con la paciente fluida y cotidianamente; entablan diálogos entre ellos, aconsejan y, de un modo particular, acompañan. Los personajes-fantasmas de Clara son seres abandonados que habitan en una “casa de acogida transitoria”, hasta que son adoptados por algún niño. En el transcurso de una sesión Clara me plantea una preocupación: “Oye, pienso que debe repararse la casa donde

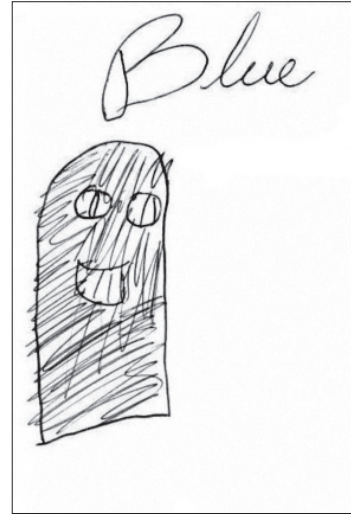
² Los pacientes esquizotípicos forman un continuo en sí mismos de sujetos que viven al margen de la sociedad con existencias solitarias, aisladas e idiosincráticas; el continuo va desde un extremo donde hay personas muy parecidas a los pacientes esquizoides (aunque con mayor rareza en la conducta y en la comunicación), hasta aquellos cercanos a la esquizofrenia, que se encuentran propensos a episodios psicóticos breves (Gabbard, 2000).

³ Clara es un nombre ficticio inspirado en la protagonista de *La casa de los espíritus*, libro que se inscribe dentro de la modalidad literaria del realismo mágico.

⁴ En muchos momentos en los que se revela lo doloroso de su existencia cotidiana, me surgen evocaciones relativas a la película “El laberinto del fauno”, donde lo fantasmagórico del psiquismo de la protagonista, mitiga –al menos parcialmente– la crueldad, la muerte y la violencia del contexto social en que la niña se encuentra inserta.



Dibujo 1



Dibujo 2



Dibujo 3

viven, debe construirse un albergue más grande, porque están llegando cada vez más amigos imaginarios" (Dibujo 1).

Algunos de ellos son Blue, Doli, Coco y Ardo, entre otros; todos son imperceptibles para el resto de las personas. "Coco es una mezcla de pájaro, avión y palmera, y pone huevos cuando está nervioso o feliz, huevos sorpresa (juguetes, reloj), y no sabe hablar; sólo dice: coco". "Doli es alto y le gustan los deportes; tiene un solo ojo y es saltón, un brazo roto y más corto, es sangriento". "Ardo es un monstruo con forma de calavera y es de color violeta; lo inventó un niño que le tenía miedo a los

niños de su barrio, y lo creó y le puso Miedo, aunque a veces lo llama Ardo; y después de crearlo, el niño lo dejó en la casa de acogida, y él (Miedo-Ardo) le tiene miedo a todas las cosas que hay en el mundo" (Dibujos 2 y 3).

A lo largo del trabajo con Clara he ido conociendo su mundo de espectros; a modo de compartir la experiencia clínica con ustedes, a continuación reproduciré parte de una sesión con la cual espero graficar la especificidad de estos personajes (objetos alternativos), y del espacio en el que habitan.

Clara entra al consultorio y la noto distraída. Le pregunto con quién vino hoy.

Clara: –¡¡¡Huy...!!! Se me quedaron en el colegio, se me olvidó recogerlos, sólo traje a Blue. (Su tono es de juego, me responde como si su respuesta fuera una broma en serio a través de la cual pone de manifiesto el carácter de realidad de aquello imaginario).

A: (Le replico en tono juguetón): –Se me quedaron en el colegio... como si fueran ositos de peluche o muñequitos de trapo que la niña distraídamente olvida en el colegio.

Clara: –Tú sabes que yo hago que todos respeten las normas de la imaginación... Ellos me hacen caso porque yo los creé.

A: – ¿Y crecen?

Clara: –Sí crecen, pero no se mueren.

A: – ¿No se mueren?

Clara: –No, los puede adoptar otro niño.

A: – ¿Y si tú quisieras sacarlos de tu mente?

Clara: –Ellos igual seguirían conmigo aunque yo no quisiera, porque ellos no tienen adonde ir.⁵

A: Ellos crecen, no se mueren, obedecen y a veces parecen ellos tomar el control de ti.

Clara: –Yo soy real, ellos son imaginarios... (Piensa en un esfuerzo por resultar convincente, continúa). Mira, acá está Blue (señala un espacio vacío). ¡Mira! Lo toco y paso (hace traspasar su mano por el espacio que supuestamente ocupa Blue, luego hace chocar su mano con su cuerpo); ves, aquí estoy yo. Entiende, yo soy real, ellos son imaginarios, yo los inventé... (Espontáneamente vuelve a pasar la mano por donde supuestamente está Blue, y dice) ¡Pero siento calorcito! (Me mira y en ese momento yo estoy escribiendo algunas notas de lo que ocurre en la sesión).

Clara: –Cuando Blue escribe, me dan ganas de escribir; es como que tuviéramos una misma emoción a la vez. También hace poemas, escribe. Sé que ha inventado hartos poemas, poemas de... Inventó uno para el día de la madre: “Mamá, tú eres de carne y hueso y yo te convierto en flor...” (Se queda pensativa) ¡¡¡¡Ya se me olvidó el maldito poema!!!

A: –Mamá, tu eres de carne y hueso, y yo te convierto en flor (dicho en tono pausado).

⁵ Parece ineludible reflexionar acerca del papel de la omnipotencia en este tipo de funcionamiento mental, y distinguirlo de la “experiencia de omnipotencia” (donde el niño vive cierta vivencia de control mágico), como proceso esencial en las primeras experiencias del “yo” y el “no-yo”. Más bien, en el caso de Clara se trataría de una omnipotencia que pareciera tener relación con la desesperación respecto de la dependencia (como consecuencia de un desamparo desgarrador).

Clara: –O sea, tenía mamá... O sea, yo le inventé una, pero esa mamá no la quiso. Se llamaba Duquesa, tenía hartas joyas, amarilla (pienso en la similitud con las paredes amarillas del consultorio). Ella era un espejo roto y tenía cola, y le gustaban los vestidos de reina; dormía conmigo, le gustaba la música, pero después todo se rompió.

A: –Era como un espejo roto.

Clara: –Cuando yo era chica no era buena para hacer tareas y no sabía jugar; sólo sabía inventar amigos imaginarios mezclando animales con personas, bolas, luz, color... Todos eran aguados... Cuando grande quiero ser diseñadora.

A: –Mezclar colores, texturas, telas, en un mundo de afuera, ese que no es aguado, el mundo que se toca... (Reproduzco el gesto que hizo ella al mostrarme lo material de su cuerpo, en contraposición al etéreo pero calentito de Blue). Trabajar haciendo diseños.

Clara: –Esos cuadros me llaman la atención (se refiere a dos cuadros naïve de la consulta). Está mezclada la ciudad con el campo, y en el otro está mezclada la ciudad con África... Lo único que faltaría es un león en el agua... Los leones son terrestres.

A: –Pienso que a veces tú puedes sentirte entre lo acuoso del mundo imaginario y lo terrestre del mundo real, y no logras aclararte cómo se juntan y separan esos mundos. A veces pareces sentirte confundida, sin saber en qué espacio vives.

Clara: –Cierto, pero para eso necesito más espacio y más tiempo.

Termina la sesión.

Breve comentario acerca del caso clínico

Durante las sesiones con Clara habitualmente quedo sorprendida por la lucidez de sus pensamientos y el uso de sus palabras; en esta sesión ella transita desde la necesidad de agrandar el espacio en que habitan los personajes-fantasmas, vale decir, continuar en lo que podría comprenderse como un refugio psíquico⁶; luego nos habla del “espejo roto”, con lo cual parece invitarnos a reflexionar sobre la etiología de sus conflictos, sobre el vínculo primordial madre-hija y del impacto del mismo en la estructuración de su aparato mental; y por último aborda la problemática central, formulándola como la necesidad de discriminar el espacio interno, del externo y del espacio potencial o zona intermedia

⁶ Concepto desarrollado por Steiner

de experiencia⁷. Al finalizar la sesión Clara introduce los vértices concernientes al espacio y al tiempo, lo cual puede ser comprendido como una alusión a la importancia de la tridimensionalidad en la constitución del psiquismo.

A la vez, sus palabras me llegan como una alusión a la necesidad de crear-encontrar un espacio y tiempo peculiar, aquel que atañe al tiempo del gerundio, tiempo que insiste en un siendo, que se prolonga, que se aloja en un espacio donde caben la creación y la paradoja.

En términos contratransferenciales las experiencias con Clara han sido muy variadas, con experiencias somáticas y confusionales. Pero siempre hay un telón de fondo en donde prima la experiencia de estar con una niña “extraña” (como de otro planeta), una niña huérfana y desamparada, de modo que me siento compelida a brindarle un “hogar sustituto”, algo así como una “casa de acogida”. Luego, intento llevar estas fantasías al plano psicoanalítico y lo traduzco como la necesidad de permitirle encontrar una provisión ambiental que le confiera la oportunidad de que su ser-genuino emerja, de modo que pueda llegar a constituirse en una representación interna que le dé continuidad a su existencia.

Esta paciente nos confronta con lo desconcertantemente complejo del psiquismo humano, con lo fascinante de su diversidad, con la necesidad de conjugar la teoría psicoanalítica tradicional con formulaciones teóricas contemporáneas, de modo de poder abordar una serie de dilemas clínicos y teóricos; nos obliga a la búsqueda de nuevas respuestas a innumerables interrogantes, como las siguientes:

¿CÓMO COMPRENDER EL MUNDO FANTASMAGÓRICO DE CLARA?

Y ¿qué lo diferencia del espacio delirante, o del mundo de los amigos imaginarios que no es patológico? Si se conceptualiza la creación de objetos alternativos como un logro, en términos de haber sido capaz de generar ese mundo, como un intento por preservar el propio ser-genuino como potencial, entonces es posible considerar la creación de personajes-fantasmas como una defensa específica para protegerse de las fallas del ob-

jeto primario.⁸ Y si es así, entonces, ¿hacia dónde debiera orientarse el tratamiento? ¿Podría ser que las capacidades del analista en cuanto a simbolización de la ausencia y del duelo de la unidad primaria madre-hijo, permitirían una progresión en la constitución del psiquismo de Clara?

¿Sería necesario, entonces, re-encontrar-crear una comunión empática y transformadora entre Clara y la analista, de modo que contenga el potencial generativo de toda forma inicial de comunicación entre madre-bebé? Habría primero que elaborar el duelo por el objeto primario, trabajo a realizar en la transferencia.

¿Cómo ayudar a Clara a que abandone su pseudo-creatividad idiosincrática, de modo que salga al encuentro de los influjos creadores compartidos más auténticamente con el mundo real que la rodea, de manera tal que su existencia y su ser sujeto de experiencia sea sostenido y amparado por lo humano?

Esta viñeta deja abiertas muchas preguntas, pero hay una interrogante clínica esencial: ¿cuál es la cualidad de la transferencia en los pacientes de esfera espectral y cómo abordarla psicoanalíticamente? La transferencia, ¿llevará al analista a ser transformado en un doble que vive en el dominio de los propios seres-fantasmales del mundo espectral? Resuenan las palabras “Mamá, tú eres de carne y hueso y yo te convierto en flor”. Éste es un desafío clínico que puede ser pensado a la luz del marco teórico winnicoteano, y que requiere de la creatividad del analista, junto con la capacidad para integrar otros modelos que en conjunción logren abrir posibilidades técnicas nuevas de trabajar la transferencia-contratransferencia.

Es a partir de la inquietud que estos dilemas me generaban en el trabajo clínico que se estructura la presente reflexión, como un intento por esclarecer la especificidad del psiquismo de muchas Claras, que a nuestros ojos aún permanecen a media luz. No obstante, pienso que al introducir los términos ‘objetos y fenómenos transicionales’, y abrir el campo de pensamiento hacia una zona intermedia del vivenciar humano y a las fallas en su constitución, estamos más provistos de conceptos y teorías que nos acerquen a una

⁷ Desde el marco referencial de la Teoría de las relaciones de objeto, sistematizada por M. Klein, el conflicto podría ser pensado a partir de fallas en los mecanismos de escisión (Klein, 1946)

⁸ Desde la metapsicología freudiana sería posible pensarlo como la consecuencia del retiro de investidura libidinal del objeto y la subsecuente investidura del yo, con lo cual se generaría una distorsión de las funciones del yo.

mejor comprensión de la modalidad de existencia de estos pacientes.

DESARROLLO DE LOS PROCESOS TRANSICIONALES EN LA RELACIÓN TEMPRANA OBJETO Y FENÓMENO TRANSICIONAL

Freud centró su atención en la realidad psíquica (personal e interior) y su relación con la realidad exterior o compartida. Winnicott (1971) intenta salir del dilema interno/externo, da un paso más allá e introduce el concepto de *zona transicional*.

Al considerar el desarrollo emocional infantil desde esta perspectiva, es dable plantear que es la madre la garante del uso logrado del objeto transicional por parte del niño; o, dicho en palabras de Winnicott, “un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer al de realidad, o a la identificación primaria y más allá de ella si no existe una madre lo bastante buena” (Winnicott, 1971, pp. 27).

