



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE
PSIQUIATRÍA
UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 5, VOLUMEN 5, Nº 4 DICIEMBRE DE 2009

REVISTA AUSPICIADA POR **SODEPSI**

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

SUB-EDITOR INTERNACIONAL

PS. André Sassenfeld

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, Kinesología.



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

abocarse a la psicoterapia individual y grupal en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, con especial énfasis en la terapia *Gestalt*. Desde la fundación de Editorial Cuatro Vientos en 1974, la que considera una especie de Universidad Abierta –sin barreras, matrícula, ni fotocopias–, como editor y director ha traducido, prologado y publicado numerosos libros que reflejan sus creencias acerca de lo que es estar-en-el-mundo. Además, es ciclista, patrón costero, cornista, trompetista y mecánico de motos pequeñas.



FERNANDO IVANOVIC-ZUVIC R.

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

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

de Chile.

Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesor Escuela de Psicología Universidad La República.



ENRIQUE JADRESIC

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

de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), y representante de SONEPSYN ante la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). En la Clínica Psiquiátrica Universitaria fue Jefe de la Unidad de Hospitalización de Mujeres y Subdirector Clínico, y como representante de la psiquiatría y la salud mental, fue miembro de los Grupos de Estudio de Medicina del Fondo Nacional para el Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT). Autor y/o 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 del International Journal of Psycho-Analysis y Editor Delegado para América Latina. Miembro del Consejo Consultivo de la *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre* y del Consejo Editorial de la *Revista Brasileira de Psicoterapia* del Centro de 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*, y recientemente, Presidente de

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



EUGENIO OLEA B.

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

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

Jefe de Sector 7, Instituto Psiquiátrico.

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

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

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

Miembro de la Sociedad Chilena de Salud Mental.

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



PATRICIO OLIVOS ARAGÓN

Estudios de Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Formación en Psiquiatría, y ex Profesor Auxiliar de Psiquiatría en la Universidad de Chile.

Ex Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B.". Co-fundador de la Sociedad Chilena de Salud Mental. Coautor del Manual de Psiquiatría de L. Gomberoff y P. Olivos. Editor durante 4 años de la *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Trabajos publicados en esa revista, en la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y en la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. Y en drpolicarpo.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.

Miembro de la Cognitive Neuroscience Society.

Miembro de la Cognitive Neuroscience Society.

Miembro de la Cognitive Neuroscience Society.

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 Asociado, Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
 Miembro del Comité Editorial del Journal of

Family Psychotherapy.

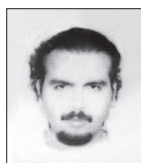


GRACIELA ROJAS

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

Universidad de Chile.

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



PABLO SALINAS

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. Magister en Psicología Clínica (Psicología Analítica Jungiana), U. Adolfo Ibáñez. Diplomado en Psicología Jungiana y en Psicología Clínica Humanista-Existencial, Pontificia U. Católica.

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



CATALINA SCOTT ESPÍNOLA

Se graduó de Psicóloga en la Universidad Católica de Chile y realizó su formación de postgrado como psicoterapeuta psicoanalítica de adultos en el Instituto Chileno de Psicoterapia Psicoanalítica, ICHPA.

Ha realizado docencia de pre y post grado en el ICHPA, en la Escuela de Psicología de la Universidad Andrés Bello en Santiago y Viña del Mar y como Profesora Auxiliar en la Escuela de Psicología de la UC.

Miembro del Colegio de Psicólogos de Chile.

Miembro de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

Acreditada como psicoterapeuta y supervisora por la Comisión de Acreditación de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

Ha presentado y publicado sobre psicoterapia psicoanalítica, género y psicoanálisis relacional y otros temas ligados a la cultura.

Ha colaborado en revistas especializadas y medios de comunicación comentando libros de divulgación vinculados al psicoanálisis.



HERNÁN SILVA IBARRA

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

del Comité Editorial de *World Journal of Biological Psychiatry*.

Estudió Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile y obtuvo la especialización en Psiquiatría en la misma universidad.

Efectuó estadía de perfeccionamiento en la Universidad Complutense de Madrid. Ha sido Director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (Departamento de Psiquiatría Norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile), Profesor Adjunto de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Editor de la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y Presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Sus investigaciones y publicaciones se orientan principalmente al estudio de las bases neurobiológicas de la esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y de la personalidad.



LUIS TAPIA VILLANUEVA

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

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

Supervisor Clínico, Unidad de Psicoterapia de Adultos, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Católica.

Miembro de la Society for Psychotherapy Research.

Miembro de la International Society for Humor Studies.

Editor de la *Revista de familias y Terapia*. Instituto Chileno de Terapia Familiar.



BENJAMÍN VICENTE

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

Jefe Servicio Psiquiatría Hospital Guillermo

Grant Benavente, de Concepción.

Bachiller en Filosofía (Universidad de Concepción).

Médico Cirujano (Universidad de Chile).

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

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



MARIO VIDAL CLIMENT

Estudios en Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Título: médico-cirujano, marzo de 1952.

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

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

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

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

Libros publicados:

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

“Temas de Psiquiatría”. Edit. Lom 1999.

“Para leer a Jaspers”. Edit. Univ. 2003.



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

408 EDITORIAL

- 408 EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA
César Ojeda

411 RESONANCIAS NUCLEARES

416 ACADÉMICAS

- 416 MÓDULO I. PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA DE SODEPSI

421 COMENTARIO DE LIBROS

- 421 NUESTRO LADO OSCURO. UNA HISTORIA DE LOS PERVERSOS

Autor: Elisabeth Roudinesco
Editorial: Anagrama, 2009, 255 páginas
Disponible en: www.tematika.com
Comentarista: *Alberto Botto*

- 423 PSIQUIATRÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL MÉDICO GENERAL.
DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SOMATIZACIÓN

Editores: Julia Acuña, Alberto Botto y Juan Pablo Jiménez
Editorial: Mediterráneo, 2009, 131 páginas
Disponible en: www.mediterraneo.cl
Comentaristas: *Alfredo Pemjean y Christel Hanne*

426 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

431 DEBATE

- 431 ESTUDIO DE LOS FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS Y ÉTICOS DE LA
PSIQUIATRÍA COMUNITARIA. I PARTE
Hernán Villarino

440 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

- 440 MAURIZIO STUPIGGIA Y LA PSICOTERAPIA BIOSISTÉMICA

446 PUNTOS DE VISTA

- 446 LOS COMIENZOS DE LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON LA
ANOREXIA
Vanessa Yankovic

- 453 EL TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN
Patricia Cordella

458 ENSAYO

- 458 SOBREPONERSE: EL CAMINO DE RILKE PARA SUPERAR LA
MELANCOLÍA
Otto Dörr

- 465 COMPRENDIENDO LA ENFERMEDAD DESDE LA DINÁMICA EROS/
PODER EN EL LIBRO DE JOB
Mirko Igor Méndez, Alejandro Igor Oyarzún

- 470 EDIPO REY: UNA RELECTURA PSICOLÓGICA
César Ojeda

- 475 ¿DE QUÉ ERA CULPABLE EDIPO?
Daniel Malpartida

- 481 EXPRESIÓN NO-VERBAL, AFECTO E INTENCIONALIDAD: UNA
CONTRIBUCIÓN A UNA COMPRENSIÓN CONTEMPORÁNEA DE LA
DIMENSIÓN NO-VERBAL
André Sassenfeld

489 TEORÍA

- 489 EXPERIENCIA Y VIDA EN LA CONVERGENCIA DE DOS PARADIGMAS:
LA FILOSOFÍA EXPERIENCIAL DE GENDLIN Y EL PARADIGMA
ENACTIVO DE VARELA
Michele Dufey

499 CLÍNICA

- 499 CÁNCER DE MAMA Y MASTECTOMÍA: ENLACE PSICOSOMÁTICO
DESDE EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL EN EL CONTEXTO
HOSPITALARIO
Carolina Alessandri B

507 REVISIÓN

- 507 ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DE LA OBSTETRICIA
Silvia Lucía Gaviria

516 CONFERENCIA

- 516 EL TIEMPO EN EL CUERPO Y EL CUERPO DE NUESTRO TIEMPO
Leonora Casaula

525 INVESTIGACIÓN

- 525 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE
CONSUMIDORES PROBLEMÁTICOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
Juan Pérez-Franco, Dania Jeldes, Carmen Gloria Fresno

EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA



Claude Lévi-Strauss (1908-2009)

“Vivimos en un mundo al que ya no pertenezco...
Este mundo ya no es el mío”

Hace poco más de un mes dejó de existir Claude Lévi-Strauss, una de las figuras más destacadas de la antropología y las ciencias humanas del siglo XX. Lévi-Strauss vivió un poco más de cien años y fue testigo y actor privilegiado del mundo contemporáneo. Humberto Maturana ha dicho que hablar de otro es, inevitablemente, hablar de uno mismo. Comparto esa idea y en estas líneas deseo que sea explícita. Una mezcla de pesar y serenidad me produjo el enterarme de su muerte: pesar, pues como debe haber ocurrido con miles de personas, él fue parte de mi vida e influyó en mi decisión de dedicarla a la psiquiatría. Serenidad, porque vivir un siglo y haber construido una de las obras más iluminadoras de la historia del pensamiento es más que suficiente. Vayan entonces estos recuerdos como un homenaje a un hombre excepcional.

La historia empieza cuando yo estaba en el quinto año de la carrera de medicina. Los cursos de psiquiatría eran en las tardes en la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Allí el profesor era Armando Roa y sus clases eran estimulantes. Tenía una sólida formación filosófica y neurológica de manera que cada tema era tratado por él con gran amplitud. Una tarde, a propósito del cambio de

fisonomía de los cuadros psiquiátricos en el curso de la historia, Armando Roa sostuvo con cierta vehemencia que las culturas humanas tenían modos de comportamiento basados en reglas muchas veces ocultas, y que era fundamental leer a Claude Lévi-Strauss. Este mundo oculto tenía sin duda un estrecho paralelo con las ideas freudianas del aparato mental y de los fenómenos inconscientes, con las que Roa no sintonizaba mucho. Pero también con la estructura de los arquetipos jungianos que sí parecían conmoverlo. Recuerdo que, después de referirse ampliamente a “El pensamiento salvaje”, libro escrito por el antropólogo belga-francés en 1962, lanzó una de sus características frases enfáticas: “¡El que no conoce a Lévi-Strauss no conoce el corazón del pensamiento contemporáneo!”. Al salir de la universidad, entusiasmado, recorrí numerosas librerías, hasta que encontré un ejemplar de la “Antropología estructural”, obra capital del antropólogo. La sugerencia de Roa era exacta. Efectivamente, ésa y otras obras de Lévi-Strauss perfectamente podrían haberse englobado bajo el título “en búsqueda de la razón oculta”.

La vida de Lévi-Strauss me asombró desde el principio. Nació en Bélgica en 1908 y a los 21 años de edad

ingresó a la Universidad de París donde inició sus estudios de derecho con mención en filosofía. No obstante, a los 26 años ya era profesor de sociología en la universidad de Sao Paulo, cargo que ocupó por cuatro años. Estos cambios de habilitación en el campo académico al parecer eran frecuentes en aquellos años en Europa, por lo que ese aparente salto de temática no me sorprendió. Ya conocía yo la trayectoria académica de Karl Jaspers en Heidelberg, que pasó de la medicina y la psiquiatría a la psicología y posteriormente a la filosofía, la que le ocupó la mayor parte de su vida. Pero sí me sorprendió el salto de Lévi-Strauss desde Francia hasta Brasil. No obstante, esa sorpresa se disipó rápidamente al comprender que Lévi-Strauss realizó numerosas expediciones de estudio antropológico a las comunidades del interior del Brasil y que posteriormente el gobierno francés le financiaría muchos de esos proyectos de campo.