Christopher Bollas profundiza el concepto de madre-ambiente y enfatiza que la madre es significativa y registrada menos como un objeto que como un proceso, el cual es identificado con transformaciones acumulativas exteriores e interiores. Denomina *objeto transformacional* a la experiencia subjetiva primera que el infante hace del objeto. Éste es identificado vivencialmente por el infante con procesos que alteran la experiencia de sí; es una identificación que emerge de un allegamiento simbiótico, donde el objeto primario es “sabido” como una recurrente experiencia de existir, y no tanto porque se lo haya llevado a una representación de objeto. Es un saber más bien existencial, por oposición a un saber representacional (Bollas, 1997).

Cuando el infante crea-descubre el *objeto transicional*, el proceso transformacional se desplaza desde la madre-ambiente a innumerables objetos subjetivos, de modo que el objeto transicional da al bebé la posibilidad de jugar con la ilusión de su propia omnipotencia (lo que le permite atenuar la sensación de pérdida de la madre-ambiente).

Por lo tanto, “el bebé puede emplear un objeto transicional cuando el objeto interno está vivo, es real y lo bastante bueno (no demasiado persecutorio). Pero ese objeto interno depende, en lo referente a sus cualidades, de la existencia, vivacidad y conducta del objeto exterior. El fracaso de este último en el cumplimiento de alguna función esencial lleva en forma indirecta al carácter inerte o a una cualidad persecutoria del objeto interno. Cuando subsiste la característica de insuficiencia del objeto exterior el interno deja de tener significado para el bebé, y entonces, y sólo entonces, el objeto

transicional se vuelve también carente de sentido. Este último puede, pues, representar el “pecho externo”, pero en forma indirecta, debido a que representa un pecho “interno” (Winnicott, 1971, pp. 27).

De este modo, el objeto interno, el objeto transicional y el objeto externo constituyen un todo indisoluble, de modo que el objeto interno sólo se mantiene vivo si existe un objeto externo suficientemente bueno, y a su vez el objeto transicional conserva su significado si se mantiene vivo el objeto interno. Si el objeto externo falla radicalmente muere el objeto interno y el objeto transicional pierde su significado. La experiencia transicional permite la simultaneidad de la diferencia y de la similitud, de ahí que se puede considerar la raíz del simbolismo (Jordán, 2000, pp. 126).

PERSONALIDAD DE FRONTERA ESPECTRAL Y OBJETO ALTERNATIVO

Christopher Bollas (1989), basándose en el desarrollo de la teoría del objeto transicional, plantea que el proceso de tránsito del niño desde un mundo de ansia alucinada hacia el uso creador de objetos reales (al servicio del deseo del niño) puede verse perturbado, como en los casos que se sitúan en la senda de los fenómenos esquizoides, y más específicamente aquellos que él denomina “personalidad de frontera espectral”.

La *personalidad de frontera espectral* se refiere a un tipo particular de psicopatología esquizoide (cercana a lo esquizotípico⁹), la cual se presenta en personas que no pueden vivir en el área intermedia del vivenciar, porque no ha surgido en ellos un espacio potencial entre el propio-ser y el otro.

Bollas (1989) explica la evolución hacia la constitución de la personalidad de frontera espectral planteando que lo ocurrido es como si el niño hubiese manejado el objeto transicional, hubiese sentido y experimentado el placer de su realidad, y en el momento de un uso imaginativo, el objeto hubiera muerto en sus manos, rindiendo su vida y produciendo una transición a ningún lugar. Esto es resultado de que la madre ya no facilita una elaboración del sí-mismo del niño, dando como consecuencia una des-catexis de un objeto con torneado por su potencial exánime que es la muerte de la esencia de un uso y un allegamiento de objeto. En esta muerte esencial el objeto rinde su espíritu, rinde su espectro, que el niño captura e intenta encerrar

⁹ Cabe considerar que, bajo ciertas circunstancias, este fenómeno esquizoide puede conducir a una esquizofrenia paranoidea (Bollas, 1989).

dentro de un espacio interior profundo que contiene a otros espectros. La muerte de la esencia de un uso de objeto puede traer por resultado la 'espectralización' del propio-ser y de sus objetos: una transferencia a una alteridad" (Bollas, 1989, p.155).

Según esa perspectiva, el niño hace pasar una parte del propio-ser por la frontera espectral hacia un mundo alternativo, lo cual es experimentado por él como una muerte casi corpórea de ese propio-ser. Al mismo tiempo que el objeto transicional pierde su esencia, una parte del vivir psicósomático del niño muere, y esta pérdida se transfiere a los objetos que son transportados hacia la frontera espectral y que son poseedores de una presencia interior que es la huella psíquica de una vida psicósomática anterior. Esto se experimenta como una muerte ya sea de una parte del propio-ser-genuino, o de un estado del propio ser-genuino (futuro), o bien una muerte del objeto transicional. Si el sujeto no puede reelaborar el estado propio para su eventual re-sometimiento al ambiente (por vía de juego y de representación simbólica), el mundo alternativo se convierte en una especie de útero carcelero (Bollas, 1989).

A partir de esta perspectiva, resulta esclarecedor pensar que los objetos alternativos o "espectros psíquicos" deben en parte su espectralidad al hecho de que su existencia deriva de una muerte, y su presencia se genera por un préstamo económico de energía psíquica más que por un espejamiento de otros reales.

CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS DE LA PERSONALIDAD DE FRONTERA ESPECTRAL

Posiblemente hay diversas rutas conducentes a un mundo de frontera espectral que lleve a que los objetos internos pasen a ser objetos alternativos, y que reflejen de algún modo la experiencia que el niño ha hecho de la madre. Bollas (1989) se ocupa de señalar tres senderos aunque afines entre sí, que conducen a la creación de objetos alternativos como solución esquizoide. Me referiré a aquel que atañe más directamente al funcionamiento de Clara:

Según Bollas (1989), habría una búsqueda de una solución esquizoide cuando el niño experimenta a la madre como radicalmente muerta, no como las consecuencias psíquicas de la muerte real de la madre sino en el sentido que lo formula André Green (1987); es decir, la madre muerta referida como una metáfora, como la muerte de una imago constituida en la psique del hijo a consecuencia de una depresión materna, la que transforma brutalmente el objeto vivo y fuente de la vitalidad del hijo en una figura lejana, átona y casi inanimada; y que impregna sus investiduras e impacta

profundamente el destino del futuro libidinal, objetal y narcisista del hijo. De modo que "la madre muerta" es una madre que sigue viva, pero que está psíquicamente muerta a los ojos del hijo a quien ella cuida. El hijo convive con el sentimiento de una maldición que pesa sobre él, la de la madre muerta que no termina de morir y que lo mantiene prisionero; quedando en un estado en que es imposible pensar, odiar, amar, es imposible gozar. "Sólo existe el sentimiento de un cautiverio que despoja al yo de él mismo y lo aliena en una figura irrepresentable. La trayectoria del sujeto se asemeja a una caza en procura de un objeto inintroyectable, sin posibilidad de renunciar a él o de perderlo, pero sin más posibilidad de aceptar su introyección en el yo investido por la madre muerta. En suma, los objetos del sujeto permanecen siempre en el límite del yo, ni completamente adentro ni enteramente afuera. Y con razón, puesto que el lugar está ocupado en el centro por la madre muerta" (Green, 1980, p. 220).

Entonces la madre es un espectro y su condición inerte es tal que el niño no logra transformar la catexis libidinal de un objeto transicional en un principio de vida; no logra, a través del uso de un objeto transicional, llegar a dar por supuesto que exista un espacio intermedio entre el propio-ser y otro que haga posible vivir de manera creativa. Para ese niño esta situación supondría vivir con la muerta, por lo que el camino que se le abre es volcarse hacia objetos alternativos que reflejen y transfieran a ese mundo la desesperación y la impotencia.

El lugar de lo negativo, o el lugar que ocupa el lado negativo de las relaciones en estos pacientes es primordial. Son sujetos que han vivido experiencias particularmente desorganizadoras relacionadas con separaciones traumáticas, donde pareciera que *sólo lo negativo es real*. Serían personas en las cuales, tras una fase de separación prolongada más allá de lo tolerable, la ausencia del objeto equivaldría a una pérdida y, por lo tanto, que el objeto esté o no esté es indistinto, ya que la realidad es identificada en lo sucesivo con esa negativización del objeto. En estos casos el objeto es desinvertido, e incluso puede desaparecer de la psique (Green, 2003). Se trataría de la negativización positiva de los traumas no rememorables, pero que dejan la huella de su influencia en la constitución del psiquismo.

La comprensión etiológica de la personalidad de frontera espectral, desde la perspectiva de la madre muerta, sitúa a esta patología dentro de la "clínica de lo negativo" (Green, 1980). El objeto transicional pierde significado cuando la memoria de la representación interna se desvanece, dando lugar a una representación de la ausencia de representación, como una

alucinación negativa (Green, 1997). En estos casos, el objeto primario deja huellas en lo inconsciente en forma de agujeros psíquicos.

Green utiliza el concepto de madre-ambiente (desarrollado por Winnicott), y lo sitúa como una estructura encuadrante cuyo recuerdo permanece cuando la percepción de la madre no está disponible debido a su ausencia. En estos casos, la representación de la madre puede quedar suspendida y ser reemplazada por sustitutos, lo cual supone la posibilidad de contar con una construcción introyectada de una estructura encuadrante sostenedora de un espacio psíquico, análoga a los brazos de la madre en el *holding* de que habla Winnicott. En este caso, la alucinación negativa puede ser reemplazada por la fantasía o el cumplimiento alucinatorio de deseos. Pero cuando el bebé es confrontado con la experiencia de muerte, el marco se vuelve incapaz de crear representaciones sustitutivas, de modo que sólo sostiene el vacío, lo que significa la no existencia del objeto o de cualquier sustituto del objeto. No es posible superar la alucinación negativa del objeto (Green, 1997), de modo que “la madre está capturada en el marco vacío de la alucinación negativa y se transforma en estructura encuadrante para el sujeto mismo. El sujeto se edifica ahí donde la catexia del objeto fue consagrada en lugar de su investidura” (Green, 2005, p. 303).

COMENTARIOS FINALES

El presente trabajo ha pretendido ser una reflexión que se basa en la conceptualización de Donald Winnicott (1971) acerca de los objetos y fenómenos transicionales. Me referí particularmente a las fallas en la construcción de un espacio intermedio, aquel que queda fuera de la línea divisoria entre lo interno y lo externo, entre lo temporal y lo intemporal, y entre ser y no ser. Se señala un tipo específico de patología, la que ha sido descrita por Christopher Bollas (1989), y denominada por él como *personalidad de frontera espectral*.

A partir de la descripción de un material clínico se intenta ilustrar la importancia de los procesos transicionales descritos por Winnicott. Las preguntas que guían esta monografía han pretendido enfatizar que parte de la originalidad de la contribución de Winnicott fue el resistirse a ser atrapado en el dilema de lo interno o lo externo. Él define una categoría particular de objetos dotados de una función muy importante para el psiquismo, y da cuenta de un proceso que está estrechamente ligado a la simbolización, en el sentido de que el objeto transicional simboliza la unión de dos cosas separadas: el bebé y la madre en el lugar mismo donde se inicia la separación.

D. Winnicott abrió un camino distinto al tradicional para transitar desde la subjetividad a la objetividad. Lo que hizo fue considerar el punto entre la reunión (presencia) y la separación (ausencia). Señaló cómo en el momento que precede a la reunión (o total presencia en el encuentro) el objeto es creado. Y cómo el momento de la separación (el comienzo de la ausencia) podría ser usado además como un espacio potencial de reunión. De acuerdo con Green (1996b), esta visión enriqueció la teoría del simbolismo, dando una visión dinámica del mismo y enfatizando el momento durante el cual las partes eran separadas o reunidas nuevamente. Como corolario, se podría plantear que el objeto es encontrado (opuesto a perdido), y creado (opuesto a percibido). Esto implica una visión nueva de las relaciones entre representaciones (es decir, memoria) y percepciones (es decir, conocimiento).

Estos desarrollos teórico-clínicos han fertilizado el campo psicoanalítico, invitándonos a entrar en una perspectiva diferente que aporta elementos esenciales al corpus teórico clásico, y que deja la obra de Winnicott como un desafío para futuras articulaciones. En este sentido, Christopher Bollas y André Green –cada uno desde sus parcelas personales– han sabido asumir el reto de continuar y elaborar creativamente parte de lo que Winnicott no alcanzó a enunciar. De este modo, es posible pensar que la conceptualización de la personalidad de frontera espectral se estructura sobre los cimientos erigidos por Winnicott y encuentra continuidad y mayor profundidad a través de las intelecciones desarrolladas por André Green.

Por último, quisiera que nuestras mentes se impregnaran del espíritu de lo transicional como un estímulo para la actividad científica creadora, como un juego creativo que conduce en simultaneidad al descubrimiento y a la ignorancia, lo cual equivale a estar en un estado existencial de apertura a posibilidades, de libertad, de ilusión, de paradoja firmemente enmarcada entre las variables de realidad e irrealdad (fantasía), las que a su vez pueden tomar rumbos infinitos. Infinitos para nuestras experiencias de vida, para nuestros pacientes, y para un psicoanálisis en vías de expansión hacia nuevos horizontes, de modo que –parafraseando a Winnicott– permita en cada uno de nosotros la emergencia de aquel “sentimiento que hace que la vida valga la pena de ser vivida”¹⁰.

¹⁰ Sentimiento ausente en los cuadros esquizoides, al ser comprendida esta patología como heredera de fallos primarios ocurridos en los tiempos fundantes de la dependencia absoluta, y que lleva a la escisión como defensa primaria.

REFERENCIAS

1. Bollas C (1989) *Fuerzas de destino. Psicoanálisis e idioma humano*. Buenos Aires: Amorrortu eds., 1993
2. — (1997) Wording and telling sexuality. *Int. J. Psychoanal.* 78:363-367
3. — (1999) Dead mother, dead child. En *The dead mother. The work of André Green*. Ed. By Gregorio Kohon. London: Routledge, pp:87-108
4. Gabbard GO (2000) Trastornos de la personalidad del grupo A: paranoide, esquizoide y esquizotípico. En *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 2002. Cap. 14, pp: 417-446
5. Green A (1972a) La madre muerta. En *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu eds., 1993. Cap. 6, pp: 209-238
6. — (1972b) *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu eds., 1994
7. — (1995) *La metapsicología revisitada: pulsión-representación-objeto-yo-realidad*. Buenos Aires: Eudeba, 1996
8. — (1996) Winnicott póstumo. *Psicoanálisis Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. 18(3):477-493
9. — (1997) La intuición de lo negativo en realidad y juego. *Libro anual de psicoanálisis* 13:241-254
10. — (2002) *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo: desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Amorrortu eds., 2005
11. Heimann P (1956) Dynamics of transference interpretations. *Int. J. Psychoanal.* 37:303-310
12. Klein M (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Buenos Aires: Paidós, 2º reimpresión, 1997
13. Jordán JF (2000) Correlaciones en torno al propio ser falso y propio ser verdadero en vistas a la introducción de un punto de vista ontológico en la teoría psicoanalítica. *Rev Chil Psicoanal* 17(2):119-132
14. Milner M (1952) El papel de la ilusión en la formación de símbolos. En *Nuevas Direcciones en psicoanálisis*. Editado por M. Klein, P. Heimann y R. Money-Kyrle. Buenos Aires: Paidós, 1972
15. Pelento ML (1982) Teoría de los objetos y procesos de curación en el pensamiento de D. Winnicott. *Rev. Asoc. Escuela Argentina de Psicot. Para Graduados*. 11:194-195
16. Steiner J (1993) *Refugios psíquicos: organizaciones patológicas en pacientes psicóticos, neuróticos y fronterizos*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1996
17. Winnicott DW (1971) *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1979
18. — (1945) Desarrollo emocional primitivo. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999, pp:199-214

TEORÍA

TRASTORNOS DISOCIATIVOS: UNA PÉRDIDA DE LA INTEGRACIÓN¹

(Rev GPU 2009; 5; 3: 379-388)

Franco Mascayano², Franco Maray y Andrea Roa

En la presente revisión se describen el fenómeno de la disociación y los trastornos psiquiátricos más comunes que trae consigo, conocidos como ‘trastornos disociativos’. Comenzando con un enfoque histórico del término, su connotación hace unos 4 ó 5 siglos, y cómo éste se fue desarrollando al compás de la nueva evidencia clínica; continuando con los mecanismos que se encuentran subyacentes a la disociación tales como: el procesamiento de información en paralelo, los sistemas de memoria y la unión entre trauma y disociación; y finalizando con la exposición de los trastornos disociativos en sí (amnesia disociativa, fuga disociativa, despersonalización, trastorno disociativo de la personalidad etc.), y ejemplificaciones con casos clínicos atinentes.

INTRODUCCIÓN

Las definiciones de disociación surgen desde un variado número de disciplinas y tradiciones de investigación, incluyendo la investigación en hipnosis, la psiquiatría descriptiva, la teoría informática, y la psicología cognoscitiva. Estas definiciones apuntan a que la disociación es la manifestación de un fallo en la conexión o asociación de la información mental, en la manera en que ésta es normalmente unida. Según la CIE-10, la principal característica de los trastornos disociativos sería “la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales”

(1). Por otro lado, la clasificación de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association, DSM-IV, puntualiza que “los trastornos disociativos consisten en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica” (2). Situaciones que normalmente se experimentan como una sucesión continua, se aíslan de los otros procesos mentales. Por ejemplo, cuando los recuerdos no son integrados adecuadamente, el trastorno resultante será una “amnesia disociativa”. La fragmentación de la identidad produce una “fuga disociativa” o un “trastorno de identidad disociativo” (personalidad múltiple). Una percepción alterada conduce a un “trastorno de despersonalización”. La disociación

¹ Presentado como exposición para la cátedra de Psicopatología y Psiquiatría, Escuela de Psicología. Universidad de Valparaíso, 2008.

² Estudiantes de 4°. Escuela de Psicología. Universidad de Valparaíso. E-mail: franco.mascayano@gmail.com

de aspectos de la consciencia produce un “trastorno por estrés agudo”, y varios estadios disociativos por “trance y posesión” (3).

HISTORIA DE LA DISOCIACIÓN Y DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

El estudio de disociación comenzó a finales del siglo XVIII en Europa, con Eberhardt Gmelin (4), quien reportó el caso de una mujer alemana que “cambiaba” su personalidad de una tranquila campesina a una dama francesa de la aristocracia. En Norteamérica, el padre de la psicología americana, Benjamín Rush, incluye varios ejemplos en sus publicaciones médicas. Propone que la condición disociativa es causada por una desconexión entre los dos hemisferios cerebrales. El caso de Mary Reynolds, que se convertiría en el arquetipo americano de la personalidad múltiple por el resto del siglo, fue descrito en esa época por el médico Samuel Latham Mitchel (5).

En Francia, en cambio, Antoine Despine compila ciertos reportes de casos de personalidad múltiple, incluyendo niños y adolescentes. Muchos de éstos sufrían síntomas clásicos de conversión, como la ceguera psicogénica, la sordera, y la parálisis (6).

Hacia finales del siglo XIX, Jean-Martin Charcot ofreció dramáticas demostraciones de sus pacientes “histéricos”, los cuales fueron “magnetizados” ante la muchedumbre, compuesta por médicos y público interesado. Entre los asistentes se encontraban Sigmund Freud, Pierre Janet, y Joseph Babinski. El segundo de éstos atribuyó la histeria a un estrés “aplastante” y a un trauma actual. Él creyó que el proceso fundamental en la disociación era “el estrechamiento de conciencia”, que impide a la persona percibir ciertos fenómenos subjetivos, como memorias traumáticas (7).

Por otro lado Freud, otro discípulo de Charcot, comenzó una exploración similar de los fenómenos disociativos. Breuer y Freud reformularon el papel de la capacidad de disociarse, sin embargo, a través de los “estados hipnoides”. De este modo, estos autores creían que los síntomas disociativos debían ser atribuidos a la capacidad de entrar en estos estados hipnoides, y no a la inversa (8).

Ya en el siglo XX la segunda Guerra Mundial trajo muchas víctimas “históricas” del campo de batalla, manifestando lo que se llamó “shell-shock”, exhibiendo floridas reacciones disociativas, incluyendo amnesias con respecto a su propia identidad, fugas, cegueras de conversión, y parálisis (9).

Finalmente, la publicación del DSM-III en 1980 trajo consigo una nueva “atención” a los trastornos di-

sociativos, como una categoría distinta de condiciones psiquiátricas.

MODELOS Y MECANISMOS DE LA DISOCIACIÓN

Procesamiento de la Información y Disociación

Algunos teóricos cognitivos han postulado que las teorías modernas del procesamiento de información se aproximan a la organización cognitiva desde abajo hacia arriba, en vez de desde arriba hacia abajo. Estos modelos de procesamiento tienen la ventaja de que permiten comprender cómo se procesan grandes cantidades de información y la capacidad humana para reconocer patrones a partir de una información aproximada (10). Un ejemplo serían los modelos de procesamiento en paralelo (PDP), según los cuales es teóricamente probable que se produzcan errores en la integración de los contenidos mentales. En este sentido, se han realizado intentos explicativos de la psicopatología a partir de dificultades de las redes neuronales para el procesamiento de la información, como por ejemplo en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, y en los trastornos disociativos (11, 12). Según Hales *et al.*, “cuando una red tiene dificultades para integrar el procesamiento de la información de entrada (como cuando el estímulo de entrada es traumático) es más difícil que se consiga un resultado unificado y equilibrado. Estas redes neuronales tienden a caer en una situación «disociada»”.

Sistemas de Memoria y Disociación

Siguiendo a autores como Schacter o Squire, la memoria puede dividirse en dos categorías muy amplias: memoria explícita (o declarativa) y memoria implícita (13, 14). La primera se refiere a recuerdos personales, o también a hechos y datos de nuestra cultura y sociedad. La memoria implícita (o procedimental), en cambio, implica la ejecución de operaciones rutinarias, como puede ser montar en bicicleta o escribir a máquina. Estas operaciones pueden ser realizadas con un rendimiento elevado con muy poca intervención de la conciencia en la ejecución o en los episodios de aprendizaje sobre los cuales se basó dicha habilidad.

Para Hales *et al.* (3), esta distinción entre dos tipos de memoria, puede ser de mucha utilidad en algunos fenómenos disociativos. Por ejemplo, los automatismos que se observan en ciertos trastornos disociativos pueden ser un reflejo de la separación de la autoidentificación en ciertos tipos de memoria explícita y la actividad rutinaria en la memoria implícita

Tabla 1
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA AMNESIA DISOCIATIVA

Según DSM-IV:

- A. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.
- B. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (por ejemplo trastorno amnésico por traumatismo craneal).
- C. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Según CIE-10:

- A. La presencia de amnesia, parcial o completa, para hechos recientes de naturaleza traumática o estresante (lo cual a veces sólo puede ponerse de manifiesto a través de información de terceros)
- B. La ausencia de un trastorno orgánico cerebral, intoxicación o fatiga excesiva.

o semántica. En consecuencia, no es tan extraño para nuestro procesamiento mental que podamos actuar de un modo automático desprovisto de autoidentificación explícita. Cuando nos es necesario recuperar la memoria explícita sobre cómo y cuándo aprendimos todas las actividades implicadas en una acción, es muy improbable que seamos capaces de funcionar con el mismo grado de eficiencia. Por ende, existe un modelo de investigación en memoria, que relaciona la identidad y la ejecución en una tarea, el cual nos podría entregar un homólogo patológico en trastornos tales como la amnesia disociativa, la fuga y el trastorno de la identidad.

Trauma y Disociación

Según Hales *et al.*, “un trauma se podría definir como la experiencia de ser convertido en un objeto o caso, de ser la víctima de la rabia de alguna persona o de la indiferencia de la naturaleza. Es la experiencia extrema del sentimiento de indefensión y de pérdida del control sobre el propio cuerpo” (3). Se ha comenzado a acumular gran cantidad de evidencia empírica, que apoya la teoría de que la disociación se produce como defensa durante un suceso traumático. Terr (15) menciona que los niños expuestos a traumas múltiples utilizan con más frecuencia mecanismos de defensa disociativos, entre los que destacan los episodios espontáneos de trance y amnesia. Así, los datos que se van recogiendo apuntan a una mayor prevalencia de los síntomas disociativos en los pacientes con trastornos del Eje II, como el trastorno límite de la personalidad.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Amnesia Disociativa

La amnesia disociativa es un trastorno funcional clásico de la memoria y consiste en la dificultad para recuperar componentes concretos de la memoria episódica. Se caracteriza porque:

1. La pérdida de la memoria es episódica. Se pierde la capacidad de recolección de ciertos sucesos personales más que los procedimientos cognitivos.
2. La pérdida de la memoria se produce durante un periodo discreto de tiempo, variando de minutos a años. A diferencia de los trastornos amnésicos, causados por ejemplo por una lesión quirúrgica del lóbulo temporal medial o por el síndrome de Wernicke-Korsakoff, normalmente no existen dificultades para aprender información episódica nueva (16). Por lo tanto, la amnesia normalmente suele ser retrógrada en vez de anterógrada (17).
3. La pérdida de la memoria afecta normalmente a sucesos de naturaleza traumática o estresante. En un estudio realizado sobre ello la mayoría de los casos estaban relacionados con abusos sufridos durante la infancia (18).

La amnesia disociativa es más frecuente durante la tercera y la cuarta décadas de vida. Es común la comorbilidad con el trastorno por conversión, la bulimia, el consumo de alcohol y la depresión y, con menor

Tabla 2
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA FUGA DISOCIATIVA

Según DSM-IV

- A. La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.
- B. Confusión sobre la identidad personal, o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).
- C. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o de una enfermedad médica (por ejemplo epilepsia del lóbulo temporal).
- D. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Según CIE-10

- A. Las características de la amnesia disociativa
- B. Un desplazamiento intencionado más allá del ámbito cotidiano (el límite entre vagabundeo y desplazamiento depende del conocimiento de las circunstancias locales)
- C. El mantenimiento del cuidado básico de sí mismo (en la comida, aseo, etc.) y de la interacción simple con extraños (como el comprar billetes o gasolina, preguntar por direcciones o encargar una comida).

frecuencia, en pacientes que presentan trastornos del eje II, como los trastornos histriónicos, dependientes y límite de la personalidad.

Cichetti y Cohen, por su parte, afirman que durante la segunda Guerra Mundial los porcentajes de reportes de amnesia disociativa fueron del 5% al 14,4% (6). En un estudio de 1.000 soldados expuestos a un combate intenso, el 35% presentaba amnesia disociativa. En otro punto, la Amnesia Disociativa fue encontrada en aproximadamente el 6% de una muestra estratificada general en Winnipeg, Canadá (19).

Tratamiento

Ciertos casos de amnesia disociativa revierten de forma espontánea. En la mayoría de ellos, la amnesia puede ser tratada usando técnicas como la hipnosis. La mayoría de pacientes con trastornos disociativos son altamente hipnotizables bajo condiciones normales, y por lo tanto es fácil la utilización de técnicas hipnóticas como la regresión (20).