Al recordar esas lecturas, me doy cuenta que Lévi-Strauss se transformó para mí en un personaje, el que luego tomaría forma en una pequeña novela antropológica que escribí años más tarde, dedicada al exterminio de la etnia Selk'nam en la Isla Grande de Tierra del Fuego, en la que habían vivido por más de 10.000 años. Titulé "Karukiná" a la novela, palabra selk'nam que significa "El universo", con la que ellos designaban el territorio insular en el que vivían.

A pesar de haber publicado Lévi-Strauss en 1941 "Las estructuras elementales del parentesco", lo que le dio renombre mundial fueron obras publicadas posteriormente, como "Tristes Trópicos" en el año 1955, "Antropología estructural" en 1958, "El pensamiento salvaje" en 1962, entre otras. Sin embargo, la complejidad de su pensamiento contrastaba con la popularidad de sus obras. Tal vez en eso formó parte de una serie de autores franceses de la post guerra, como Sartre, Merleau-Ponty, Ricoeur, Barthes, Foucault y Lacan, los que consiguieron, tal vez sin proponérselo, hacer de la complejidad un curioso producto de consumo masivo. ¿Cómo explicar que densas obras de etnología, filosofía o psicoanálisis, produjeran ejércitos de seguidores y discípulos en las más variadas áreas de las ciencias humanas y del público general, y al mismo tiempo, multitudes de frenéticos detractores?

Los hombres de ciencia están habituados a recibir desabridos aplausos en medios reservados y académicamente privados, y rara vez pretenden ser entendidos por el hombre de la calle. En el caso de Lévi-Strauss, como en el de los otros autores mencionados, la situación fue muy diferente. Lévi-Strauss se transformó en la cabeza del potente movimiento conocido como "estructuralismo", palabra que, como otras de la misma naturaleza, disgustó a quienes desconfían de las ideas que estremecen a extensos grupos de seres humanos. El estructuralismo empezó a mostrar su fecundidad en

la década de 1960 y se extendió desde la antropología y la sociología, hasta la moda, pasando por la psicología, la literatura, la comunicación social y la publicidad. Este solo hecho debiera hacer pensar que el contenido específico de los hallazgos etnográficos de Lévi-Strauss no fue el principal motivo de la popularidad de que gozó en las décadas que siguieron, sino el haber iniciado un camino metodológico nuevo en las ciencias del hombre.

Esto, que a mí y a otros jóvenes de ese tiempo nos producía curiosidad y encanto, para otros era motivo de recelo y crítica y, en algunas ocasiones, de franca ira. Recuerdo un pequeño libro de un sacerdote católico y crítico literario, José Miguel Ibáñez, que las emprendía en contra del estructuralismo con una pasión destructiva fuera de toda medida. Este recelo se puede comprender si se tiene en cuenta que este nuevo "ismo" ponía en cuestión a doctrinas tradicionales que durante milenios habían labrado una imagen de los seres humanos, imagen que Nietzsche seguramente habría llamado "una inversión de los valores". Efectivamente, Lévi-Strauss reconocía para su pensamiento la influencia de temidos antecesores: el marxismo, el freudismo y la geología. Ya este solo hecho era suficiente para despertar todos los reflejos condicionados de rechazo del pensamiento conservador. Sin embargo, en aquellos años en la Universidad de Chile, donde yo estudiaba, tal pensamiento conservador era sustentado por muy pocas personas. En los fríos recovecos de la antigua escuela de medicina, tomando un café deslavado, leíamos a Lévi-Strauss, a Marcuse, a Maritain, a Marx, e intentábamos desentrañar los enmarañados escritos de Hegel. Lévi-Strauss escribía con una prosa magnífica y poseía una inteligencia refinada que seducía a nuestras mentes inquietas. Consideraba que el freudismo, la geología y el marxismo procedían de la misma manera, puesto que postulaban que, comprender, consistía en reducir un tipo de realidad a otro, pues nunca el verdadero sentido de los procesos individuales, sociales y geológicos está a la vista. Para hacerlos manifiestos se requiere ir desde la superficie (lo manifiesto) a la profundidad (lo oculto). Más tarde se me haría claro que este pensamiento también recogía parte importante de la tradición filosófica griega y sus versiones contemporáneas, especialmente la fenomenología de Husserl y luego la hermenéutica de Heidegger. Sin embargo, es necesario recalcar aún otra influencia, tal vez más decisiva que las anteriores. Me refiero a la lingüística de los primeros años del siglo XX. Jakobson había desarrollado un método de análisis fonético que tenía la estructura de un triángulo, cuyos vértices estaban dados por vocales y consonantes. Esto significa que para establecer palabras y luego sentencias y discursos, es necesario algún sistema de contrastes fonéticos. Las vocales tienen mayor intensidad sonora que las consonantes, pero distinta intensidad o energía

entre ellas. Por ejemplo, la “a” tiene mayor intensidad que la “i”. Pero, a su vez, la “i” es más aguda que la “u”. Lo mismo ocurre con las consonantes, que pueden ser graves (de baja frecuencia) como la “p” o agudas (de alta frecuencia) como la “t”. El resultado es que vocales y consonantes pueden así agruparse en un sistema de coordenadas formadas en la abscisa por la intensidad y en la ordenada por el tono, lo que toma la figura del triángulo señalado. La “u” y la “p” quedan en el ángulo inferior izquierdo, la “i” y la “t” en el inferior derecho, y la “a” y la “k” en el ángulo superior.

Lévi-Strauss observaba que, del mismo modo en que no existen sociedades humanas que carezcan de lenguaje hablado, todas, de una forma u otra, procesen los alimentos. Análogamente al triángulo de las vocales y consonantes de Jakobson, Lévi-Strauss estableció para este fenómeno alimenticio dos ejes continuos: aquel que va desde lo cultural a lo natural, al que sitúa en la ordenada, y aquel que va desde lo no transformado a lo transformado, el que sitúa en la abscisa. De este modo en el ángulo inferior izquierdo está lo cocido (cultural), en el inferior derecho lo podrido (natural), y en el superior lo crudo (no transformado).

Es difícil imaginar que estas constataciones fonéticas pudiesen influir de manera decisiva en el pensamiento antropológico. Sin embargo, el descubrimiento de una estructura que permitía aprender un idioma abría un sinnúmero de interrogantes. Ferdinand de Saussure había postulado un poco antes que el idioma opera como un marco general de leyes, ya no sólo fonéticas sino sintácticas, a las que todos los hablantes de una lengua deben ceñirse. ¿No podría ocurrir que toda la cultura estuviese estructurada como lenguaje?

Siguiendo a De Saussure, Lévi-Strauss sostenía que la lengua es una convención colectiva que enmarca con reglas precisas las posibilidades y variaciones sintácticas de un hablante; en cambio, el “habla” corresponde a las variaciones personales que dentro de esa convención puede hacer un sujeto hablante de esa lengua. La conciencia de un individuo introduce variantes dentro de un sistema simbólico que sólo puede ser colectivo y que es el asiento de leyes estructurales de significación. Este sistema es inconsciente, lo que implica que cada uno de nosotros está sometido, desde la partida, a regulaciones lingüísticas que nos preexisten, puesto que el lenguaje está ya ahí cuando cobramos existencia. Sin embargo, el inconsciente estructural que postuló Lévi-Strauss rige no sólo el lenguaje hablado y el escrito, sino que *todos* los lenguajes, es decir, los hechos culturales en su más amplio sentido. Para nosotros era estremecedor darnos cuenta que el antropólogo belga invertía, al parecer serenamente, el orden de lo que se considera serio o trivial: los juegos infantiles, los modales de la mesa o las recetas de cocina se transformaban

de pronto en universos tan importantes como el discurso ontológico o teológico. Todo lo que el ser humano haga parecía tener el mismo formato.

Como estudiantes de medicina teníamos el hermoso privilegio de poder relacionar las inquietudes humanistas con las ciencias biológicas. Por ello, fue una agradable sorpresa constatar que para Lévi-Strauss, tales regularidades culturales dependían de la estructura cerebral. Es nuestro cerebro de Homo Sapiens conectado con otros cerebros, el que determina, de modo inadvertido, la forma en que configuramos las significaciones sociales y los actos culturales. Lo que se proponía el antropólogo era demostrar el carácter sistemático de estos productos “inconscientes”. Pero, para hacerlo, era necesario abandonar las filosofías del “sujeto”, puesto que no se trata acá de opciones individuales: “O nosotros o nada” sostenía en *Tristes Trópicos*. “El yo no sólo es detestable” –agregaba: “nada cabe entre un *nosotros* y *nada*”. En nuestras conversaciones esto producía un cierto vértigo. ¿Ocurre entonces –nos preguntábamos– que todas las leyes de la naturaleza y de la cultura son regularidades de algún modo “creadas” por la estructura de nuestro cerebro? ¿Y qué hay del mundo y del universo? ¿El “yo” es una ilusión? Jamás podríamos haber imaginado que esas mismas preguntas y sus respuestas tentativas serían el sustrato de reflexiones revolucionarias a finales del siglo XX y principio del XXI.

César Ojeda

OBRAS DE CLAUDE LÉVI-STRAUSS EN CASTELLANO

- Lévi-Strauss, Claude (1986, 2008). *La alfarera celosa*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- (2006). *Antropología estructural: Mito, sociedad, humanidades*. México: Ediciones Siglo XXI.
- (1997, 2006). *Tristes trópicos*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- (2003). *El totemismo en la actualidad*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- (2002). *Mito y significado*. Madrid: Alianza Editorial.
- (2001). *El suplicio de Papá Noel*. Madrid: Del Taller de Mario Muchnik.
- (1998). *Mirar, escuchar, leer*. Madrid: Ediciones Siruela.
- (1998). *Las estructuras fundamentales del parentesco*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- (1995). *Antropología estructural*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- (1992). *Historia del lince*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- (1964). *El pensamiento salvaje*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mitológicas*.
- Volumen I: Lo crudo y lo cocido*. Fondo de Cultura Económica.
- Volumen II: De la miel a las cenizas*. Fondo de Cultura Económica.
- Volumen III: El origen de las maneras de mesa*. Siglo XXI de España Editores.
- Volumen IV: El hombre desnudo*. Siglo XXI de España Editores.

RESONANCIAS NUCLEARES

por Pu-Edser

LA HISTORIA DE CLEVERIO

Cleverio tenía padre y madre, aunque el padre era quien contaba. La madre era menuda, silenciosa y rubia. El padre alto, fornido y de vozarrón ampuloso. Al nacer su vástago luego de la muerte de su pequeña hermana, por razones en esa época desconocidas y que hoy serían entendidas como muerte súbita, al padre se le hinchó el pecho y decidió inscribirlo al día siguiente con su nombre y el de su propio padre en el registro civil. No le preguntó a la madre porque ella, de todas formas, tendría que aceptar este orden familiar. Tampoco se lo dijo hasta un mes después y la madre había comenzado a llamarlo Fred, por Fred Astaire, el bailarín que tanto admiraba en el cinematógrafo.

Cleverio resultó un lactante fácil. Podía dormirse sin problemas, cuando la puerta de su pieza se cerraba con una ventolera hacía un crujido laríngeo y seguía durmiendo, además tomaba su pecho con voluntad y decisión. Al año Cleverio empezó a desplazar por su casa esos 12 kilos y esos 83 centímetros de estatura como si hubiera sabido caminar desde siempre. Era simpático y risueño. Comía sin dificultad excepto el pescado y la sopa de verdura, a la que le hacía asco inicial para luego aceptarla distrayéndose con algún sonajero. Era un niño curioso y podía tirar muchas veces el mismo juguete al suelo y mirar cómo se lo recogía alguna de las mujeres que lo rodeaban. Encontraba en aquello cierta fascinación inexplicable.

La abuela lo consentía de más, era viuda y este primer nieto la llenaba de ilusión. La oma era una alemana que había vivido en Puerto Varas hasta que el marido, con más éxito del esperado en la importación de anilinas, tuvo que acercarse a Santiago para continuar su negocio. Sus dos hijas siguieron estudiando en el Colegio Alemán de Santiago y ambas terminaron con buenas calificaciones. La que sería la madre de

Cleverio, la más pequeña, era tranquila, según se decía, pero en la realidad se trataba de una niña inhibida y tímida, que no alcanzó a rebelarse durante la adolescencia y que se refugió en las novelas a la hora de hacer amigos. Su autor preferido era Kafka, por lo retorcido, claro y sintético. Entró a estudiar en la universidad decidiéndose por Educación Básica, sin saber exactamente cuál había sido su motivación. Se recibió con honores y comenzó a trabajar en su mismo colegio enseñando a leer en alemán a los pequeños escolares. Esta forma de acotar la vida la tranquilizó y convirtió en una dulce profesora de niños, colma de paciencia.

Cleverio siguió creciendo más que el promedio de los niños, pesando más que el promedio y aprendiendo más que el promedio. No habló ni una palabra completa hasta exactamente el día de su segundo cumpleaños cuando agradeció a su madre la fiesta con un "Gracias mamá por la linda celebración", frase que saliendo de la boca de este deambulador dejó sorprendidas a la madre, la tía y la abuela que hasta ese momento no habían más que recogido miles de sonajeros y ordenado filas interminables de autitos y legos que el niño organizaba bordeando las murallas de su casa.

Cleverio padre era abogado penalista. Esto lo hacía particularmente atractivo para sus amigos pues no le faltaban cuentos truculentos que contar con cierto placer morboso. Las imágenes que el padre arrojaba estaban llenas de cortes y sangres, heridas y traiciones. El niño tenía cierta hemofobia, pero la madre nunca le hizo mucho caso esperando que la estrategia de difuminar los bordes de una fobia lograra disiparla. Como Cleverio estudió medicina, de sangre tuvo algo, y de fobia poco y luego se decidió por la psiquiatría. Las palabras son más limpias, se decía, negando que sean capaces de hendirse en el tejido y dañarlo más que un puñal.

Cleverio a los tres años subía por las escaleras de tijeras del jardín y oteaba por sobre la canaleta de aguas lluvias. Le gustaba el techo, pero no se atrevía a trepar sobre su superficie, ya que desde niño aprendió a medir riesgos. Por eso para la madre fue fácil criarlo. Era un niño que organizaba juegos que podían durar hasta tres días, con sus guerreros, su camioncito y sus casitas de cajas de fósforos. Hacía planes de

ataque a ciudades usando estrategias de movimiento de filas y arquitecturas. Producía mesas de diálogo donde se firmaban tratados de paz, para luego boicotarlos si alguien desarmaba los asentamientos que había dispuesto en el medio del living. La madre que salía en la mañana a trabajar al colegio lo dejaba al cuidado de la abuela, pero la mujer que hacía el aseo era despiadada con estas piezas que consideraba dispersas y desordenadas. Las guardaba dentro de una caja de cartón como si su disposición no significara nada, lo que obligaba a Cleverio a producir un nuevo estado en sus objetos simbólicos.

Cuando cumplió cuatro años la madre le mostró en su abdomen haciendo que lo tocara sobre el vestido cómo estaba creciendo más de la cuenta: dentro estaba creciendo un hermano. Cleverio imaginaba que allí había alguien como él aunque sabía que al nacer los seres humanos son como extraterrestres sin pelos ni capacidad de entender. Su desilusión fue grande cuando eso se presentó como una hermana. La madre eligió llamarla Frieda porque significa paz y alegría y tal vez porque así algo de Fred Astaire aún podía rescatar.

La hermana no representó para él más que la presencia de algo que se movía en la cuna primero y seguramente en la casa después, pero él ya iba al kindergarten y esto lo seguía posicionando como el importante de la casa. Así es que la hermana le parecía un ser dispensable en su mundo.

Ya en su primer año de colegio, la tante le tenía tareas especiales pues Cleverio ya sabía leer. Todos suponían que la madre le habría enseñado en casa, pero la realidad era que un día él había sorprendido a su madre cuando tomando el periódico había exclamado "Allí dice: la tasa de interés más baja del mercado" asunto que hizo dudar a la madre ¿tan buenos son los comerciales de tv que este niño es capaz de asociar el logo del banco con su frase talismán? Entonces hizo la prueba, le pasó el mismo libro que leía en ese momento, que resultó ser *Las Olas* de Virginia Woolf y el niño leyó en la página que la madre tenía abierta "una serie de valores que una determinada elite ha sancionado con el poder que sin duda confiere el discurso intelectual", entonces pensó que su test no estaría completo si no preguntaba ¿Qué significa eso? Y el niño contestó sin dudar: "el poder no

está solo en las armas” reflexión que hizo que la madre comprendiera que a este niño la vida no se le haría tan fácil.

El padre vivía atento a su fascinación primordial: el crimen. Bien podría ser que estuviera identificado con Sherlock Holmes y soñara en su hijo con un Watson, porque de cuando en vez le decía, pero tú serás médico.

Cleverio siguió en su vida escolar haciendo deportes, le gustaba más el tenis que el fútbol y también practicaba natación. A los 10 años obtuvo un tercer lugar en los Juegos Interescolares de Santiago y participó en carreras de fondo donde lo hacía mejor que en carreras cortas porque era más largo que rápido y tenía resistencia. Por andar mojado en la orilla de la piscina temperada un leve hilo de frío le recorría la espina dorsal y lo obligaba a buscar abrigo. Casualmente su instructora asistente de natación era una chica de cuarto medio que ayudaba al profesor. Ella hacía nado sincronizado y Cleverio por primera vez sintió con fuerza el deseo de ser mirado y admirado por una mujer que no fuera de la familia. Ella medía 15 centímetros más que él y tenía una sonrisa blanca sobre su piel oscura. El niño se acercaba cuando ella repartía las toallas como pidiéndole que lo abrazara y en ella se animaba el espacio maternal abrazándolo contra su pecho y frotándole la piel para hacerlo entrar en calor. Era su función con los ocho chicos del equipo. Cleverio sentía por un instante una felicidad distinta a la que conocía hasta entonces y era tanta que le daba un valor desconocido para él que lo sacaba de su cautela habitual. Un día, intentando hacer proezas en el agua para que ella reparara en su bravura se arriesgó con dos saltos mortales antes del piquero y giros y saltos inversos. Pero, calculó mal la distancia con el borde de la piscina y la pierna topó al final del giro, sonó un leve crack que lo llevó al fondo de la piscina y al salir a flote de nuevo supo que se había roto el peroné.

Esa fractura significó pasar la primavera sin competencias ni deportes y darse cuenta que su hermana ya leía. Frieda era inquieta y le gustaba cantar, se lo llevaba haciendo coreografías y disfrazándose de española, gitana, pordiosera y enfermera. Además tenía el pelo largo y rubio y gritaba todas las mañanas cuando la madre le hacía la trenza del orden. Disciplinar este

tipo de mujeres es como querer programar el clima, pensaba Cleverio: demasiadas variables para un solo problema. Así es que era frecuente que mientras él buscaba qué leer en la biblioteca del padre, se escuchara, a los lejos, canturrear a la hermana.

Estuvo tres semanas en reposo porque el médico no quería exponerlo a movimiento alguno, así se usaba en la época, y menos se arriesgaría que un chico indisciplinado, como supuso mal, sería Cleverio, le desobedeciera y volviera a la piscina con yeso y todo. “Mírenlo que vanagloriándose delante de los amigos para parecer más ducho y diestro” había pensado el traumatólogo. “Típico de los agrandados”.

La biblioteca de Cleverio padre era nutrida en libros de derecho penal. Además había una sección de historia de Chile y del mundo. Estaban allí los Tomos de Encina y Castedo y los de Virgilio Figueroa y Pedro Pablo Figueroa y uno muy curioso de Carlos Pinto Durán. También los cuatro tomos escritos por Guevara acerca de su experiencia con los mapuche, incluida una psicología cuando aún la psicología estaba en ciernes en los primeros años del siglo XX. El padre solía tener sobre su escritorio El Príncipe de Maquiavelo; las batallas de Alejandro Magno y las campañas de Napoleón. Además coleccionaba libros antiguos. Uno de ellos estaba firmado por Andres Bello dentro de una caja y Cleverio la abría en ocasiones solo para tocar el cuero envejecido de su cubierta.

Entre los libros que más le llamaban la atención había un tomo de “L'homme criminel” escrito en 1895 por Lombroso, donde los dibujos de hombres de rasgos toscos eran homologados a personas con psicopatía. Cleverio llegó a la conclusión que si eso fuera cierto, más de la mitad del país sería sospechoso de algún delito y que por sencilla estadística el libro estaba equivocado. Y si ése, otros.

Fue a los doce años que un sábado por la tarde aburrido de la convalecencia de una fiebre tifoidea que lo tenía en reposo, pero ya sin fiebre, descubrió en la parte más alta de la biblioteca dos tomos de cuero rojo. Ahora con sólo empinarse alcanzó los volúmenes: eran Las Obras Completas de Freud en edición Ballesteros. Al hojearlos dio con los casos clínicos que leyó como si fueran novela y se saltó lo complejo como el proyecto para psicólogos. Le fasci-

naba el método de análisis que se utilizaba para entender porque las cosas aparecen de un modo y resulta que son de otro. Que una tos podía ser asco convertido o la duda vergüenza por masturbación eran giros y metagiros de giros mucho más entretenidos que los de la piscina. Este enredo del que había que salir para comprender lo llevó a pensar que la comprensión no es más que la necesidad de creer en un orden, pero que en ese orden había que creer a ultranza. Claro que el orden hay que crearlo primero y crearlo suponía buscar alternativas, asuntos posibles. Se fue haciendo tan diestro en la capacidad de hacer conjeturas que aprendió a pensar en largas cadenas y varios de sus ensayos empezaron a ser publicados en la revista del colegio. Crear hipótesis tomando varios hilos extras al tema para trenzarlos entre sí se convirtió en su juego preferido. En las pruebas de ensayo era un haz, mientras que en las de alternativas herraba. Era más fácil hacer alternativas que descartarlas.

Cleverio tenía un amigo al que le gustaba la mecánica y la química y se lo llevaba inventado autitos con luces que se encendían y apagaban con un control remoto disimulado en un lápiz; alarmas que se activaban un poco antes de una prueba; líquidos que al derramarse se transformaban en humo violeta; radios de onda corta; telégrafos en Morse y pequeñas trampas dentadas que ponía en los asientos de las compañeras para que cuando se sentaran en la silla se engancharan en el bies del jumper y titilaran en rojo como pequeña ambulancia.