Una técnica que puede ayudar a dirigir estas memorias hacia la consciencia, mediante la modulación de la respuesta afectiva, es la técnica de la pantalla (21). Según este enfoque, se enseña a los pacientes, mediante hipnosis, a revivir el suceso traumático como si lo estuvieran viendo en una película o programa de televisión imaginario.

Caso Clínico

Señora "Y", 51 años de edad, mujer casada que fue remitida desde la Unidad Regional de Neurología al Departamento de Psicología de un hospital psiquiátrico. Ella tuvo una historia de episodios depresivos severos con ideación suicida, e informó una pérdida total de la memoria por un periodo de 12 años de su vida. Este periodo iba de los 37 a los 49 años. A la edad de 49 ella tuvo un accidente automovilístico, a partir del cual sufrió una lesión muy pequeña, pero no la pérdida de conciencia. La paciente no sufrió ningún síntoma recordando lo que sucedió en el accidente, e inmediatamente después de él; pero repentinamente, había perdido la totalidad de su memoria con respecto a los últimos 12 años.

Durante los siguientes dos años ella ha trabajado duro para recuperar su memoria, mirando las fotografías que su familia le mostró, leyendo las cartas que ella escribió, recordando los paseos a lugares sugeridos por su familia, y hablando con familiares y amigos, quienes fueron capaces de contarle acerca de ciertos acontecimientos biográficos. Dijo que los acontecimientos que su familia relataba no "significan nada para mí" (22).

Fuga Disociativa

La fuga disociativa combina un fallo en la integración de ciertos aspectos de la memoria personal junto con una pérdida de la identidad personal y de los automatismos

de la conducta motora (3). Se caracteriza por viajes súbitos lejos del lugar de trabajo o residencia (aunque mayormente lugares previamente conocidos), de carácter inesperado y guiados por un propósito. Asociado a esto se presenta una incapacidad para recordar partes o la totalidad del pasado, confusión sobre la propia identidad o adopción de una identidad nueva (aunque sólo parcial).

La causa más frecuente suele ser una experiencia traumática o una pérdida, lo que gatilla el episodio bruscamente. Es frecuente encontrar en una persona más de un episodio.

Los viajes realizados pueden ser tanto de corta como de larga duración, abarcando lapsos que van desde ciertas horas hasta varios meses.

Es importante destacar que en estos lapsos las personas que presentan el trastorno son capaces de mantener, por lo general, el cuidado de sí mismos, siendo una de las razones de su identificación la pérdida asociada de memoria, demostrado en el desconocimiento de la propia identidad (1). Sin embargo, es poco frecuente observar casos en los que se asuma una nueva identidad que, de llegar a presentarse, puede abarcar la adopción de un nuevo nombre, nueva residencia y una gama de actividades sociales frecuentemente vinculadas a la presencia de una mayor desinhibición en comparación con la identidad de base que puede tener una remisión espontánea.

Al volver al estado de normalidad puede presentarse amnesia para los acontecimientos traumáticos que llevaron a ella. Además pueden aparecer trastornos asociados, como depresión, disforia, duelo, vergüenza, sentimientos de culpa, estrés psicológico, conflicto e impulsos agresivos y suicidas, trastornos del estado del ánimo, trastornos por estrés postraumático o trastorno por consumo de sustancias (2).

Debe diferenciarse la fuga disociativa de trastornos con características similares, dentro de los cuales se encuentran por ejemplo las huidas en episodios maníacos. En este caso el viaje se relaciona con ideas de grandeza u otros síntomas de manía, siendo la mayor diferencia con la fuga disociativa la presencia de conducta o comportamiento inapropiado, además de que no existe la asunción de una identidad distinta. También debe diferenciarse del comportamiento errático provocado por la esquizofrenia. En esta situación, la persona afectada no sólo presenta deambulación sino además los síntomas positivos y negativos característicos de la psicopatología, los que no se aprecian en la fuga.

Sin embargo, la diferenciación más complicada de realizar, y que debe tenerse en cuenta, es la fuga por simulación, en la que deben observarse principalmente

Tabla 3

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESTUPOR DISOCIATIVO

Según CIE-10:

- A. La presencia de un estupor, descrito más arriba
- B. La ausencia de un trastorno psiquiátrico o somático que pudiera explicar el estupor
- C. La presencia de acontecimientos estresantes recientes o de problemas actuales.

las situaciones ventajosas del viaje como criterio diferencial.

El trastorno se presenta en aproximadamente un 2% de la población general, mayormente en adultos entre los 20 y los 40 años, a pesar de que se han observado casos en menores de hasta 7 años de edad (23). Pueden aparecer tanto uno como varios episodios de fuga de duración variable (de horas a meses) y la recuperación puede darse espontáneamente y suele ser rápida. Sin embargo, como efecto residual, puede presentarse amnesia disociativa refractaria.

Tratamiento

En la mayoría de los pacientes no es necesaria una atención específica. Sin embargo, el uso de hipnosis se recomienda para la obtención de aquellos datos de la memoria que se encuentran inaccesibles o disociados. Tras la reconstrucción del ámbito disociado se recomienda, además, psicoterapia, con la cual se busca lograr modificar las tendencias de confrontación que poseen las personas que han padecido disociación, en pro de la expresión de las problemáticas a los terceros involucrados.

Caso Clínico

Marta, una madre soltera de mediana edad, llegó a una clínica rural de Méjico. Mientras se la entrevistaba se hizo evidente que era incapaz de quedarse quieta o permanecer sentada; durante los raros momentos en los que se sentaba permanecía inquieta. Estaba lúcida y podía hablar coherentemente de su vida. Algunos meses antes de llegar a la clínica un hombre había tratado de violar a una de sus sobrinas. Fue atrapado por los parientes de la niña, quienes lo colgaron de una biga. Pocos días después Marta dejó su casa por un rato y cuando volvió notó que la puerta estaba abierta. El pensamiento de que una de sus hijas había sido violada se cruzó inmediatamente por su cabeza (aunque nada había pasado en realidad) y lo siguiente que recuerda es estar caminando por la Catedral de Ciudad

de Méjico, a cientos de millas de su pueblo, sin saber cómo había llegado ahí y sintiéndose confundida sobre sí misma (24).

Estupor Disociativo

El estupor consiste primordialmente en un estado caracterizado por la disminución profunda o ausencia de motilidad voluntaria, y una respuesta normal a los estímulos externos, tales como la luz, el ruido o el ser tocado y otros muchos estímulos de distintas modalidades sensoriales, lo que implica la conservación del sistema reflejo y sensorial. El estado de estupor se encuentra relacionado con diversas patologías, como enfermedades infecciosas, estados de intoxicación, hipotermia profunda, enfermedades vasculares, neoplasmas, deficiencia de vitamina D, así como con trastornos depresivos (especialmente el no especificado), esquizofrenia catatónica, y trastornos disociativos o de conversión. En este último, si bien la conducta o comportamiento del sujeto satisface los criterios diagnósticos de estupor, la anamnesis, la exploración clínica y la realización de pruebas complementarias ponen de manifiesto la ausencia de una etiología somática u orgánica. Existe, además, evidencia positiva de génesis psicógena, en forma de acontecimientos o conflictos biográficos estresantes recientes o problemas sociales o interpersonales importantes. Dentro del marco de características conductuales generales presentes en el estupor disociativo, el individuo permanece sentado o acostado considerablemente inmóvil y mutista durante largos lapsos de tiempo. La fasia es de perplejidad y muy lejana, asociada a hipotonía, pero con resistencia suave a los cambios de posición.

El estupor disociativo se caracteriza por un inicio brusco, secundario a acontecimientos psicológicamente traumáticos o conflictos emocionales.

En general, se trata de cuadros de corta duración, que ceden en horas o días. Un factor a considerar es la presencia (o antecedentes) de rasgos o un trastorno límite o histriónico de la personalidad.

Tratamiento

Existe un esquema general de terapia para diversas clases de trastornos disociativos, que sigue las líneas del tratamiento de trauma definidas por Herman, al tratarse, *grosso modo*, de cuadros de origen postraumático (25). En primera instancia, una llamada fase de estabilización, en que se intenta fortalecer y estabilizar al paciente. En una segunda fase se prosigue con el procesamiento de los recuerdos. Y finalmente, en

una tercera instancia, la reintegración de la personalidad y la recuperación de la funcionalidad interpersonal y social. Esto trae consigo la adquisición de una visión más unificada del acontecimiento biográfico traumático, desarrollando el paciente un sentido más coherente de su propia historia y poder así afrontar, de modo más efectivo, los problemas actuales. Ahora bien, la terapia psicofarmacológica no resulta efectiva con los síntomas disociativos en general, a no ser que haya comorbilidad con un cuadro depresivo o un trastorno de ansiedad. Los antidepresivos y ansiolíticos se emplean a menudo con el fin de reducir los síntomas de ansiedad y depresión asociados al trastorno disociativo.

Caso Clínico

Paciente de 19 años, soltera, reside con su familia en un ámbito rural, acude a urgencias para valoración por psiquiatría por cuadro de estupor, mutismo y trastornos del comportamiento, después de haber sido descartada patología orgánica. El episodio comienza cuando la paciente se dispone a ir a Torrot a sellar la cartilla del paro; con su hermano la paciente presenta trastornos de conducta sospechosos. Comienza con un cuadro de progresivo aislamiento y mutismo que motiva varias consultas hospitalarias, hasta que, después de ser valorada por Neurología, es valorada por Psiquiatría, donde ingresa presentando igual sintomatología, asociándose un cuadro de disminución de conciencia que llega al grado de estupor. Cuenta la familia que, unos días antes del cuadro, la paciente venía presentando trastornos del comportamiento, tales como bañar a los hermanos junto con los animales. Además, decía que veía cómo los cuadros se movían y una muñeca hablaba.

Presenta alerta, sin respuesta a estímulos verbales ni nociceptivos. No obedece órdenes sencillas. Mirada perdida. Rigidez espástica en cuello. Imposibilidad a la deglución y la deambulación

El Diagnóstico final es Amnesia, fuga y estupor disociativo (26).

Trastorno de Personalidad Múltiple (o Trastorno Disociativo de Identidad)

El trastorno disociativo de identidad, o trastorno de personalidad múltiple, como se denomina en el CIE-10, es una condición infrecuente, pero conocida popularmente debido a la fascinación que ha producido en literatos y directores de cine la posibilidad de coexistencia de dos o más corrientes de conciencia en un mismo

Tabla 4
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA

Según DSM-IV:

- A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).
- B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.
- C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
- D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (por ejemplo crisis parciales complejas).

individuo (27). A pesar de que las referencias históricas de casos de personalidad múltiple abarcan más de dos siglos, uno de los más citados de la literatura científica es el caso de Miss Beauchamp (seudónimo dado a Clara Norton Fowler), descrito en 1905 por Morton Prince (28).

El trastorno de disociación de identidad parece iniciarse invariablemente en la infancia, pero no llama la atención hasta mucho más avanzada la edad. Además, suele diagnosticarse con mucha frecuencia en mujeres que en varones (de tres a nueve veces más frecuente), y aunque suele decirse que su prevalencia es muy baja, los datos parecen sugerir que no es tan infrecuente como se pensaba (29). De acuerdo a los criterios diagnósticos, una de sus características definitorias es la presencia de dos o más personalidades o identidades en la misma persona, con patrones propios y relativamente duraderos o persistentes de percepción, interacción y concepción del medio y de sí mismo. Las personalidades o identidades pueden mostrarse en forma simultánea o sucesiva. Respecto al tipo de conocimiento entre las identidades, éste puede ser mutuo, es decir, pueden conocerse entre sí, y puede existir un continuo de memoria. Cada personalidad tiene, empero, una experiencia subjetiva independiente. En el caso de que las personalidades sean mutuamente amnésicas (amnesia simétrica), ninguna sabe de la existencia de la otra. Finalmente, en los casos donde hay amnesia asimétrica, la personalidad A no conoce sobre la existencia de B, pero la personalidad B sí mantiene un continuo de memoria de la personalidad A. Ahora bien, ¿cuál de las personalidades es la primaria? Kihlstrom *et al.* señalan que existe cierta tendencia a identificar la personalidad primaria con aquella que tiene más cualidades convencionales y socialmente deseables, pero existen otros criterios, como el de asignar esta denominación a la personalidad que controla la identidad durante más tiempo o la que se manifiesta con más frecuencia (30).

Tratamiento

Psicoterapia individual a largo plazo con enfoques de apoyo y revelación

- Dirección terapéutica. Es posible ayudar a que los pacientes con un trastorno de identidad disociativo aumenten el control sobre el proceso disociativo que subyace a sus síntomas.
- Hipnosis. La hipnosis puede ser útil tanto a nivel terapéutico como diagnóstico (3). La hipnosis puede ser útil para facilitar el acceso a las personalidades disociadas. Las personalidades pueden surgir de forma espontánea durante la inducción hipnótica.

Caso Clínico

Joan, una mujer casada madre, de dos hijos, fue presentada para tratamiento de una disfunción sexual recientemente reportada, que afectaba su matrimonio. Aunque Joan también reportó haber tenido problemas de depresión en la infancia, negó otros problemas. Debido al problema presentado, el terapeuta pidió al esposo de Joan que asistiera a las sesiones. Durante la primera discusión con el esposo de Joan, quedó claro que Joan tenía una variedad de problemas que ella no había mencionado durante la sesión inicial. Su esposo describió problemas de memoria, también cómo a veces la encontraba aterrorizada, escondiéndose en el closet o bajo la cama, actuando como si no lo reconociera por esos momentos, y reportó que ella había crecido en un ambiente de violencia y abuso. Joan describió frecuentes episodios de despersonalización y desrealización, pesadillas, y flash backs; también reveló que frecuentemente escuchaba voces desde dentro de su cabeza. Ella percibía las voces como viniendo de otras personas dentro de su cabeza expresando la creencia de que eran

Tabla 5
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

Según DSM-IV:

- A. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (por ejemplo, sentirse como si se estuviera en un sueño).
- B. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.
- C. La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo epilepsia del lóbulo temporal).

personas distintas. Se hizo claro que aquellas voces eran las personalidades alternas que a veces tomaban control de Joan. Estas personalidades parecían también recordar los eventos que Joan no podía (24).

Trastorno de Despersonalización

La sensación de extrañeza con el cuerpo tiene distintas presentaciones, como por ejemplo, experiencias extracorpóreas o autoscopía (presencia apreciable de un doble). Dentro de las mismas es que podemos encontrar la despersonalización, que sería un trastorno de la integración de las experiencias perceptuales.

Según estudios de Jacobs y Bovasso, existirían cinco tipos de despersonalización: inautenticidad, negación de sí mismo, objetivización de sí mismo, desrealización y desprendimiento del cuerpo (31).

Ciertos rasgos comunes encontrados en este trastorno son: una percepción alterada de sí mismo en donde, por ejemplo, la persona siente que el cuerpo en el que está no es el que le pertenece, sensación de irre realidad en donde todo parece un sueño o incluso la propia percepción puede parecer irreal, alteraciones sensoriales en donde se observan percepciones distorsionadas como ver colores menos brillantes, etc.

El rasgo esencial en este trastorno es la súbita aparición de la sensación de extrañeza con el propio cuerpo o parte de él. Suele presentarse ya sea durante o tras el sometimiento a una situación traumática, como efecto de la meditación, como resultado de la ingestión de drogas psicodélicas, sugestión hipnótica, etc. (32).

A diferencia de otros trastornos disociativos, suele acompañarse de otras patologías. Dentro del mismo espectro, por ejemplo, suele asociarse con la desrealización, que consiste en una alteración de la percepción del entorno. Además, se puede asociar con ansiedad, trastorno por estrés postraumático, privación sensorial, depresión, pensamientos obsesivos, hipocondría, etc.

Suele apreciarse mayormente en personas jóvenes, menores de 40 años y más en mujeres que en hombres en una proporción 2:1 (23). La aparición suele ser aguda y más bien en el periodo adyacente a la situación estresante, pudiendo iniciarse en la infancia (pudo no identificarse aunque es poco frecuente), adolescencia o edad adulta. La duración es variable, abarcando desde segundos hasta años. Suele tener un curso crónico, con exacerbaciones y remisiones esporádicas

Tratamiento

Debido a que la despersonalización suele asociarse a cuadros ansiosos, es frecuente el tratamiento con ansiolíticos. Además, caracterizando bien el cuadro, viendo si es una despersonalización asociada o no a otra patología, también pueden realizarse otras aproximaciones. Así, si se presenta sola, la inducción hipnótica es una buena opción para la reducción de los síntomas transitorios y manejo de la sensación de extracorporeidad desde algo desagradable a algo placentero.

Caso Clínico

Frank, un estudiante universitario de 20 años, visitó su centro de orientación estudiantil con un problema que describió como “un sentimiento enloquecedor”. Describió que, frecuentemente, mientras estudiaba en su habitación, comenzaba a sentirse de alguna manera desconectado de su cuerpo, como si apenas pudiese sentir sus brazos, rostro o cuerpo. Si se levantaba para caminar, se estresaba aún más puesto que sentía que al caminar sus pies no tocaban el suelo (...). Frank encontró la situación muy estresante y comenzó a interferir con su desempeño académico (...). El terapeuta reconoció que Frank sufría tanto de despersonalización como de desrealización (24).

OTROS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Además de los cinco trastornos expuestos anteriormente, encontramos otros enmarcados ya sea en Trastornos no Especificados (DSM-IV) o en Otros Trastornos (CIE-10). Entre ellos podemos mencionar los siguientes:

- a. Síndrome de Ganser: caracterizado por la emisión de respuestas erróneas aunque cercanas a las correctas para el caso (respuestas de aproximación). También se aprecian gestos por aproximación, alteración de la conciencia, alucinaciones y pérdida de memoria. Su marco de presentación sugiere una etiología psicógena (33, 34).
- b. Trastorno de Trance y Posesión: son trastornos en los que existe una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la conciencia del entorno (1). Dentro de las especificaciones del DSM-IV, el estado de trance no se asocia a la aparición de otras identidades y la actividad desarrollada en el transcurso del estado no suele ser de carácter complejo. Mientras que en el estado de posesión puede aparecer más de una identidad alternativa que se presenta con características propias del individuo, y la tarea desarrollada tiene mayor complejidad, por ejemplo mantener una conversación coherente. En este estado suele presentarse una amnesia total o parcial, no frecuente en el estado de trance.
- c. Trastorno Disociativo de la Motilidad: Las variedades más frecuentes son la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de un miembro o miembros. La parálisis puede ser completa o parcial, con movimientos debilitados o lentos. Puede parecerse a ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia, ataque o parálisis. Pueden aparecer también temblores o sacudidas exagerados de una o más extremidades o de todo el cuerpo (1).
- d. Convulsiones Disociativas: Los movimientos de las convulsiones disociativas pueden imitar a los ataques epilépticos, pero en ellas la mordedura de la lengua, las contusiones debidas a las caídas y la incontinencia de orina son raras y no hay pérdida de la conciencia.
- e. Anestiasias y Pérdidas Sensoriales Disociativas: caracterizado por la aparición de alteraciones exclusivamente de tipo sensitivo-sensorial que no son consecuencia de lesiones neurológicas. Las más frecuentes son las pérdidas o alteraciones de la sensibilidad cutánea y las pérdidas visuales (la pérdida de la visión es rara vez total y las pertur-

baciones visuales más frecuentes son una pérdida de agudeza o una visión borrosa) manteniéndose intactas la movilidad y las funciones motrices. También se incluyen la sordera y la anosmia disociativa. Puede presentarse, además, parestesia.

REFERENCIAS

1. López Ibor JJ. CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4th ed.). MASSON, S.A.Barcelona; 1995
3. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press, Ancora S.A. Barcelona; 1996
4. Ellenberger HF. The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. New York: Basic Books; 1970
5. Putnam FW. Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 1989 2(4), 413-429
6. Despine A. De l'emploi du magnétisme animal et des eaux minérales dans le traitement des maladies nerveuses, suivi d'une observation tres curieuse de nevropathie. 1840 Paris: Baillière; en Cicchetti D. & Cohen D. *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation.* John Wiley & Sons, Inc; 2006
7. Cicchetti D, Cohen D. *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation.* John Wiley & Sons, Inc; 2006
8. Breuer J, Freud S. Studies on hysteria (1893-1895), in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 2. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1955
9. Menninger W. Psychiatry and the war. *Atlantic*, 1945, 176: 107-114
10. Rumelhart DE, McClelland JL. *Parallel Distributed Processing: Explorations in the Microstructure of Cognition*, 2 Volumes. Cambridge, MA, MIT Press, 1986
11. Hoffman RE. Computer simulations of neural information processing and the schizophrenia-mania dichotomy. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:178-188
12. Li D, Spiegel D. A neural network model of dissociative disorders. *Psychiatric Annals* 1992, 22:144-147
13. Schacter DL. Understanding implicit memory: a cognitive neuroscience approach. *Am Psychol* 1992, 47:559-569
14. Squire LR. Memory and the hippocampus: a synthesis from findings with rats, monkeys, and humans. *Psychol Rev* 1992, 99:195-231
15. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991, 148:10-20
16. Squire LR, Zola-Morgan S. The medial temporal lobe memory system. *Science* 1991; 253:1380-1386; en Hales R.; Yudofsky S.; Talbott J. *Tratado de Psiquiatría.* The American Psychiatric Press, Ancora S.A. Barcelona; 1996
17. Loewenstein RJ. An official mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1991, 14: 567-604
18. Coons PM, Milstein V. Psychosexual disturbances in multiple personality: characteristics, etiology, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1986, 47:106-110
19. Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*,

- 1997, 106; 4: 499–510; en Cicchetti D. & Cohen D. *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*. John Wiley & Sons, Inc; 2006
20. Spiegel H, Spiegel D. *Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis*. New York, Basic Books, 1978 [Reprinted by American Psychiatric Press, Washington, DC
 21. Spiegel D. Vietnam grief work using hypnosis. *Am J Clin Hypn* 1981, 24:33-40; en Hales R.; Yudofsky S.; Talbott J. *Tratado de Psiquiatría*. The American Psychiatric Press, Ancora S.A. Barcelona; 1996
 22. Degun-Mather M. Hypnosis in the treatment of a case of dissociative amnesia for a 12-year period. *Contemporary Hipnosis* 2002, 19; 1: 31-41
 23. Fuentealba C. Trastornos somatomorfos y disociativos. Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental. Apunte de clases. Universidad de Chile; 2007
 24. Hersen M, Turner S, Beidel D. *Adult Psychopathology and Diagnosis*. 5° Edición; 2007
 25. Herman, JL. Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1992, 5; 3: 377-391
 26. Urquiza FJ. Un caso de Estupor Disociativo. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero–15 de Marzo 2000; Conferencia 35-POS-A: [7 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa35/conferencias/35_pos_a.html
 27. Belloch A. *Manual de Psicopatología*. Madrid : McGraw-Hill; 1995
 28. Prince, M. *The Dissociation of a Personality: a Biographical Study in Abnormal Psychology*. New York: Longmans, Green; 1905
 29. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987; en Hales R, Yudofsky S, Talbott J. *Tratado de Psiquiatría*. The American Psychiatric Press, Ancora S.A. Barcelona; 1996
 30. Kihlstrom J. Dissociative Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005, 1: 227-253
 31. Jacobs JR, Bovasso GB. Toward the Clarification of the Construct of Depersonalization and its Association with Affective and Cognitive Dysfunctions. *Journal of Personality Assessment*, 1992, 59; 2: 352-365
 32. Lazarus A. Psychiatric problems precipitated by transcendental meditation. *Psychological Reports*, 1976, 10: 39-74; en Hersen M, Turner S, Beidel D. *Adult Psychopathology and Diagnosis*. 5° Edición; 2007
 33. Sizaret P. Le syndrome de Ganser et ses avatars. *Ann Méd Psychol* 1989; 147;2: 167-179
 34. Whitlock. The Ganser Syndrome. *Br J Psychiatry* 1967, 113: 19-29

VIÑETAS DE PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA

LA TRIVIALIZACIÓN DEL DELIRIO COMO UN CAMINO HACIA LA MEJORÍA DE LA PSICOSIS

(Rev GPU 2009; 5; 3: 389-392)

Esta viñeta es la transcripción sintetizada de una de las entrevistas clínicas y posterior discusión, realizadas en el Instituto Psiquiátrico José Horwitz, y grabadas en cintas magnéticas. Se han eliminado todos los aspectos que puedan identificar a los pacientes. Las reuniones estuvieron guiadas por el Dr. Max Letelier y tienen el sello del análisis psicopatológico exhaustivo que él propugna y enseña. Los pacientes eran entrevistados sin conocer ningún tipo de antecedentes, con el fin de no prejuiciar la captación de los fenómenos clínicos. La transcripción no refleja la atmósfera respetuosa y cálida en la que las entrevistas fueron llevadas a cabo, ni su ritmo pausado (duran una hora o más). Participaban en estas reuniones psiquiatras en formación y los profesionales del equipo regular (psiquiatras, enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos y trabajadores sociales). Los participantes son señalados como Terapeuta (T) 1, 2, etcétera, y el Paciente con la letra (P). En la presente viñeta se destaca lo que en ese momento fue denominado la “trivialización” de la experiencia delirante, como un paso en dirección a la mejoría clínica.

PACIENTE: L C, 19 AÑOS, SOLTERA

T1: Buenos días L. ¿Podría contarnos por qué vino al hospital?

P: (Con voz tenue y sin inflexiones) No me acuerdo...

T1: A ver, ¿no se acuerda de nada?

P: Sólo de unas pocas cosas

T1: Qué cosas...

P: Veía cosas en la casa...

T1: Nos gustaría saber qué cosas veía...

P: Ya no me acuerdo

T1: Recuerda que veía cosas, pero no recuerda....

P: Me acuerdo que veía cosas no más...

T1: Bien, pero ¿nos podría decir qué cosas...?

P: Una imagen veía...

T: Veía una imagen. ¿De qué era esa imagen?

P: De un animal... de un chanchito parece...

(Silencio prolongado)

T1: Esta imagen del chanchito, ¿dónde la veía?

P: Dibujada en la muralla...

(Silencio prolongado)

T2: Veía una imagen de un chanchito en la pared, dibujada.

P: Nada más...

(Silencio)

T2: Usted, L, ¿sabe dónde está?

P: En el Hospital psiquiátrico...

T2: ¿Usted vino por su propia cuenta o la trajeron?

P: Me trajeron mis padres, pero vine por mi propia cuenta.