Al hablar de rendimiento escolar su padre usaba la solemnidad de una Corte de Apelaciones. Lo citaba por la mañana en su escritorio y lo recibía por la tarde a la hora acordada en su escritorio. Allí se hablaba de notas: “Jovencito, aquí dice que en Biología no le está yendo tan bien como en matemáticas, ¿existe alguna explicación?” “Es un ramo plano, padre, donde todo tiene nombre y explicación, no hay más que aceptar los modelos y repetirlos, no me entusiasma”. “Entonces le falta estudio”, sentenciaba. “Espero el próximo trimestre ver estas notas izándose hacia el seis”. Cleverio, de todas formas, recibía cada año el premio al mejor alumno. Este asunto le daba mucha vergüenza. No es fácil ser diferente y que además te lo hagan público. Cuando fue más grande, en la educación media,

descubrió que había una compañera que disfrutaba con ser la primera alumna y se preocupó de hacerla quedar con ese lugar, al fin bastaba con equivocarse en alguna prueba global y esa pequeña diferencia la dejaba a ella con el título que él no quería para sí. Inteligente, sí, mateo, ¡nunca! se convencía para mantener la autoestima en alto.

A los catorce años Cleverio se enamoró de verdad por primera vez. Fue en el club, la alumna que su profesor tomaba antes que él para practicar tenis los domingos. El padre se levantaba temprano y lo llevaba a las canchas, lo esperaba en su hora de frontón y aprovechaba de hacer vida social mientras el chico sudaba. La madre los esperaba a las dos de la tarde cocinando algo especial. Supo que se llamaba Claudia cuando su profesor le informó que las clases tendrían que empezar media hora más tarde a contar del próximo mes porque su alumna vivía en una zona casi deshabitada de Las Condes, hacia Farellones, agregó, y le cuesta llegar a la hora.

Para Cleverio, que vivía en Providencia, cualquier cosa más allá del Hospital de la Fach era muy, pero muy lejos, así es que comprendió perfectamente la petición.

Lo que hipnotizó a Cleverio fue el vaivén de la faldita blanca que iba y venía a cada raquetazo. Podía pasar mirando toda la clase cómo Claudia hacía los saques más hermosos que él hubiera visto antes. Con elegancia y gracia levantaba su brazo izquierdo mientras bajaba y elevaba por detrás el derecho para luego tirar con energía y pasar la red con efecto y apenas rozando la cancha. Era buena en esto y estaba otra vez la faldita bailoteando mientras esperaba la respuesta del profesor. Le fallaba el revés, pero eso a quién le podía importar.

La saludaba parco cuando ella se retiraba de su hora y él entraba despeinado y con la camiseta ancha a su clase dominical. Ella lo hizo poeta, porque antes de eso, no se había interesado por la metáfora como forma de comprensión. Raro, se dijo, pero fue así. Escribió un poemario entero en el que estaba seguro que el tibio aire de ese noviembre se había coludido para hacerlo sentir atracción hacia un ser humano hembra. Le parecía misteriosa, inalcanzable a la comprensión y no estaba entre sus deseos tocarla, sólo quería que ella lo mirara, lo

hiciera existir de otra forma. ¿Quién sería él para ella? Su amigo gerosintornillos le ofreció hacerle una tarjeta musical para su cumpleaños que llevara grabado el sonido de "Tú serás mi baby" de Los Surfs en español y con eso logró que ella le diera las gracias y lo invitara a su fiesta de quince. Era su primera fiesta formal y el disfraz no le sentaba mucho a su torso medio curvo, pero logró moverse y parecer un adolescente común como quería. Sacó a bailar a varias niñas como se lo indicó su padre: "tu siempre cortés con las damas, que son flores de cuidado" le dijo antes de entregarle una caja de chocolates importados envuelta en papel brillante y un rosetón blanco, hecho por su madre, que llevaría de regalo.

Ese verano ella no volvió al club y aunque fue a buscarla a su casa, se había cambiado, nadie sabía dónde. Sería ella la mujer que esperaría siempre.

A los diez y seis entró la filosofía a su vida, primero en el colegio con el Matute Bom Bom como le decían al obeso profesor de filosofía y luego porque el padre se puso a estudiar filosofía política de tan aburrido que estaba de los criminales homicidas. Tenía compañeros de curso muy buenos para hablar y al padre le gustaba traerlos a comer los viernes. Las tertulias duraban hasta tarde y a veces Cleverio, si el padre andaba de buen ánimo, podía quedarse a escuchar algunas de las preguntas que circulaban: ¿era función de un gobierno el control de los excesos humanos? ¿O más bien debía cautelar la propiedad, libertad e igualdad de estos? Se escuchaban voces decir de aquí y de allá. Cleverio se preguntaba ¿Cómo funciona este ser humano? Y de tan abstracta la pregunta llegó a concluir que antes que ninguna idea había un cerebro que las pensaba y junto con este cerebro un cuerpo que lo sustentaba y que por lo tanto todo el misterio podía quedar resuelto si se abría la caja negra y se comprendía cómo funcionaba este organismo humano. Las notas en biología subieron y Cleverio entró a medicina.

En la Escuela se enganchó con su primera pareja, no era Claudia la misteriosa y hermosa deportista sino Maribel la estudiosa buena persona. Con Maribel fueron al cementerio a buscar la calavera para estudiar anatomía, participaron de peñas y protestas. Fue con ella que creyeron en otras maneras de organizar a los pueblos,

y con ella entraron al partido y militaron con guitarras y buenas razones. Fue con ella que se duchó por primera vez acompañado y con ella que escribió el Manifiesto de los Hexágonos que proponía los seis principios fundamentales de la lucha por la igualdad. Pero Maribel no terminó de estudiar, trasladaron a su padre y se fue a vivir a Alemania con su familia y Cleverio perdió su compañera.

En quinto murió su madre de un accidente vascular. Ese año lo pasó en una bruma, sin comprender mucho cómo la pena podía ser extensa y velar toda percepción como cubriendo el mundo con una piel áspera y pegajosa. Pasó de curso sin haber estudiado mucho, no podía, no comprendía lo que escuchaba, era como si pronto su CI hubiera descendido a piso. Su padre se encerró aún más en el escritorio y salía sólo para comer. La abuela murió tres meses más tarde y la tía sólo venía para Navidad pues ahora vivía en Nueva York. Estaba solo.

Ya en el internado decidió despertar a fuerza de responsabilidades. Hizo turnos en la Posta Central; un poli de neurosis histérica y dos trabajos de investigación en el departamento de Psiquiatría acerca de las mujeres de alcohólicos y la anomia adolescente. Esto le valió ganarse la beca de la especialidad sin dificultades, pues tuvo el puntaje suficiente.

Sólo el primer año de especialidad pudo empezar a salir con mujeres. Podía elegir entre doctoras y psicólogas en práctica que pululaban en todos los pasillos del hospital donde estaba estudiando. Le llamaban la atención distintos tipos de jóvenes sin sentirse atrapado por ninguna. Tuvo algunas relaciones cortas y se recibió sin estar enamorado. Partió un año a España a hacer una pasantía en el Sant Pau de Barcelona y finalmente, cuando su padre se recuperó de la pena, le ofreció salir a estudiar afuera. Su hermana ya se había casado y el padre vivía solo en la casa grande.

Le habría gustado un lugar como California, probablemente porque en su imaginario flotaban los Beach Boy y su California Girl o porque Los Angeles aparecía frecuentemente en las seriales de televisión. Sin embargo, le pareció más serio hacer un estudio de los lugares que podrían aportar la novedad a su campo y dio con el grupo que estudiaba conciencia en Madison-

Wisconsin Era una alternativa demasiado interesante ¿no era la conciencia el tema que la psiquiatría tenía olvidado?

A orillas del lago Mendota, paladeando la cerveza de Milwaukee y conociendo alemanes avecindados en esta tierra tuvo tres años de doctorado muy agradables. Allí conoció a Richard Davidson, con quien hizo los primeros estudios de regulación afectiva,

aunque aún no se conocía como tal porque se estaba más pendiente de la autorregulación. La herencia monódica aún se colaba por todas partes. Visitó Chile en las Navidades y se olvidó de sus ideas igualitarias, algo lo impregnó distinto en el norte y las utopías comenzaron a dejarlo como si todo hubiera sido una tintura que se decolora de tanto estar al sol y lavar la prenda.

Al volver a Chile lo contrataron en la Universidad y ese primer año conoció a Clarissa, una interna que se hizo también psiquiatra y que buscó en el psicoanálisis las hipótesis a las preguntas que él sumergió en las respuestas de la neurociencia . Tal vez fue eso lo que los terminó de alejar, o tal vez él espera a esa chica tenista como si existiera el verdadero amor.



MÓDULO I
PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA

PRIMER SEMESTRE 2010
DESDE EL 9 DE ABRIL HASTA EL 10 DE JULIO DE 2010

TRASTORNOS DE ANSIEDAD: TEORÍA, CLÍNICA Y TERAPÉUTICA
(CERTIFICA LA ESCUELA DE POST-GRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE)

**MÓDULO I****PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA**

PRIMER SEMESTRE 2010

DESDE EL 9 DE ABRIL HASTA EL 10 DE JULIO DE 2010

TRASTORNOS DE ANSIEDAD: TEORÍA, CLÍNICA Y TERAPÉUTICA

(CERTIFICA LA ESCUELA DE POST-GRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE)

TIPO DE CURSO: ACTUALIZACIÓN**VERSIÓN:** PRIMER MÓDULO, PRIMER CICLO**MODALIDAD:** PRESENCIAL EN REGIÓN METROPOLITANA Y MIXTA (PRESENCIAL Y A DISTANCIA) PARA EL RESTO DE LAS REGIONES**HORAS DE TRABAJO:****A. 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 PRESENTACIONES EN GRUPO)**LUGAR:** "CAFÉ LITERARIO PROVIDENCIA", SALVADOR 410, PARQUE BALMACEDA**DESTINATARIOS:**

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

CUPO DE ALUMNOS:**REGIÓN METROPOLITANA:** MÍNIMO 20**, MÁXIMO 40**OTRAS REGIONES (TODAS JUNTAS):** MÍNIMO 20**, MÁXIMO 40**REQUISITOS:**

- PARA LOS PROFESIONALES MÉDICOS, POSEER LA ACREDITACIÓN COMO PSIQUIATRA O ESTAR EN VÍAS DE OBTENERLA. SI PERTENECE A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SOCIEDADES, ESTA CERTIFICACIÓN NO ES NECESARIA: SODEPSI, SONEPSYN, SOCIEDAD CHILENA DE SALUD MENTAL, SOCIEDAD CHILENA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA, SOPNIA (SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA Y DE NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA)
- PARA LOS PROFESIONALES Y ACADÉMICOS NO MÉDICOS, POSEER EL TÍTULO CORRESPONDIENTE. SI PERTENECEN AL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE O A LA SOCIEDAD CHILENA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, EL TÍTULO NO ES NECESARIO
- MANEJO BÁSICO DEL INGLÉS LEÍDO
- PRESENTACIÓN DE LOS CERTIFICADOS CORRESPONDIENTES
- FOTOCOPIA DEL RUT
- COMPLETAR FICHA DE INSCRIPCIÓN

ARANCEL:

SOCIOS DE SODEPSI: MATRÍCULA \$120.000

NO-SOCIOS DE SODEPSI: MATRÍCULA \$ 160.000

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

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

COSTO TOTAL: \$300.000

COSTO TOTAL: \$400.000

INSCRIPCIONES : www.sodepsi.cl

* Este simposium depende de los auspicios.

** Es el cupo mínimo para financiar el Programa. Para ver los presupuestos, los socios de SODEPSI pueden entrar mediante su clave en el portal de www.sodepsi.cl al sector de información administrativa y financiera restringida para socios.

**METODOLOGÍA**

EL PROGRAMA SE DIVIDE EN DOS PARTES CON METODOLOGÍAS 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 TRANSDISCIPLINARES. CADA SESIÓN ESTARÁ DIVIDIDA EN TRES PRESENTACIONES TEÓRICAS DE 30' CADA UNA, CON APOYO DE POWER POINT, 30' PARA RESPONDER PREGUNTAS DE LOS PARTICIPANTES DE REGIONES, 30' DE PAUSA Y CAFÉ Y 30' DE DISCUSIÓN GRUPAL.
- LA BIBLIOGRAFÍA TOTAL SERÁ ENTREGADA IN EXTENSO EN PAPEL EN UNA CARPETA AL INICIARSE EL MÓDULO Y ENVIADA POR CORREO POSTAL A LOS PARTICIPANTES DE REGIONES. LAS REUNIONES PRESENCIALES FILMADAS ESTARÁN DISPONIBLES DURANTE TODO EL CURSO PARA LOS INSCRITOS DE OTRAS REGIONES Y DE LA REGIÓN METROPOLITANA.
- DEPENDIENDO DE LOS AUSPICIOS, 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, ADEMÁS DE OTROS 100 COLEGAS INVITADOS.

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 A LAS REUNIONES POR ACCESO A LAS PRESENTACIONES Y DISCUSIONES FILMADAS COMO VIDEO CONFERENCIAS.
- EL SIMPOSIUM INTERNACIONAL FINAL ES COMÚN CON EL DEL PROGRAMA A)

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

- LA EVALUACIÓN CONSISTIRÁ EN TRES PRUEBAS DE ELECCIÓN MÚLTIPLE A LA 4ª, 8ª Y 12ª SEMANAS, REALIZADAS POR INTERNET, CON RESULTADOS INSTANTÁNEOS.
- PARA APROBAR EL MÓDULO SE REQUERIRÁ UN PUNTAJE PROMEDIO TOTAL DE UN 75% O MÁS.
- LA ASISTENCIA MÍNIMA A LAS ACTIVIDADES PRESENCIALES EN EL PROGRAMA A) ES DE 80% . 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****1) VIERNES 9 DE ABRIL****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) VIERNES 16 DE ABRIL**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) VIERNES 23 DE ABRIL**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) VIERNES 30 DE ABRIL**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) Dr. Francisco O'Ryan***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) Dr. Francisco Bustamante***15:30-16:00**

DISCUSIÓN

5) VIERNES 7 DE MAYO

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) *Dr. Claudio Fullerton*

14:30-15:00

CAFÉ

15:00-15:30

Trastorno de Ansiedad Generalizada

(15) *Dr. Claudio Fullerton*

15:30-16:00

DISCUSIÓN

6) VIERNES 14 DE MAYO

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

Comorbilidad de los trastornos de ansiedad

(18) *Dra. Julia Acuña*

15:30-16:00

DISCUSIÓN

7) VIERNES 28 DE MAYO

TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

Benzodiazepinas

(19) *Dr. Hernán Silva*

14:00-14:30

Antidepresivos

(20) *Dr. Hernán Silva*

14:30-15:00

CAFÉ

15:00-15:30

Neurolépticos y estabilizadores del ánimo

(21) *Dr. Hernán Silva*

15:30-16:00

DISCUSIÓN

8) VIERNES 4 DE JUNIO

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) *Dr. Alberto Botto*

15:30-16:00

DISCUSIÓN

9) VIERNES 11 DE JUNIO

PSICOTERAPIA II

13:00-13:30

Respuesta a preguntas de regiones

13:30-14:00

Psicoterapia conductual clásica

(25) *Dr. Francisco Bustamante*

14:00-14:30

Psicoterapia conductual cognitiva integrativa

(26) *Dr. Francisco Bustamante*

14:30-15:00

CAFÉ

15:00-15:30

Psicoterapia sistémica

(27) *Dra. Patricia Cordella*

15:30-16:00

DISCUSIÓN

10) VIERNES 18 DE JUNIO**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) VIERNES 25 DE JUNIO**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 psico-terapeuta y al fármaco-terapeuta
*(32) Ps. Lilian Tuane***14:30-15:00**

CAFÉ

15:00-15:30

Terapéutica multi-profesional

*(33) Dr. Juan Francisco Labra***15:30-16:00**

DISCUSIÓN

12) VIERNES 2 DE JULIO**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

SIMPOSIUM INTERNACIONAL*

SÁBADO 10 DE JULIO: 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 Modulo I)

*Dr. César Ojeda***17:15-18:00**

Panel y cierre del Módulo I

* La realización de este simposium depende de los auspicios obtenidos.

NUESTRO LADO OSCURO. UNA HISTORIA DE LOS PERVERSOS

Autor: Elisabeth Roudinesco
Editorial: Anagrama, 2009, 255 páginas
Disponible en: www.tematika.com

(Rev GPU 2009; 5; 4: 421-422)



Alberto Botto¹

Pocos casos existen en la historiografía psiquiátrica donde el sujeto del padecer se adueñe de la escena con tanta propiedad como ocurre con la perversión. El perverso –como la histérica– aparece asumiendo la forma de un personaje cuya categoría psicopatológica ha desafiado por años el devenir de las clasificaciones. Más allá del ámbito de la medicina, nadie como los surrealistas ha sido capaz de darle a la perversión la categoría de un mito. A través de la relectura –que, más bien, consistió en una expropiación– de los textos de Sade y Lautréamont, el surrealismo hizo suya la consigna que puso a la revolución –y la inversión de todos los valores de comienzos del siglo veinte– a un lado de la poesía, la libertad y el amor. Más tarde, en nuestro país, el grupo Mandrágora proyectó las coordenadas de una Poesía Negra que estuviera al servicio de “interrogar definitivamente la existencia de este sorprendente ser que se llama *hombre*. [...] *Lo negro es esta actitud del ser que, desligándose de toda sistematización intelectual, le permite captar al hombre a través de lo negativo, repentinamente al placer en su forma fugaz, y vivirlo como categoría espiritual*². Crimen, locura, sueño, perversión en estado de gracia y pureza”³.

Captar al hombre a través de lo negativo –que no es lo mismo que hablar del *reverso de la neurosis*– es

el objetivo del libro de Elisabeth Roudinesco quien, mediante un riguroso estudio de la historia de los perversos, nos acerca a ese espacio en penumbra para dar cuenta de las legalidades de la oscuridad y sus fantasmas: nuestra imagen a través del espejo de la perversión. Desde el Marqués de Sade a Gilles de Rais, desde Oscar Wilde a Marcel Proust, desde Hitler a Osama Bin Laden, la historia de los perversos es relatada bajo la mirada de las transformaciones que ha sufrido a lo largo del tiempo donde destacan tres figuras significativas –y significantes–: el niño masturbador, el homosexual y la mujer histérica.

¿Dónde comienza la perversión y quiénes son los perversos? A lo largo de los cinco capítulos que conforman el libro, Roudinesco intentará dar respuesta a esta pregunta valiéndose de la historia y de ciertos personajes que, actuando como una especie de contrapunto, nos confrontan con un fenómeno que sistemáticamente –*perversamente*, podríamos decir– ha eludido su delimitación exclusiva en el campo de la psicopatología difundiendo hacia los fenómenos sociales, políticos, culturales e, incluso, artísticos.

En *Lo sublime y abyecto* Roudinesco analiza el significado de los ritos sacrificiales ejemplificados en la imagen de la *santa mártir* donde la degradación va de

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

² En cursiva en el original.

³ Gómez-Correa E. Poesía Explosiva. Ediciones “Aire Libre”. Santiago de Chile, 1973.

la mano con la aspiración a la santidad. Es así como el sufrimiento infligido por medio de las flagelaciones y autocastigos se transforma en una travesía de purificación y en una forma de alcanzar la inmortalidad (“Catalina de Siena declaró un día no haber comido nada tan deleitoso como el pus de los pechos de una cancerosa”). El cuerpo mutado en objeto (carne, boca, pechos) se ofrece como un lugar donde inscribir el recorrido de dicha travesía: látigos, maderas, cardos y espinas dejarán su marca (huella y, al mismo tiempo, herida) como testimonio del sacrificio en la vía hacia la santidad.

El marqués de Sade junto al autor de *La Venus de las Pielas*, el austríaco Leopold Sacher-Masoch, conforman una delantera insuperable en la historia de la literatura dedicada a la perversión. Sade –catalogado de perverso y loco, encerrado por años en fortalezas y manicomios– se ha establecido como un paradigma en el núcleo de la degradación. Para Roudinesco, el libertino, a diferencia del místico –que utilizará su cuerpo como instrumento de salvación del alma– opondrá al orden divino “el poder soberano de un orden natural de las cosas”, liberándose de la ley religiosa por medio de la blasfemia y de la voluptuosidad.

Pero la historia de los perversos no es la historia de la perversión. Y en la historia: ¿Puede un estado ser perverso o ser sujeto de las prácticas de la perversión? Tal vez una de las más grandes paradojas que puedan pensarse en torno a la barbarie y la condición humana la haya esbozado George Steiner cuando escribe: “Sabemos que un hombre puede leer a Goethe o a Rilke por la noche, que puede tocar a Bach o a Schubert, e ir

por la mañana a su trabajo en Auschwitz”⁴. Roudinesco, citando a Annah Arendt, quien se refiere uno de los artífices de la *solución final* impulsada por el régimen nazi, apunta: “Lo más grave, en el caso de Eichmann, era precisamente que hubo muchos hombres como él, y que estos hombres no fueron pervertidos ni sádicos, sino que fueron, y siguen siendo, terrible y terroríficamente normales”.

Luego del derrumbe de los totalitarismos, pareciera que en un mundo democrático y globalizado el objetivo ha consistido en acabar con la perversión. Borrar los excesos y desmesuras en un ideal de vida compartida en comunidad. Pero, entonces, surge una pregunta: “¿No corre [semejante proyecto] el riesgo de que aparezcan en el seno de la sociedad nuevas formas de perversión, nuevos discursos perversos? ¿No se expone, en resumen, a transformar la sociedad en sí en una sociedad perversa?”

Grandes preguntas que intentan iluminar aquello que nos desconcierta y que, en definitiva, nos define y nos transforma. Porque, como decíamos, aunque la historia de los perversos no es –no debiera ser– la historia de la perversión, por alguna extraña razón éstas se encuentran misteriosamente enlazadas (casi confundidas), lo que nos recuerda que la perversión –como la locura– forma parte de nuestra naturaleza, de nuestro lado más oscuro. Tal como anuncia Georges Bataille en el comienzo de uno de sus brillantes ensayos⁵ “podemos decir del erotismo que es la aprobación de la vida hasta en la muerte”. Somos seres discontinuos. Y es en esa discontinuidad donde encontraremos al mismo tiempo lo terrible y lo que da sentido.

⁴ Steiner G. *Lenguaje y Silencio*. Editorial Gedisa, Barcelona, 2000

⁵ Bataille G. *El Erotismo*. Editorial Tusquets, Barcelona, 2007

PSIQUIATRÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL MÉDICO GENERAL. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SOMATIZACIÓN

Editores: Julia Acuña, Alberto Botto y Juan Pablo Jiménez

Editorial: Mediterráneo, 2009, 131 páginas

Disponible en: www.mediterraneo.cl

(Rev GPU 2009; 5; 4: 423-425)



Presentación del Dr. Alfredo Pemjean

En primer lugar agradezco a los autores haber solicitado un comentario a un miembro del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, primero al Dr. Alberto Minoletti y luego, a mí, dada su imposibilidad de estar hoy aquí con Uds.

Este libro es una contribución valiosa para la actualización del conocimiento en psiquiatría clínica en los profesionales del sistema de salud, quienes en forma creciente están identificando y atendiendo problemas de salud mental en los consultantes habituales a los centros de salud, especialmente de nivel primario.