(Silencio prolongado)

T3: L, ¿a usted antes le había ocurrido algo semejante?
 P: No, primera vez
 T3: Y usted dice no recordar bien
 P: No
 T3: Aparte de esta visión, de ver un chanco, ¿recuerda alguna otra cosa?
 P: No
 T3: ¿Usted con quién vive?
 P: Con mi familia
 T3: ¿Quiénes componen su familia?
 P: Mi padre, mi hermano y mi hermana y mi mamá.
 T3: ¿En su familia hay alguien que haya tenido un problema parecido...?
 P: (sin latencia, como apresurada) ¡Nunca!
 T3: Y ¿por qué cree usted que le pasó esto?
 P: No sé... Era como un dibujo no más....
 T3: ¿Y cómo se enteraron los demás que usted vio un dibujo?
 P: Porque yo les dije
 T3: Da la impresión que a ellos les pareció raro.
 P: Sí
 T3: Y ¿por qué les pareció raro?
 P: Porque es raro andar imaginándose cosas
 T3: Bueno, pero todo el mundo se imagina cosas...
 P: No... no...
 T3: Pero usted ¿no se imagina cosas? ¿Sueños o cosas que desea?
 P: Sí, sí me imagino
 T3: ¿Cuál es la diferencia entre esas cosas que imagina, y eso que usted vio ahí en la pared?
 P: No, porque eso es imposible
 T1: Eso que vio en la pared es imposible...
 P: Sí.
 T3: ¿En qué sentido era imposible?
 P: Porque es imposible que haya un animal en la muralla.
 T3: Entonces usted no lo veía como un dibujo
 P: Yo lo veía como un dibujo
 T1: Entonces es posible, y usted dijo que era imposible...
 P: De que haya un chanco en la muralla es imposible, eso sí.

(Silencio prolongado)

T1: Por favor, nos gustaría entender mejor: usted vio un chanco o un dibujo de un chanco
 P: Un dibujo de un chanco
 T2: ¿De qué porte era el dibujo?
 P: Mediano

T1: ¿Cómo es eso?

P: La pura cabecita
 T3: L, lo que a nosotros nos asombra es que a usted y a su familia les haya parecido tan extraño que usted haya visto dibujada en la pared una cabeza de chanco. Puede ser raro, en términos de que no es algo frecuente, pero no es tan especial, cualquiera puede dibujar en una pared. Entonces, nosotros tenemos la sensación de que usted vio algo más que eso...
 P: No, no. Yo vi la forma de la cabecita nomás.
 T4: ¿En qué momento veía usted el dibujo?
 P: (Casual) En el día....
 T4: ¿Qué significa ese dibujo para usted...?
 P: Nada. Una cosa no más que apareció dibujada
 T4: Pero yo pienso que algo debe significar si su familia se preocupó...
 P: No sé... Que yo me estaba imaginando cosas de más, que son imposibles
 T4: Pero cómo. Usted ha dicho que es posible...
 P: Es que es imposible que haya un animal ahí...
 T4: ¿Y usted pensó que era un animal en la pared?
 P: Al principio, pero no, era un dibujo no más....
 T4: ¿Con que propósito aparecía ese animal?
 P: Con ninguno
 T4: ¿Y usted qué sentía?
 P: Me daba susto
 T4: Y ¿qué hacía con su susto?
 P: Me ponía agresiva
 T4: ¿En qué forma se ponía agresiva?
 P: Empezaba a rechazar a mis padres
 T4: Pero, ¿por qué? ¿Qué tenían ellos que ver?
 P: Una vez quebré un vidrio... nada más
 T4: Y usted le contaba a sus papás lo que veía
 P: No
 T4: Entonces ellos no sabían. ¿Por qué entonces la trajeron al hospital?
 P: Porque estaba agresiva.

(Silencio)

T5: L, ¿por qué rechazaba a sus padres?
 P: Porque... porque yo pensaba que ellos me querían hacer daño. Porque veía ese dibujo y me ponía agresiva y pensaba que ellos me querían hacer daño.... Que ellos eran mis enemigos...
 T5: Pero ¿qué relación hay entre el dibujo del chanco y la idea de que sus padres le querían hacer daño?
 P: No sé...

(Silencio)

T5: Tal vez a partir de esa visión le surgió la idea de que sus padres le querían hacer daño.

P: Sí.
 T5: ¿Qué pensaba que le podrían hacer sus padres?
 P: Yo pensé que ellos eran los que lo dibujaban... y que me iban a pegar...
 T5: ¿Su padre le había puesto el chanco ahí?
 P: Sí. Yo pensé que ellos eran los que lo dibujaban....
 T5: Y ¿para qué?
 P: Para frustrarme....
 T1: ¿Cómo es eso?
 P: Para destruirme la vida
 T5: Pero ¿cómo le iban a destruir la vida?
 P: Haciéndome daño, haciéndome imaginar cosas....

(Silencio)

T4: ¿Qué era primero? ¿La visión del chanco o el temor de que sus padres pudieran dañarla?
 P: Era... el temor de que me hicieran daño...
 T4: Y, ¿de dónde le surgía ese temor? ¿Le daban ellos alguna señal? ¿Qué le hizo pensar que podían dañarla?
 P: Por que...yo me ponía agresiva y ellos se ponían violentos también conmigo...
 T5: Pero usted se ponía agresiva porque ya tenía el temor. Antes de eso, ¿notaba algo en sus padres?
 P: Por ejemplo, a veces mi mamá me ponía la Biblia en la cabeza y me hacía como un ungimiento y me leía un salmo y yo pensaba que me quería hacer daño, buscando un mal. No sabía que era para un bien...
 T5: Buscando un mal como...
 P: De brujería...
 T5: ¿A través de la Biblia?
 P: Sí
 T4: Y ¿usted les preguntó por qué querían hacerle daño con ese ungimiento y la Biblia?
 P: Antes no. Ahora sí. Cuando me han venido a ver, ahí les he preguntado...
 T5: Y en ese tiempo, ¿por qué no les preguntó?
 P: Porque no le daba importancia entonces a lo que me estaban haciendo...
 T5: ¿Y su papá?
 P: Él no hacía nada. Me miraba no más...
 T5: La miraba...
 P: No se preocupaba... me miraba feo nomás...
 T5: Él no se preocupaba...
 P: No se preocupaba de mí.
 T5: ¿De qué debería preocuparse?
 P: De mi actitud frente a lo que yo me estaba imaginando

(Se le hacen preguntas acerca de la fecha en que se hospitalizó, y otra hospitalización previa. Sus repuestas son pobres, no sabe por qué la internaron, aunque muestra perfecta lucidez)

T4: ¿Usted está enferma?
 P: No. Mi mamá me dice que es un mal
 T4: Y usted ¿qué piensa?
 P: No, yo no pienso en un mal, yo no creo en un mal
 T4: Si no es un mal, si no es una enfermedad, ¿qué es?
 P: No me lo explico yo tampoco, no sé qué puede ser...

DISCUSIÓN

T2: Me llamó la atención la actitud de la paciente. Parece como una niña, candorosa, ingenua. Recuerda poco lo que le ha pasado. Se contradice mucho al explicarnos, pero a medida que vamos ayudándola, logra recordar. Pero a través de las preguntas fuimos tratando de armarla. Ella esboza una cierta conciencia de que estuvo enferma, pero por momentos, y rápidamente eso se desdibuja. Yo me quedo con la sensación de que ella siente que pasó por una situación que no entiende bien qué fue. Pero también que no quiere recordar, que prefiere no acordarse. Sin embargo, también veo como un desapego afectivo, una falta de modulación en sus afectos.

T4: Voy a partir de un supuesto. La paciente estaba en un desarrollo vital, y algo sucede, que ella no precisa, y surge algo nuevo, como un corte con lo anterior, algo nuevo que podríamos denominar como un "humor" (talante) diferente, una manera distinta de captar las cosas, más autorreferente, y desde ese momento, y en relación con eso, empieza a surgir una serie de síntomas en la línea paranoidea: desconfía, empieza a percibir señales de que la quieren dañar, en el modo de las percepciones delirantes, en las que los pacientes observan algo corriente, y le atribuyen un significado especial y autorreferente. Me parece que L. está perpleja en relación con lo que le sucede, y no puede dar cuenta de ello con claridad. Aquí pareció una niña chica, sin que hubiese la intención de que nosotros entendiéramos lo que le estaba pasando. Si no insistíamos, simplemente no nos decía nada. Su relato me pareció vago, impreciso, lo que seguramente responde a lo mismo. Me pareció que su tonalidad afectiva era monocorde, y contaba su experiencia como alguien puede hacerlo con cosas que no le importan. Me dio la impresión que su relato era como si no fueran experiencias de ella sino de otra persona. Algo semejante a una indiferencia. Quiero destacar también que, a pesar de que ella está saliendo de este estado psicótico, no logra hacer un enjuiciamiento, ni tiene una teoría ni una hipótesis de lo que le sucedió. Me parece que ella no tiene ningún control de su vida, como si estuviera entregada a este proceso sobre el cual ella no puede hacer nada como para manejarlo.

T1: Yo creo que toda persona en un estado psicótico está dominada por su psicosis. Pero esta enferma, de algún modo, está pasivamente entregada a eso. No se aprecia ningún germen de lucha, de organizar algo para darle forma e intentar tomar las riendas del proceso.

T5: Tampoco se ve angustia. Ella dice “sí, me importa”, pero no apreciamos esa preocupación. Yo advierto una tendencia a la negación de todo el proceso que ha sufrido, una forma de minimizar, negar u ocultar la locura.

T1: Pareciera que existiera, por una parte, una falta de registro, y por otra una voluntad de no querer saber. Conuerdo con las observaciones que ustedes han hecho. La paciente tiene una imprecisión muy grande, la que se une a la perplejidad y a una indiferencia afectiva, que la hace monótona, monocorde, con un lenguaje sin inflexiones: nada tiene relieve, nada se jerarquiza, nada se ordena, todo es una borrosidad uniforme. Lo otro es la presencia de delirio paranoídeo, que surge sólo en respuesta a las preguntas.

Otro aspecto se relaciona con la cabeza del chanco. Era una imagen, era un dibujo, era un chanco. Pero ella, con mucha propiedad dijo espontáneamente que se trataba de una imagen. Y tú (a T3), que parece estabas pensando en la familia de las imágenes (que es muy extensa y diversa, como fotografías, dibujos, retratos, fantasías, etcétera), de algún modo le objetaste esa denominación espontánea. Yo creo que ella en rigor veía una imagen. Era una imagen de un chanco. No era un chanco. Tú le metiste los sueños, que son unas imágenes enteramente distintas.

T3: Ella fue cambiando: primero era una imagen, después era un dibujo de un chanco, y después era propiamente un chanco. Es cierto que ella probablemente no tiene las categorías de los tipos de imaginación, pero sí creo que tenía la capacidad de distinguir cosas: que aparezca un chanco por la pared es una cosa, que por lo demás a ella le parecía imposible, y eso es muy distinto a que haya un chanco dibujado en la pared, o a imaginarse un chanco.

Lo que yo intenté era precisar estos tres momentos, que eran momentos que ella misma había expresado.

T4: Cuando ella hablaba del chanco yo tuve una fantasía. Me pareció que ella no veía el chanco, ni dibujado, ni de otra manera, sino que desde su desorganización mental, donde lo que es puede no ser y donde lo que no es puede ser, estaba el terror de que las cosas de afuera hubieran cambiado de tal forma, que hubiera surgido algo monstruoso, una experiencia tan difícil de concebir, que ella lo reducía al dibujo de un chanco. Porque es evidente que el dibujo de un chanco no le causa miedo a nadie...

T3: Yo creo que hubo momentos distintos en la entrevista. Durante la primera parte ella minimiza y trivializa, y dentro de esa trivialización está el dibujo del chanco. Ella dice no acordarse de nada, y se trataba tan sólo de que ella había visto el dibujo de una “cabeceita” de chanco en la pared. Nosotros podríamos haber seguido de largo, diciendo que era solamente un dibujito. Pero después empezó a parecer que esto era mucho más complejo y que había mucho oculto. De ese modo, el dibujo del chanco no era el dibujo del chanco sino una situación terrorífica que ella había vivido, y que está relacionada con sus padres. Pensemos lo que puede implicar que los propios padres se transformen en el enemigo fundamental. Esa transformación es parte de la que mencionabas tú (a T4), en la que el mundo externo se hace aperplejante. El chanco nos hace gracia, pero tal vez no es sino una palabra para aludir a una figura monstruosa y agresiva. Donde al principio había un no, un no me acuerdo, ahora había un mundo amenazante.

Y, ¿por qué ella no quiere saber de su psicosis? Probablemente porque la conciencia de la locura ocurre cuando la persona necesita decir “yo no estuve loco”, y así lograr que la experiencia de explosión de los significados del mundo –que implica la psicosis– quede reducida a una banalidad.

La pregunta que yo me hago es: esta banalización del delirio y de la experiencia psicótica en general, ¿debe ser entendida como una falta de conciencia de enfermedad, como un aplanamiento afectivo, como una falta de compromiso, como una falta de rebeldía? En cierto sentido sí. Ella aparentemente está entregada a la trivialización de la psicosis, pero justamente, me parece que la única manera de tener una rebeldía fundamental en contra de ella es diciendo: no existe, no hay locura. Tal vez lo que podemos entender como un aplanamiento afectivo no sea sino la más potente y eficaz lucha contra la psicosis.

Si el paciente arremete, se esconde, huye o se paraliza, le concede un gran poder al agresor. Ella, por así decirlo, ignora al otro y le hace una espectacular verónica.

T5: Se entiende ahí la angustia que significa tener y asumir una verdadera conciencia de enfermedad.

T1: A eso se agrega que el carácter más tremeundo que tiene la locura es el hecho de que es inasible, y esa condición la hace también no recordable. Ese no recuerdo señala el carácter atroz que tiene lo informe y lo incompleto.

CLÍNICA PSICOANALÍTICA

ESCENARIOS CONTRATRANSFERENCIALES – TRANSFERENCIALES: COMPASES Y ARMONÍAS

(Rev GPU 2009; 5; 3: 393-398)

Carmen Gloria Fenieux¹

“La música es el espacio entre las notas”

Claude Debussy

Se presentan viñetas clínicas para afirmar la hipótesis que tanto las imágenes, las sensaciones y pensamientos del analista constituyen un espacio de contención creado en la relación mutua a través de ritmos y compases durante el devenir del tratamiento. El concepto de tercero analítico acuñado por Thomas Ogden sugiere que en la intersubjetividad se crean símbolos que pasan a ser herramientas primordiales de trabajo.

Cada vez que tengo la oportunidad de trabajar con un paciente irrevocablemente, en la intimidad del proceso, éste me lleva a un lugar imaginario, creado en la situación transferencial-contratransferencial, condición que puede comprenderse a la luz del contexto intersubjetivo de la dupla paciente-analista. En el decir de Stolorow y Atwood (1984) estos fenómenos son inherentes al campo psicológico creado por el interjuego de los mundos subjetivos distintamente organizados del paciente y el analista. Desde esta mirada y siguiendo a estos autores, el psicoanalista puede y de hecho debe fijarse en su propia experiencia y auto-conocimiento, para guiar las interpretaciones que hace a sus pacientes

(Stolorow, Atwood, 1994). De igual forma, el objeto de estudio del psicoanálisis sigue siendo el mundo interno del paciente, sin embargo no se puede desconocer la influencia que ejerce el analista como sujeto que participa activamente en el proceso.

Con el fin de introducirnos en este tipo de interjuego en el cual las asociaciones del paciente afectan y definen las del analista como sujeto y las de éste afectan al paciente, me focalizaré en algunas viñetas de pacientes, los que coinciden en mostrar rasgos de personalidad predominantemente esquizoides, falso self y conductas adictivas. Las dinámicas del proceso terapéutico nos permiten pensar y analizar el juego de

¹ * Trabajo presentado en el XV Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de Donald Winnicott. Buenos Aires. Noviembre 2006. Publicado en la *Revista de Psicoanálisis*, junio 2007

** Psicóloga Clínica Universidad de Chile. Psicoanalista, Sociedad Chilena de Psicoanálisis (ICHPA). Directora Centro Clínico y Docente de Sexualidad Humana. Miembro fundador GCP, Grupo Clínico Psicoanalítico.

imágenes, fantasías, sensaciones, símbolos, sentimientos y pensamientos que surgen desde la relación analizado-analista, relación que genera un espacio único, irrepetible y propio.

VIÑETAS CLÍNICAS

Viñeta I: el juego

Javier era un abogado que tenía 40 años de edad al momento de consultar. Presentaba una adicción a la marihuana y síntomas depresivos. Sus relaciones cercanas eran insatisfactorias y vivía inmerso en una constante sensación de sin sentido. Creció en un ambiente de violencia familiar. Su padre presentaba un cuadro de adicción, al que se le sumaban conductas brutalmente agresivas que amenazaban la integridad de la familia. Coleccionaba armas y durante los episodios más críticos las portaba y amenazaba frecuentemente con utilizarlas. Durante el primer tiempo de trabajo fueron reiteradas las pesadillas de asesinatos, guerra y muerte, en las cuales el paciente muchas veces era el asesino. También eran recurrentes los recuerdos de escenas de pavor, así como la sensación de constante estado de alerta que impregnaba su infancia.

En una ocasión me relató que se quedó circunstancialmente a alojar en casa de sus padres. Me habló del molesto olor a alcantarillado que sintió aquella noche. La interpretación tomó la forma de que él, al alojar en esta casa, se había encontrado con la sensación de descomposición propia de su infancia. En ese momento, desde la memoria, se apoderó de mí la imagen de la muerte habitando el cuerpo de una persona muy importante para mí. En mi profunda emoción, hubo un silencio en la sesión. El paciente en el diván entonces me habló del terror a la muerte, de la permanente sensación de amenaza de muerte, como un evento desgarrador, que tantas veces sintió en aquella casa de su infancia. Creo que esto corresponde a lo que Daniel Stern (2000) ha llamado “momentos de encuentro”, los que se refieren a momentos esenciales de conexión auténtica de persona a persona entre el analista y el paciente que implican un “conocimiento implícito relacional”. Son instancias altamente específicas en las cuales cada miembro de la pareja ha contribuido activamente con algo único y auténtico de sí mismo como individuo, lo que genera cambios en la relación analítica y por ende cambios en el sentido del sí mismo del paciente.

De esta manera, en este “momento de encuentro”, ambos por caminos distintos, caminos que tuvieron relación con las historias de cada uno, convergimos en

el símbolo de la muerte, no desde el prisma filosófico, sino desde la crudeza de la realidad y sus olores.

Javier sufría todas las mañanas de arcadas. En muchas ocasiones yo temía que algo en él apareciera de manera repentina, algo que me asustaba, algo que temía viniera desde adentro, desconocido y violento, algo que él no manejaba. Creo que las arcadas y esta sensación mía tenían relación con la identificación de él con este padre que lo asustaba y que esta identificación con el agresor lo amenazaba con comportamientos violentos, inusitados e intimidantes que pudieran surgir desde dentro.

Luego de un tiempo de trabajo, Javier fue presentando una “mejoría” en distintos ámbitos, mejoría que él ha llamado “exponencial”. Se potenció de una manera que, como siempre, era imposible de predecir. En el escenario contratransferencial-transferencial de los tiempos anteriores al alta, ya no predominó el símbolo de la muerte ni tuvo hegemonía el miedo, sino que tomaron fuerza los sentimientos y sensaciones de esperanza, apego, dolor a la separación y agradecimiento mutuo.

Viñeta II: el encuentro

Ignacia era una diseñadora de modas de 45 años, separada y madre de un niño. Era exitosa en su trabajo e invertía mucho tiempo y energía en desarrollarse de manera eficiente y creativa al servicio de sus clientes. Consultó por sus constantes celos y además porque le gustaba “terapearse”: En su historia estaba el relato de una madre fría, distante e invasiva y de un padre que la desilusionó, a temprana edad, por sus constantes coqueteos con otras mujeres. Se sentía profundamente enrabada con ambos. A pesar de tener la posibilidad económica de independizarse continuaba viviendo con ellos, puesto que consideraba que este ambiente familiar le otorgaba a su hijo un lugar de contención.

Muchas sesiones transcurrieron a través de un discurso intelectual de ambas, con poca movilidad de afectos. Yo no lograba darle coherencia a la información que tenía, me costaba imaginarla de niña, pensarla, comprenderla. Entre ella y yo había tensión y no se generaban ondulaciones ni movimientos sensitivos. Ignacia se quejaba de que le costaba mucho conectarse con lo afectivo y entonces propuso venir “volada” a la sesión siguiente, ya que consideraba que cuando consumía marihuana (consumía todos los días) “lo afectivo fluye más fácil”. Llegó habiendo consumido. Para mí fue una sesión algo incoherente y confusa. En la próxima sesión afirmó que estuvo más conectada cuando fumó, pero que “sin pito” le resultaba difícil.

Entonces me arriesgué a recurrir al sentimiento de dolor que intuía nos rodeaba. Le mencioné entonces que cuando ella fumó fue confuso relacionarme con ella, pero que ahora percibía un sentimiento de dolor, de pena. También le dije que yo podía entender la idea de que se sintiera más conectada emocionalmente cuando fumaba, pero que también yo podía pensar que el pito de marihuana era como un “tuto” que la hacía sentir más segura y que sin él podría sentirse desamparada.

Seguí respirando dolor. Entonces Ignacia recordó que chupó chupete hasta los 12 años. En esa época empezaba a tener amigos hombres y cuando estaba con ellos se arrancaba un ratito “para chupar su chupete”. Ahí succionándolo se tranquilizaba un poco. Se vinculó con lo sola, desamparada y fea que se sentía. En ese momento ambas logramos darle consistencia y forma a tantas ideas que previamente funcionaban de manera aislada y sin asidero afectivo. En su círculo familiar se le decía que había sido tan bien cuidada, tan mimada. Sin embargo ella se sentía enrabada y desamparada sin poder darle cabida a estos sentimientos, los que se escondían tras un falso self exitoso y resuelto. Siempre manifestaba que “necesitaba tanto”, sin embargo se le sentía notoriamente autoafirmativa y autosuficiente. Luego de la interpretación la paciente lloró larga y dulcemente sintiendo que al fin podía darle coherencia a su mundo interno y yo sentí que al fin estaba con una paciente real.

En contraposición a estos casos, con otros pacientes ocurre que el escenario contratransferencial – transferencial se impregna de sensaciones de nada, de vacío, de aburrimiento. En mi experiencia, estas formas, cuando se rigidizan pueden anunciar graves problemas en el paciente (Winnicott, 1971) y/o en la diada analítica.

Estas sensaciones de vacío me recuerdan a una paciente que yo no lograba imaginar ni representar. Eran sesiones tormentosamente aburridas. Me invadía cierta desesperación, quería que la hora terminara, como si cierto pesar se apoderaba de mí. Transcurrido un tiempo la paciente me informó que tenía 5 meses de embarazo. Cuando llegó a consultar tenía dos meses. A pesar de la tardía revelación, la terapia no logró ser una instancia creativa y la paciente desertó.

La paciente habiendo decidido de antemano no contarme, inconscientemente me comunicaba mucha de la información necesaria para trabajar. Mucho tiempo después descubrí, con cierto grado de asombro, que las sensaciones que yo vivía con ella tenían relación en algún sentido con lo que yo asociaba a gravidez. Es decir, ese espacio complejo, sin palabras, muchas veces aburrido, pesado y de cansancio, estaba abierto y dispuesto

a ser descubierto y desarrollado. Sin embargo, en ese momento no pude develar ni sostener el símbolo. Pienso que esta imposibilidad definió en gran medida el devenir del tratamiento. Desde esta perspectiva y tomando en consideración esta experiencia así como los casos anteriores, creo fundamental afinar la intuición e intentar entrar en este juego de imágenes, olores y sensaciones que nos brinda el paciente y que nos permite recrear juntos un mundo de representaciones.

ASPECTOS TEÓRICOS

En las últimas décadas se ha desarrollado dentro del psicoanálisis una línea de pensamiento que se centra en la intersubjetividad. Desde esta mirada, el desarrollo humano y por ende el desarrollo del proceso analítico se comprende y se conceptualiza como un proceso intersubjetivo, que incluye un diálogo entre dos universos personales (Orange, Atwood, Stolorow (1994), (1997), Ogden (1994, 1998), Benjamín (1986), Mitchel (1988), Sander (1977,1985), Bleichmar (1997), Stern (2000)). Desde esta perspectiva no es posible hablar simplemente del analista y analizado como sujetos separados que se toman uno a otro como objetos, sino más bien se les entiende como subjetividades que se entrelazan y se construyen en un universo particular. Tal como lo plantean Atwood y Stolorow (1984) en *Estructuras de la Subjetividad* citados por Thomson (1994),... “el psicoanálisis busca iluminar fenómenos que surgen dentro de un campo psicológico específico construido por la intersección de dos subjetividades –la del paciente y la del analista– ... el psicoanálisis es descrito aquí como una ciencia de lo intersubjetivo, concentrada en la interacción entre los mundos subjetivos diferentemente organizados del observador y el observado. La postura de observación siempre está adentro, más bien que afuera, del campo intersubjetivo... siendo observada, hecho que garantiza la centralidad de la introspección y la empatía como métodos de observación... El psicoanálisis es único entre las ciencias, en cuanto a que el observador también es observado”.

Desde esta mirada intersubjetiva, Stern *et al.* (2000) desarrollan un modelo que surge del análisis de la interacción madre-bebé. Los autores postulan que existe un proceso progresivo de negociación durante los primeros años de vida, que incluye la secuencia de tareas adaptativas entre el bebé y el ambiente que proporciona el cuidado. La manera en que el cuidador comprende y reconoce el estado del bebé definirá, entre otros factores, la naturaleza y el grado de coherencia de la experiencia del bebé. Stern plantea que la influencia es bidireccional. Cada uno de los miembros trae su historia

a la interacción y por lo tanto realizan sólo las maniobras adaptativas que les son posibles. Este proceso de regulación mutua es aplicable a la relación analítica en la cual ambos participantes regulan y afinan sus propios estados y los del otro al servicio de un encuentro intersubjetivo que permitirá al paciente recontextualizar experiencias del pasado así como enriquecer y reorganizar su mundo interno.

Jessica Benjamín, desde la mirada del interjuego del amor y la dominación, postula que la teoría intersubjetiva nos propone la idea de que dos sujetos que se reconocen entre sí no son lo mismo que un sujeto que regula a otro. “El “estar con” anula las posiciones entre poderoso y desvalido, el activo y el pasivo; contrarresta la tendencia a objetivar (convertir en objeto) y negar el reconocimiento al más débil o diferente al otro (Benjamín 1996, pág 67).

En este contexto intersubjetivo, Thomas Ogden (1998) crea el concepto de tercero analítico. Con éste, se refiere a la producción de una dialéctica única generada por y entre las subjetividades separadas del analista y del analizado dentro del setting analítico. Se refiere a un término que se sitúa entre lo simbólico y lo simbolizado, entre uno mismo y la experiencia sensorial inmediatamente vivida creando un espacio donde la interpretación, la autorreflexión, crea un sujeto simbolizador.

Ogden usa el término *reverie* de Bion (1962) no sólo para aquellos estados psicológicos que reflejan claramente la receptividad activa del analista hacia el analizado sino también para todos aquellos estados psicológicos que pudieran ser considerados como autoabsorción narcisista del analista (rumiación obsesiva, fantasía diurna, fantasías sexuales, pensamientos mundanos, conflictos emocionales no resueltos) estados que lejos de alejar al analista del paciente son material de acercamiento entre ambos.