Hacia ellos y también hacia los alumnos de Internado en Medicina, los autores han orientado el tratamiento que dan a los 10 capítulos en los que describen algunos de los cuadros que con mayor frecuencia enfrentan en su tarea diaria.

Los autores, fogueados y distinguidos especialistas en psiquiatría y una también distinguida psicóloga académica de un activo e innovador Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la U. de Chile, han debido ponerse en el lugar y plantearse las necesidades que enfrenta el médico general en la APS

que está experimentando una exigencia creciente en el número, diversidad y complejidad de las situaciones problema a resolver.

El manejo de los trastornos mentales y del comportamiento se ha hecho cada día más frecuente.

Todos los GES y también los dirigidos a trastornos psiquiátricos, incluyen instancias de acción decisivas en APS, como la sospecha diagnóstica de esquizofrenia y, a veces resolutivas, como es el caso de la Depresión y de los trastornos por consumo de sustancias.

Un dato interesante que avala lo anterior es que a junio del 2009, de las 500.000 personas bajo control por problemas de salud mental en el sistema público de salud, principalmente en APS, un 60% de ellas lo están bajo el diagnóstico de trastornos afectivos; 18,7% registran el diagnóstico de trastorno de ansiedad; 10% problemas por consumo de alcohol y/o drogas; 10% registran trastornos emocionales y del comportamiento de la infancia y adolescencia y un 3,7% trastornos de personalidad.

Otra ventana ilustrativa al respecto es el cuadro de las personas que se incorporan al GES de Depresión a lo largo del tiempo, desde su instauración.

PERSONAS INGRESADAS A GES DEPRESIÓN POR SEMESTRE

PERIODO	FONASA	ISAPRES	TOTAL
1° Julio a 31 Dic. 2006	111.137	14.294	125.431
1° Enero a 30 Junio 2007	67.747	10.362	125.431
1° Julio a 31 Dic. 2007	106.462	11.011	117.473
1° Enero a 30 Junio 2008	79.826	10.914	90.740
1° Julio a 31 Dic. 2008	67.644	12.898	80.542
1° Enero a 30 Jun. 2009	70.104	7.176 (*)	40.323
TOTAL	502.920	66.655	569.575

(*) Información al 31 de Marzo 2009-10-02

Fuente : SIGGES y Superintendencia de Salud.

La ayuda que puede prestar este libro para esa tarea es, a mi juicio, importante.

Entre sus características que me gustaría destacar están las siguientes:

Directo. El tratamiento del lenguaje es conciso y “al grano”; elude detalles innecesarios. Presenta ordenados recuadros con las ideas esenciales, en las que se aprecia la perspectiva y los consejos de clínicos experimentados.

Amable. Fácil de leer. Ameno, a pesar de lo conciso y preciso de sus afirmaciones. Por supuesto responde a las necesidades del lector y le ofrece capítulos de estructura similar con los que se familiariza rápidamente más subtítulos claros y concordantes, de modo que las búsquedas de temas específicos se hace expedita. Con un buen índice.

Simpático. Estéticamente atractivo, quizás de impresión algo tenue, manipulable, de bolsillo (para los bolsillos de los delantales de los doctores, que cada día se ven menos).

Como descriptores del libro yo apuntaría a que ofrece un tratamiento clásico de cada trastorno: antecedentes, etiología, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento distinguiendo el farmacológico y el psicosocial, criterios de derivación.

Me parece destacable que distinguan y enfatizan el tratamiento psicosocial, de una manera equilibrada, psicoeducación, psicoterapia, terapias de relajación, etc. Si bien su contenido no será suficiente como para ejecutar esas intervenciones, sí las jerarquiza y muestra el valor que les corresponde para una buena práctica terapéutica.

Todos los temas reciben un trato de similar calidad. Quizás en uno o dos habría sido bueno un desarrollo

algo más extenso, pero al leer el texto completo se rellenan los vacíos de comprensión de esas secciones.

Por otra parte, hay capítulos con temas de especial complejidad que están muy bien logrados con una exposición simple y clara. Es el caso de los trastornos somatomorfos, y el capítulo sobre trastornos de personalidad, que tiene por título “Manejo de pacientes con personalidad difícil”.

La inclusión de los árboles de decisión resulta siempre orientadora y utilizable.

La bibliografía es acotada a lo preciso, actualizada y, en general, accesible a los médicos generales de Regiones.

En resumen, el libro es un aporte evidente. Se suma con ventaja a otros libros surgidos en el último tiempo sobre ámbitos similares. Puede ser recomendado para médicos y profesionales de salud, como texto de consulta permanente y “a la mano”. También es utilizable para los Internos.

Todo buen libro puede tener segundas ediciones y también ediciones revisadas.

Si así fuera en este caso, entregaría dos sugerencias: incluir una sección con “criterios de alta”. La dificultad para dar de alta a los consultantes por problemas de salud mental se está extendiendo de los psiquiatras y psicólogos a los médicos generales y a otros profesionales de salud mental. Eso atenta contra el principio e incluso el derecho de los pacientes a que se les brinde en todo lo posible, intervenciones resolutivas.

Contemplar y desarrollar en mayor medida los tratamientos en equipo que hoy se preconizan y que se están desarrollando en forma creciente en el sistema público de salud.

Felicitaciones a los autores y muchas gracias.

Presentación de la Dra. Christel Hanne

En Chile la prevalencia de los principales trastornos mentales en la vida de los pacientes es bastante alta, teniendo un impacto personal, familiar y en la sociedad. Por esta razón este libro es y será un gran aporte tanto para los profesionales de la salud que se están formando como para los que ya están ejerciendo en la atención primaria. Esperamos que este texto sea un aporte a la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de proveer el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia a la justicia y el bien común.

Los temas que se abordan son: Trastorno depresivo, distimia, aspectos generales de la enfermedad bipolar, trastorno mixto ansioso-depresivo, ansiedad normal y patológica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno por estrés, trastorno somatomorfo y diagnóstico y manejo de pacientes con personalidad difícil en atención primaria.

En cada uno de los temas los autores nos dan antecedentes, en los cuales se refleja la importancia del tema, describiendo las prevalencias a nivel nacional e internacional, describiendo cuáles son los grupos etarios más afectados o si afecta más a mujeres u hombres. Enseguida se hace referencia a las etiologías de los diferentes cuadros, planteándose las diferentes hipótesis causales cuando corresponda. Posteriormente se hace referencia al diagnóstico con la caracterización del cuadro y el diagnóstico diferencial. Después se describe el tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico, para finalizar cada capítulo con los criterios de derivación y una extensa bibliografía complementaria.

Cada capítulo es presentado en una forma amena y clara, destacándose aspectos fundamentales y facilitándose la comprensión a través de tablas, flujogramas y algoritmos.

Por lo anteriormente expuesto se torna fácil la lectura y eventual consulta de este libro, lo que sin duda se traducirá en una frecuente utilización de él, lo cual finalmente se refleja en una mayor competencia y seguridad de los profesionales de salud que ejercen en la atención primaria lo que en última instancia esperamos que impacte en el nivel de salud mental y en general de nivel de vida de nuestra población.

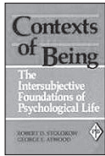
Destaca el último capítulo por la empatía que tuvieron los autores al ponerse en el lugar de tantos profesionales de la salud que, día a día, tienen que enfrentar el diagnóstico y manejo de pacientes con "personalidad difícil en atención primaria, lo que muchas veces genera en ellos una sensación de incomodidad e ineficacia. Se describen sistematizadamente los factores que pueden producir una interacción difícil entre profesionales de la salud y pacientes, planteando estrategias de manejo, caracterizando los pacientes por tipo de personalidad y modelo de estilo conductual, y al profesional, por algunos tipos generales de estilo profesional, por algunos tipos generales de estilos profesionales disfuncionales.

Este último capítulo nos enfatiza que la relación profesional-paciente es una relación de ayuda entre dos personas y por lo tanto es necesario considerar las características y emociones de ambos para lograr un mejor manejo.

En síntesis, éste es un texto que apoya a nuestros profesionales de la salud en el nivel primario de atención, respondiendo a las recomendaciones de la OMS que ha insistido en la necesidad de descentralizar la atención de salud mental e integrarla en la atención primaria, entregándole una importante responsabilidad a los médicos familiares, generales y a todos los profesionales de la salud que ejercen en el nivel primario.

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 ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y DE LA CONVIVENCIA HUMANA

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



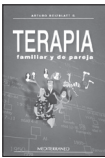
CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



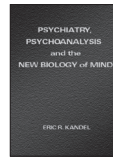
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



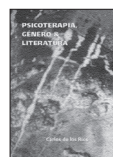
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



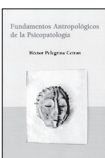
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



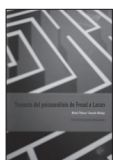
FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

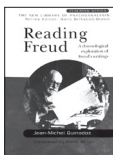


SCHIZOPHRENIC SPEECH

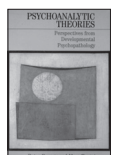
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh
Ed: Cambridge University Press, London, 2005
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232
Compra: www.amazon.com



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



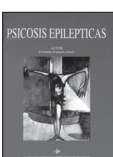
READING FREUD: A CHRONOLOGICAL EXPLORATION OF FREUD'S WRITINGS
 Autor: Jean Michel Quinodoz
 Ed: Routledge, Londres, 2004
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 236
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



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



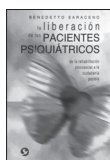
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



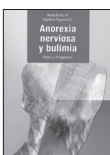
DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



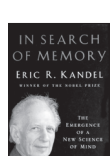
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



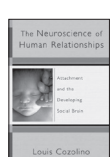
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



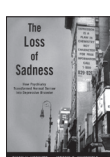
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



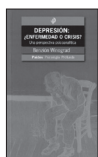
THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN
 Autor: Louis Cozolino
 W.W. Norton & Company, New York, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244
 Disponible en: www.amazon.com



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



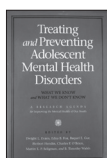
DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benzió Winograd
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254
 Compra: www.paidos.com



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



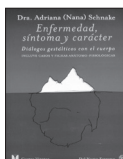
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



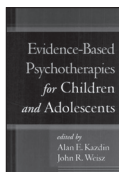
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



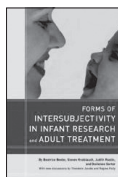
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



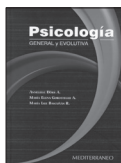
EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



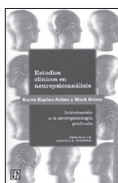
SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO
 Autor: Pedro Torres-Godoy
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34
 Compra: www.psicodrama.cl



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



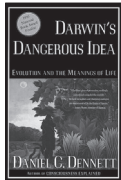
GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
 Editor: Dr. Hernán Silva
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile;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



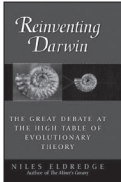
ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164
 Compra: www.libreriaselfondo.com



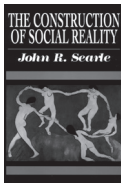
EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA
 Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad
 Autora: Emilce Dio Bleichmar
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166
 Compra: www.libreriangeles.com.mx



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



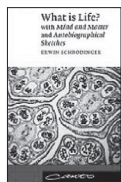
LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS
 Tome II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.
 ISBN : 2213605939
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



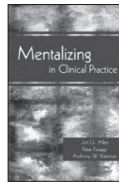
EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS
 Tomo II. Melanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.
 ISBN : 950-12-3809-1
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



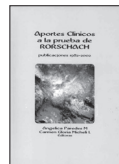
THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE
 Autor: Daniel Siegel
 Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391
 Compra: www.amazon.com