El autor considera que el *reverie* dado por estos pensamientos cotidianos representa formas simbólicas y protosimbólicas (basadas en los sentidos) que dan forma a la experiencia inarticulada (a veces aún no sentida) en el analizado y que se expresa en la dupla intersubjetiva analítica. Sugiere que al no darle valor a estos contenidos se ignora una parte importante de la experiencia del paciente. Además postula que ningún sentimiento, pensamiento o sensación serían lo mismo si estuviera fuera del contexto específico intersubjetivo creado por este analista y este analizado. De esta manera, cada uno de los participantes está continuamente organizando y siendo organizado por el otro, generándose un proceso mutuo que resulta en la perpetua formación de nuevos campos intersubjetivos (Peter Thomson, 1996).

En este contexto, para Ogden, el proceso analítico refleja el interjuego de tres subjetividades: La subjetividad del analista, del analizado y del tercero analítico. La tarea en el proceso analítico es crear las condiciones en las cuales el tercero analítico, intersubjetivo, inconsciente y constantemente en movimiento, pueda ser experimentado y tomado en palabras ampliando la vivencia de self del paciente.

Como resultado, la experiencia inconsciente del paciente es privilegiada de una manera específica, es decir, es la experiencia pasada y presente del analizado que es tomada por la dupla analítica como el principal sujeto del discurso analítico. La experiencia del analista en el tercero analítico es utilizada como vehículo para el entendimiento de la experiencia consciente e inconsciente del analizado y también para el entendimiento de la experiencia consciente-inconsciente del analista, la que participa de todas las interacciones.

Para Ogden esta escucha implica un estado de alerta sensitivo que permite la creación de símbolos. Involucra un modo de generar vivencias presimbólicas y dominadas por los sentidos que supone en el analista una actitud expuesta a lo desconocido y lo imprevisible.

En este sentido, se considera que el tratamiento psicoanalítico requiere necesariamente la creación compartida de un ambiente seguro, tanto para el analista como para el analizado, lo que permitiría la exploración conjunta de los aspectos conflictivos del inconsciente al servicio del paciente. Desde esta perspectiva, en el proceso psicoanalítico de comprensión del alma humana, la aprehensión y el reconocimiento de los afectos pasan a jugar un papel primordial (Orange, Atwood y Stolorow 1997).

DISCUSIÓN

Los casos presentados me llevan a la idea de un encuentro intersubjetivo donde mis vivencias como analista y las del paciente se entrecruzan y pueden, a través de un inter-juego, generar un espacio al servicio del proceso terapéutico. Entiendo que este lugar cargado de la presencia del paciente y del analista en sus subjetividades entrelazadas genera símbolos y protosímbolos que constituyen el espacio por descubrir entre ambos. Esto va permitiendo establecer nexos en el mundo interno y externo del paciente así como también crear otros nuevos. En mi experiencia esto implica un espacio creativo, irrepetible, único y cambiante como las figuras de un calidoscopio que jamás vuelven a reproducirse con la misma exactitud. Pienso que las ondulaciones de este espacio tendrían relación con contener, acompañar y ligar las vivencias que se suceden.

De esta manera, por ejemplo el olor a alcantarilla-
do actualiza en mí la experiencia de muerte. En el silen-
cio ambos podemos vislumbrar el temor y el dolor de
la no vida. Entiendo que este “momento de encuentro”
(Stern, 2000) implicó una conexión significativa y ge-
nuina entre nosotros, lo que probablemente permitió
recontextualizar su experiencia, flexibilizar sus defen-
sas y posibilitar una mayor conexión con su mundo in-
terno así como conmigo. Me parece que en la conexión
con un otro, en el encuentro con un otro, es posible el
reconocimiento mutuo que permite la intimidad al am-
paro, como plantea Benjamín (1997), de la igualdad y
la diferencia, generándose la tensión necesaria entre el
reconocimiento del otro y la afirmación del sí mismo.
Creo que esto permite vivenciar la experiencia, elabo-
rarla y convertirla en aspectos que enriquecen al self.
En este sentido la idea de un “escenario contratrans-
ferencial-transferencial implica un “espacio entre”, un
espacio de intimidad que supone en el analista una for-
ma perturbadora de conciencia de sí mismo (Cover van
Puten, 2004). Esto conlleva una actitud de receptividad
y disposición a ser movilizado por los afectos en un pro-
ceso que implica una mutua transformación al interior
de un espacio psicológico que, a través de símbolos,
representa la separación y la unión al mismo tiempo
(Winnicott, 1971).

En este contexto, las palabras a veces no alcanzan a
dar cuenta de todo el mundo de los sentidos. Los olores,
los ruidos, las imágenes, las sensaciones kinestésicas,
que ocurren con el paciente, permiten experimentar la
vivencia desde lo más primitivo. Esta vivencia sensitiva
se puede analogar, de alguna manera, al concepto
de “representación cosa” descrito por Freud (1900), en
tanto constituye una vivencia imposible de definir, sin
estructura, sin forma definida, pero con tanto sentido y
tan definitoria de la estructura a posteriori.

Creo que Bion (1967) al decir “sin memoria y sin
deseo” nos recuerda que en la atmósfera de la sesión
sin signos concretos, en el intento de abrirse y “llenar-
se” del clima de la sesión, existe la posibilidad de ima-
ginar, soñar y contener al paciente. Lo que recordaría
la imagen de una madre con su bebé donde el silencio
prima y los sentidos son los que dominan. Freud plan-
tea en “Moisés y el monoteísmo” (1939, p.110), que...
“la maternidad es demostrada por el testimonio de los
sentidos, mientras que la paternidad es el supuesto edi-
ficado sobre un razonamiento y sobre una premisa”. De
esta manera, pienso que la experiencia pre-verbal más
asociada a lo emocional y vincular primario, facilita la
instalación del tercero analítico, el surgimiento de mo-
mentos de encuentro y nos permite escuchar las claves
para una posible intervención. Creo que la intervención

que germina de esta manera, lejos de ser una interpre-
tación intelectualizada, se constituye en una idea que
surge del fondo afectivo de la relación paciente-analis-
ta y que por ende permite que el self del paciente se
reconozca en ella.

En este análisis es posible preguntarse cómo se
asocian conceptos tales como identificación proyectiva,
momento de encuentro, objeto transicional u ob-
jeto analítico (André Green²,1995). Creo que tanto el
concepto de objeto transicional como el de objeto ana-
lítico, así como el concepto de momento de encuentro,
sin profundizar en sus importantes diferencias teóricas,
convergen con la noción de tercero analítico en la senti-
do que enfatizan la construcción de un espacio creativo
que, en algún sentido, determina el devenir del proce-
so analítico. Por su parte, el concepto de identificación
proyectiva podría entenderse como un mecanismo,
entre otros, que permite en la relación el interjuego e
inter-relación de símbolos singulares y propios de cada
uno de los miembros de la diada que dan forma al es-
pacio analítico. Sin embargo, no es mi objetivo ahondar
aquí acerca de estos conceptos. El propósito es enfati-
zar cómo las características de este espacio y/o los me-
canismos que surgen de esta relación definen en gran
medida la evolución del tratamiento. Por ejemplo, re-
sulta muy probable pensar que el curso de la terapia de
la mujer embarazada hubiese sido distinto si yo hubiese
podido metabolizar aquello que ocurría entre nosotras,
de tal manera de convertirlo en experiencias enrique-
cedoras tanto para la paciente como para mí. Por otra
parte, creo que la posibilidad de imaginar y conectar
mis sentimientos o sensaciones con las vivencias de los
pacientes citados propició la oportunidad de entender
y contener en ellos sentimientos y vivencias que hasta
ese punto habían sido difíciles de integrar y elaborar.

Me parece que técnicamente el trabajo en el di-
ván facilita la posibilidad de que paciente y analista
se entreguen a este espacio simbólico y simbolizador.
Facilita el perderse y entregarse a la asociación libre
con la consecuente posibilidad de generar símbolos sin
la necesidad de sostener concretamente la mirada del
paciente en la situación frente a frente (comunicación
personal Rodrigo Rojas).

Como tempranamente escribió Freud (1913, p.134),
el uso del diván “me permite entregarme a mis pensa-

² Objeto analítico: Concepto usado por André Green que se
refiere al símbolo, formado por dos mitades, que posibili-
ta la alianza terapéutica. El objeto analítico no es ni inter-
no (del analizante o del analizado) ni externo (del uno o
del otro) sino que está entre ellos.

mientos inconscientes”, lo que posibilita al terapeuta tener la privacidad necesaria para hacer su trabajo.

Pienso que compartir este juego, ponerse al servicio del mundo interno del paciente, utilizando el *reverie* descrito por Ogden, permite la creación del tercero analítico así como el desarrollo de momentos de encuentro los que nos conducen hacia los ritmos, compases y armonías del paciente y del analista en un escenario en el que concurren el pasado, el presente y el futuro de ambos. Creo que en el devenir de este proceso es posible el despliegue y el desarrollo de la experiencia del self del paciente como un alguien único, creativo y con límites que lo definen. En mi opinión, el intento activo del analista de adaptarse a la necesidad del paciente con sutileza, respetando los ritmos de éste y utilizando su propio mundo sensorial para ligar la vivencia del paciente, permite un espacio de intimidad donde es factible la elaboración de la experiencia del paciente, con la consecuente posibilidad de desarrollar nuevas formas de vincularse, así como de comprender la realidad. De esta manera, volviendo a los casos presentados, entiendo que mis sentimientos de dolor aparentemente descontextualizados trajeron a la sesión aspectos frágiles y negados del self de la paciente y de la analista, el olor a descompuesto tomó la forma de muerte, las arcadas actualizaron en la sesión al padre psicótico y el cansancio y sopor pudo ser, si yo hubiese metabolizado mis sensaciones, la posibilidad de pensar y sentir aquello que no había sido experimentado por ambas. Experiencias que hasta ese punto habían existido sólo como experiencias potenciales tanto para mí como analista como para el analizado. Experiencias que al integrarse no sólo recontextualizaron las experiencias del pasado, sino que también reorganizan el sistema posibilitando y definiendo otras maneras de experimentar. Esto me lleva a pensar que la experiencia analítica, en sus infinitas posibilidades de creación, nos acercan al mundo de las sutilezas, de los sentidos, y permite que ambos, analista y analizado, se enriquezcan y se configuren en la experiencia del análisis.

REFERENCIAS

1. Benjamín J (1996) Los lazos de Amor. Psicoanálisis, Feminismo y el problema de la dominación. Introducción y cap. I. Ed. Paidós Buenos Aires. Argentina. Pág. 13- 69
2. Flores ML (2000) La posición autista contigua. Dos ilustraciones Clínicas. Revista Chilena de Psicoanálisis XII- 1. Pág. 54-68
3. Freud S (1900) La interpretación de los sueños. Obras Completas. Amorrortu Buenos Aires 1979. Volumen V
4. (1939) Moisés y la religión monoteísta. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires 1979. Volumen XXIII
5. Cover van Putten D (2004) Introducción a la Intersubjetividad en sitio Internet. Revista Carta Psiconalítica. México
6. Green A (1995) Psicoanálisis: su objeto, su porvenir en La Metapsicología revisitada. Ed Univ Buenos Aires (1996). Pág. 221-250
7. Julbe Juncosa J (2004) Apuntes de una revisión psicoanalítica: La transferencia en el pensamiento posmoderno. Revista Internacional On line. Vol 3, Bilbao, España, Nº 1, Pág. 1-13
8. Ogden T. (1986) La Matriz de la mente. Las relaciones de objeto y el diálogo psicoanalítico. Cap III y IV. Tecnipublicaciones S.A . Madrid, España. Pág. 43-83
9. (1989) La Frontera primaria de la humana experiencia. Cap III y IV. Yulian Yebenes, S.A. Madrid, España. Pág. 45-92
10. (1994) Subject of analysis. Cap 5 y 6. H. karmas books Ltda. Londres, Gran Bretaña. Pág. 61-106
11. (1998) Reconsiderando tres aspectos de la técnica Psicoanalítica. Psicoanálisis AP de BA – Vol XX- Nº 1. Pág. 75-105
12. (1999) The Analytic Third: An overview. Sitio internet Psyche Matters
13. Stern D. *et al.* (2000). Mecanismos no Interpretativos en la terapia Psicoanalítica. El “algo más” que la interpretación. Libro Anual de Psicoanálisis. XVI. Pág 207-225
14. Stolorow R, Atwood G (1994). The Intersubjective context of Intrapsychic Experiencia en The Intersubjective perspectiva. New Jersey. Jason Aronson inc. Pág 3-14
15. (1994) Towards a science of the human experience en The intersubjective perspectiva. New Jersey. Jason Aronson inc. Pág. 15- 30
16. Thomson P. (1994) Countertransference en The intersubjective perspectiva. New Jersey. Jason Aronson inc. Pág. 127-143
17. Winnicott D. (1992) Sostén e interpretación. Fragmentos de un análisis. Introducción. Ed. Paidós. Buenos Aires. Pág 9-30
18. (1993) El destino del objeto transicional en Exploraciones psicoanalíticas. Paidós. Psicología Profunda. Buenos Aires. Pág. 72-78
19. Zak Golstein R. (1998) El continente negro y sus enigmas en De la Erótica, un estudio psicoanalítico de la sexualidad femenina. Ediciones Publicar. Buenos Aires. Pág. 17-44

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