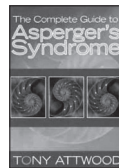
WHAT IS LIFE?
 Autor: Erwin Schrödinger
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396
 Compra: www.mediterraneo.cl



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 Ciceros Ltda., Santiago de Chile 2008, 277 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 18-19
 Compra: Clínica Psiquiátrica, Universidad de Chile



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



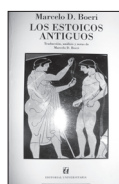
WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING
 Autor: Enrique Jadresic
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



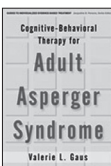
ATTACHMENT IN PSYCHOTHERAPY
 Autor: David Wallin
 Guilford Press, New York, 2007
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 301-302
 Compra: www.amazon.com



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 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



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



BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE
 Autor: Enrique Jedresic
 Uqbar Editores, Santiago, 2009
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 303
 Compra: librerías



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



NUESTRO LADO OSCURO. UNA HISTORIA DE LOS PERVERSOS
 Autor: Elisabeth Roudinesco
 Editorial: Anagrama, 2009, 255 páginas
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 4: 421-422
 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



PSIQUIATRÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL MÉDICO GENERAL. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SOMATIZACIÓN
 Editores: Julia Acuña, Alberto Botto y Juan Pablo Jiménez
 Editorial: Mediterráneo, 2009, 131 páginas
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 4: 423-425
 Compra: www.mediterraneo.cl

DEBATE

ESTUDIO DE LOS FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS Y ÉTICOS DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA. I PARTE

(Rev GPU 2009; 5; 4: 431-439)

Hernán Villarino¹

A lo largo de estos años se ha desarrollado, en torno a la psiquiatría comunitaria, tanto en esta revista como en otras, un debate de baja, muy baja o bajísima intensidad. En el segundo número del 2009 de la GPU² apareció un interesante Ensayo que, a nuestro entender, constituye una nueva vuelta de tuerca sobre el asunto, aportando tanto argumentos novedosos como no considerados. Sin embargo, dadas las extensas dimensiones que alcanzó el presente estudio, nos pareció conveniente dividirlo en dos partes, y aunque cada una constituya una unidad independiente, están mutuamente relacionadas. La primera parte versa sobre las bases científicas y prácticas de la psiquiatría comunitaria, la siguiente, sobre sus fundamentos morales. Como es de dominio público, la psiquiatría comunitaria se ha asignado en el terreno de los Derechos Humanos una especial titularidad, que también será examinada. Al lector habitual, sin embargo, regularmente ocupado en asuntos más gratos y de mayor enjundia, puede que la mentada controversia le haya pasado inadvertida, por eso nos ha parecido pertinente recapitular, primeramente, lo que a nuestro juicio son algunos de sus puntos esenciales. La psiquiatría comunitaria supone tanto un fundamento racional como la praxis en la política pública. Habitualmente se ha considerado que era el modelo biopsicosocial el fundamento racional de la psiquiatría comunitaria, pero recordemos que la psiquiatría clásica se inspiraba en el modelo médico, organicista, inspirador de un esquema asistencial de tipo curativo, que derivó, por su propia lógica, en uno custodial, claramente atentatorio contra los derechos humanos, segregador y marginador. El modelo biopsicosocial, en cambio, a diferencia del anterior, constituiría una comprensión holística del paciente mental, a partir de la cual es posible una política de cuidados, y no sólo de curación, destinada a la rehabilitación y reinserción de los pacientes, y a una superación del estigma que les colgó el antiguo modelo asistencial. Pues bien, analicemos lo primero.

¹ Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Barros Luco. Email: hernan.villarino4@gmail.com

² Naín Hormazábal y Carolina Riquelme. *Modelo Comunitario en Salud Mental y Psiquiatría como Modelo Tecnológico*. GPU 2009; 5; 2: 245-249.

MODELO MÉDICO VERSUS BIOPSIICOSOCIAL.

El término con que los griegos conocieron la medicina fue el de *teckné iatrike*, que en nuestra lengua significa técnica del curar. El médico griego, por ende, es el que cura. Obsérvese, sin embargo, que con este solo término no podemos hacer inferencias erróneas sobre el sentido de la medicina griega, aunque con él hayamos captado una dimensión radical de su ejercicio en todos los tiempos. En efecto, en el Juramento Hipocrático, el neófito juraba por *Apolo, Higea y Panacea*. *Higea*, de donde viene higiene, no es la curación sino la prevención de la enfermedad. El médico griego, por lo tanto, a la luz de este nuevo antecedente, era tanto el que cura (*Panacea*) como el que previene las enfermedades (*Higeia*).

Ocurre, sin embargo, que los romanos no tradujeron *teckné iatriké* por "técnica del curar"; es decir, literalmente, sino por medicina, que es la palabra que todavía usamos hoy. Heidegger decía que los romanos habían traducido mal los términos griegos, y tiene razón, pero no porque se equivocaran sin más sino porque veían también otros estratos de la realidad. El término medicina viene de una raíz latina que significa cuidar. El médico romano, entonces, no es primariamente el que cura sino el que cuida. ¿A quién cuida? A quien padece la *infirmetas*, pero, sobre todo, mientras la padece. Este término, de donde viene el nuestro enfermedad, significa el que no tiene firmeza, el que la ha perdido, está débil y necesita cuidados.

En el tercer acto del drama, es decir, en los monasterios medievales, por la obligación autoasumida de atender a los monjes enfermos, se crearon allí las *infirmetas*. Es historia conocida por todos cómo estas *infirmetas* terminaron atendiendo no sólo a los monjes sino a quien tocara la puerta. Por eso, con el tiempo, las *infirmetas*, situadas inicialmente dentro de los monasterios, adquirieron autonomía, incluso arquitectónica, y se instalaron como edificaciones adosadas pero independientes, y destinadas a brindar hospitalidad, de donde viene nuestro término hospital. Monjes especiales se dedicaban a su atención y administración, y se transformaron en el crisol que hizo posible el renacimiento de la medicina como técnica del curar, es decir, como *teckné iatriké*, erosionada y perdida con el colapso del mundo antiguo. Cuenta la anécdota, o la historia, que de tal modo se aficionaron los monjes a la medicina, que al parecer desatendían sus propias obligaciones monacales. Lo cierto es que el Papa León X, en el siglo XII, por medio de un edicto les prohibió seguir ejerciéndola, circunstancia que contribuyó al nacimiento de las escuelas medievales de medicina, como la muy famosa de Salerno.

Este análisis pretende demostrar que el cuidado y la rehabilitación, y no sólo el curar, han sido por siglos ingredientes sustanciales de la medicina, y que es un colosal error histórico pretender que fue el modelo biopsicosocial el que lo introdujo. Es cierto, sin embargo, que en la balanza del cuidar y el curar, según las épocas, los actores y las doctrinas, el platillo se ha inclinado a veces más de un lado que de otro. El cuidar, sin embargo, es una dimensión considerada ampliamente en el ejercicio actual, y no sólo en la psiquiatría; cualquiera que conozca el sentido de la medicina paliativa así debiera reconocerlo.

En fin, si la historia de la medicina, por lo menos la de la fracción de la humanidad que corresponde al área de difusión helénica, ha consistido tanto en el curar y prevenir las enfermedades, como en el cuidar y rehabilitar a los enfermos, no tiene sentido ninguno oponerlas unas a otras, hacerlas luchar unas con otras, censurar a una en nombre de las otras, pretender que una anula o invalida a las otras, etc., porque las tres constituyen el todo estructural de la medicina científica desde sus orígenes.

MODELO MÉDICO Y MARGINACIÓN

La psiquiatría comunitaria ha acusado a la psiquiatría clásica de haber provocado la marginación y el estigma del enfermo mental, basada en la existencia de los manicomios, creados y regidos por alienistas. Pero esta lógica ingenua no se para a considerar que ha debido existir una primaria marginación de los locos como condición de posibilidad para la existencia de los manicomios; en cambio, supone que de un día para otro a unos se les ocurrió empezar a encerrar a los otros, que para el efecto erigieron con dinero público aquellas instituciones, que el resto del mundo asistió encantado a esta ocurrencia y ahítos de entusiasmo libraron partidas presupuestarias (dinero que tanto cuesta, hoy y siempre, arrancarle al Estado), para sostener y facilitar sus bufonadas y caprichos. Y a esto le suelen llamar conocimiento histórico riguroso y desprejuiciado, aunque sólo se trate de una mala novela, que otra vez sondea muy poco en el pasado y que comprende todavía menos.

Foucault, por lo pronto, decía que la sociología tradicional había estudiado siempre los fenómenos positivos que se pueden visualizar en cualquier sociedad; la sociología contemporánea, en cambio, indagaba más bien en las exclusiones, negatividades y olvidos que constituyen la trama completa de la vida social. Ahora bien, siempre y en todas las sociedades, decía Foucault, algunos fueron excluidos del trabajo (vagos y desempleados); otros, de la vida familiar (los curas y ascetas); otros, de los símbolos y el lenguaje (poetas y profetas) y

otros del juego (el chivo expiatorio). No es el caso entrar a exponer cómo y por qué ocurría esto según nuestro autor, sino destacar que esto ha existido siempre y en todas las sociedades. Ahora bien, ¿qué es, según Foucault, lo específico del loco en todas las sociedades?

Si bien es verdad que toda sociedad aplicando la regla del trabajo, la regla de la familia, la regla del discurso, y la regla del juego, excluye cierto número de individuos y les hace un sitio aparte y marginal en relación con la producción económica, en relación con la reproducción social, en relación con la circulación de símbolos, en relación con la producción lúdica, si hay sociedades en que todas estas exclusiones operan, en dichas sociedades hay siempre una categoría de individuos que están excluidos al mismo tiempo de la producción, de la familia, del discurso y del juego. Dichos individuos son los que en términos generales podemos denominar locos³. (pag. 80).

El fenómeno de la exclusión, en cualquier ámbito, es un mal que debe ser comprendido, atacado y resuelto hasta donde sea posible, pero ni en su comprensión, ni en la lucha que se le debe plantear ayudan en nada las fantasías etiológicas confusas, que más bien desvían el objetivo, atribuyen responsabilidades a quienes no corresponde y sólo se auto exculpa a los emisores. A nuestro entender, desde el siglo XIX, en el trágico juego de exclusiones al loco, la psiquiatría, con sus más y sus menos, con sus avances y retrocesos, con sus genialidades y sus estupideces, le ha devuelto efectivamente la palabra y ha contribuido a insertarlo en el circuito de la producción, la familia y el juego del que ha estado excluido en todas las sociedades, pero no como fruto de la actividad de los alienistas ni de los manicomios.

LA TENUE RACIONALIDAD DE LO COMUNITARIO Y LO BIOPSIOSOCIAL.

Al comenzar el citado escrito de Hormazábal y Riquelme, que dicho sea de paso celebramos, elogiamos y agradecemos como una contribución esencial a la discusión en curso, se reconoce que si bien han abundado las comunicaciones sobre la eficacia de los tratamientos comunitarios al escrutarlos con detalle se ha visto que en realidad se basaban en el modelo salubrista, sistémico, etc., sin que se pudiera establecer en qué

consiste, propiamente, el aporte comunitario. Es decir, se pone en marcha un programa de psiquiatría comunitario destinado a superar el "tradicional modelo médico", pero por un lado opera con modelos médicos tradicionales y por el otro es imposible distinguir en qué consiste lo comunitario de dicho programa, que resulta ser una palabra que no alude, remite ni refiere a nada. No ha habido definiciones claras sobre el modelo comunitario como tal, se insiste en el texto, de modo que los complejos problemas derivados de la multicausalidad, abordados con perspectivas multimodales, cuando cumplían con determinados elementos (no se dice cuáles) se los ha llamado comunitarios. Por eso, concluyen, "El modelo comunitario sufre una crisis, un agotamiento, lo que sumado a los cambios sociales de las últimas décadas, amenaza su vigencia, al menos como fue pensado en un principio"⁴.

Ahora bien, convencionalmente se ha considerado que el modelo comunitario está subordinado al modelo biopsicosocial, como reconocen explícitamente los autores, pero este nuevo modelo fundante, agregan, no resiste un análisis epistemológico serio (más bien él mismo está necesitado de fundamentación)⁵. Es decir, lo comunitario de la psiquiatría comunitaria es una palabra que no alude, remite ni refiere a nada, pero que se fundamenta en otra palabra que tampoco alude, remite ni refiere a nada. En este corto trayecto ya llevamos dos nadas, y aunque desde los filósofos griegos se sabe que de la nada no sale nada, aquí en cambio ha salido un programa de atención psiquiátrica.

Puestos estos antecedentes, se concluye en el artículo que ni el modelo de psiquiatría comunitaria, ni el biopsicosocial en que asienta, son científicos, y que es inútil buscarle a ninguno de ambos un sostén de ese tipo. Ellos han comprobado que el modelo tecnológico, en cambio, sirve como base de sustentación óptima.

LA NEGATIVIDAD DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Convenimos plenamente con los argumentos esgrimidos recién, en el sentido de que la indagación científico-positiva no nos muestra nada, no hay ninguna positividad señalable como psiquiatría comunitaria ni como modelo biopsicosocial. Pero los fenómenos sociales tienen un lado callado, silente, no dicho y olvidado, y esa negatividad es algo y no nada. La nada es una

³ Foucault, Michel. *Estética, ética y hermenéutica*. Paidós-Ibérica, Barcelona, España, 1999.

⁴ Hormazábal y Riquelme, *art. cit.*

⁵ Para más información: Villarino, H. *La psiquiatría comunitaria: otra conceptualización*. Rev. GPU 2006; 2:1.

negatividad, pero no por ello toda negatividad es nada. Es indudable que la psiquiatría comunitaria dice ser lo que no es, pero, *mutatis mutandis*, es lo que no dice ser. El estudio de cualquier negatividad es siempre muy difícil e incierta, aunque también siempre fascinante, ahí están los ejemplos de Freud, Lacan⁶ o Foucault. Sin embargo, no es éste el lugar, ni quizá el tiempo, en el sentido del *kairós*, para emprenderlo.

LA PRAXIS COMO REIVINDICACIÓN DEL MODELO COMUNITARIO

Aunque haya sobradas razones para sostener que detrás de las palabras psiquiatría comunitaria y modelo biopsicosocial no hay nada, evidentemente esto es un absurdo. Hay textos que dicen llamarse comunitarios, hay psiquiatras y otros profesionales que se catalogan como comunitarios y que dicen basarse en el modelo biopsicosocial, hay programas ministeriales sobre psiquiatría comunitaria, etc., y todo eso, desde luego, es algo y no nada, aunque quizá su comprensión sólo se pueda realizar bajo el prisma de la negatividad, como postulamos más atrás.

Desorientaríamos al lector si diéramos a entender que el artículo mentado pretende debilitar o negar al modelo comunitario. Lejos de eso su propósito es descargarlo de todas las apelaciones a supuestos fundamentos científicos, que lo único que hacen es mostrarlo de un modo que ni es ni pretende ser, dificultando su plena justificación. Pero para controlar que interpretemos correctamente a nuestros autores, citémoslos directamente:

“El modelo en sí mismo, más que un modelo científico subordinado a su vez al modelo biopsicosocial, lo que no siempre resiste un profundo análisis epistemológico, ha sido justificado por sus más tenaces defensores como un modelo político de organización de recursos múltiples disponibles en la comunidad, para dar respuesta a necesidades también múltiples con oferta diversificada de servicios, es decir, es un modelo práctico”⁷.

En efecto, la praxis, junto con el modelo biopsicosocial, ha sido una forma corriente de reivindicar al modelo comunitario. Como dice Madariaga:

⁶ A nuestro entender, la forclusión lacaniana es una negatividad, es la falta, la cadena significativa que no agota lo significado, el nombre ausente del verdadero padre.

⁷ Hormazábal y Riquelme, *art. cit.*

“Desviat y Fernández, en su interés por destacar el carácter rupturista y transformativo de su propuesta, sólidamente fundada en una perspectiva sociohistórica del sujeto-objeto de la psiquiatría social y comunitaria, la persona humana, arrancan su reflexión desde la undécima de las Tesis sobre Feuerbach, de Karl Marx, aquella que alude al largo tiempo perdido por los filósofos en analizar la realidad, y a la necesidad de avanzar ahora hacia la transformación de la misma”⁸.

Cuando es la misma praxis lo que determina y orienta nuestra actividad, cuando no hay necesidad de analizar la realidad, incluso cuando se lo considera una pérdida de tiempo, las definiciones teóricas no son ni pueden ser la fuente de las coincidencias, los acuerdos ni la mutua colaboración; pero, quizá, tampoco queda ninguna posibilidad para debatir o contrastar la propia praxis.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL MODELO PRÁCTICO EN PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Aboquémonos entonces a la línea de positividad remanente, es decir, a esa positividad práctica que no pretende conocer la realidad sino transformarla, y que sigue siendo válida una vez excluida toda aspiración científica, teórica o racional propiamente positiva de justificación. El artículo de Hormazábal y Riquelme describe ocho puntos (consignados a continuación), que sirven para orientar la praxis comunitaria tecnológicamente concebida, pero que resultan ser los mismos puntos prácticos recomendados cuando la praxis no era concebida según el modelo tecnológico. Por eso, nuestro análisis de la praxis comunitaria, si bien toma los puntos prácticos del texto mencionado, no discute el modelo tecnológico.

1. *Concepto de multicausalidad de la salud mental y los trastornos psiquiátricos. ¿Qué tan práctico es este punto?* En realidad se trata de una vacuidad genérica que también se puede usar para explicar la edición de libros o el carácter de una religión. Esa proposición sirve para todo de modo que en realidad no sirve para nada. Por otro lado ¿qué tiene ese aserto de específicamente comunitario? ¿Acaso no coincidirían con él los abogados, los ingenieros, los economistas, etc.? ¿No es multicausal el origen de los delitos, la actividad económica y la construcción?

⁸ Madariaga, C. *Psiquiatría comunitaria: apuntes para una conceptualización*. Rev. GU 2005; 1; 3.

Pero aunque sea verdad lo de la multicausalidad, por las limitaciones de nuestra mente no podemos trabajar con todas las causas, tenemos que acotarlas y limitarlas a lo que podemos hacer porque sabemos cómo hacerlo. El secreto del hombre práctico y político, en el buen sentido de la palabra, aptitud para la que efectivamente no hay ciencia, es que intuitivamente sabe seleccionar cuáles son las causas sobre las que puede y debe actuar. Siempre trabajamos prácticamente considerando una o muy pocas causas. En este terreno siempre somos “reduccionistas”, querámoslo o no, al fin de cuentas somos seres finitos, y en las infinitudes nos perdemos irremisiblemente. La verdad es que sólo Dios podría trabajar con una perspectiva toticausal y no “reduccionista”.

2. *Enfoque integral que incluye promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración psicossocial. ¿Qué tan práctico es este otro punto? ¿Qué significa, desde un punto de vista práctico, la promoción y la prevención de las enfermedades mentales? Metafóricamente, ¿cuál es el mosquito que hay que matar, dónde está el mosquito, cómo se lo mata, quién lo mata, cuánto cuesta matarlo, cómo se evalúa si fue muerto, etc.? ¿Cuál es el modelo práctico de esta práctica recomendada? Aunque sean ideales muy justos y muy necesarios, ¿quién tiene respuestas ciertas e indudables en esta materia, es decir, modelos prácticos?*

“El problema teórico fundamental de la psiquiatría social y comunitaria es la interacción de lo biológico y lo social, tanto en el comportamiento psíquico normal como patológico. Se preocupa, por tanto, de la enfermedad mental y de la salud mental; hace suyos los actos de salud destinados a tratar y curar las enfermedades en el nivel individual, la rehabilitación de los sujetos afectados por secuelas de trastornos mentales, la prevención del trastorno, la promoción y fomento de la salud; interviene activamente en la prestación de servicios de salud mental, en la organización y gestión de los dispositivos sanitarios, en el diseño de planes, programas y políticas de salud mental”⁹.

Si bien los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales no se rigen exactamente por las mismas leyes, como dice acertadamente Madariaga, al estudiar con ellos al hombre deben además escindirse (el explicar y

el comprender del que hablaba Jaspers). Yo vivo mi vida en primera persona aunque en mí ocurren fenómenos biológicos, vitales, que se pueden describir en tercera persona. Yo tengo una psiquis, o como quiera que la llamemos, que puedo describir en tercera persona pero que vivencio en primera persona. Hay una sociedad fuera de mí, pero para mí es la imagen que tengo de ella.

En realidad, ni la psiquiatría comunitaria ni nadie posee un concepto de salud mental en general, aunque todos sabemos que si no se consume drogas, por ejemplo, nos evitamos los problemas que acarrearán. Se puede predicar eso, pero predicándolo no se fomenta la salud mental sino que se previenen los problemas con las drogas; y punto. No obstante, un consejo preventivo de ese tipo no puede presentarse como un eslabón que influye en la interacción de la cadena causal biopsicosocial, siempre en tercera persona, porque en realidad remite a la voluntad del apelado, por lo tanto a la primera persona, y salvo un programa de lavado de cerebro, de manipulación o violencia, nadie tiene el éxito asegurado, a diferencia de cuando se matan mosquitos.

No tiene nada de raro, por otro lado, que la psiquiatría comunitaria se plantee la rehabilitación y la reintegración psicosocial de los pacientes, porque eso es lo que ha intentado hacer la medicina desde sus orígenes, de modo que tampoco tiene nada de específicamente comunitario. Y aunque se reprocha a la “psiquiatría custodial” no haberse ocupado en rehabilitar a los pacientes, un psiquiatra comunitario de nota, Desviat, citado por Madariaga, puede decir y dice lo siguiente:

“La rehabilitación no es una improvisación, exige técnicas específicas. Es necesario diseñar programas flexibles de rehabilitación e intentar evitar la cronificación de las nuevas estructuras”¹⁰.

Pero si se admite esto es porque no habrá conceptos ni técnicas muy claros sobre el particular, porque de haberlos nadie improvisaría. Ayuda muy poco, a nuestro entender, que se recomiende flexibilidad en el diseño de los programas, por el riesgo de caer, una vez más, en la mera improvisación práctica.

3. *Integración de la atención psiquiátrica a los establecimientos de salud general en particular en la atención primaria.* El punto tres ya está alcanzado, aunque algunos dirán que no íntegramente. En efecto, diversos actores han propugnado e impulsado la inserción de la psiquiatría en la atención general,

⁹ C. Madariaga, *art. cit.*

¹⁰ C. Madariaga, *art. cit.*

habiéndose logrado un éxito indudable. En honor a la verdad, también la psiquiatría comunitaria ha defendido esa postura, sin embargo, cabe preguntarse por su coherencia. De entrada, y salvo una mejor comprensión, pareciera absurdo pretender desmedicalizar la psiquiatría y superar el modelo médico al mismo tiempo que se aspire a incorporarla en las más tradicionales y consolidadas estructuras de dicho modelo.

4. *Enfoque territorial y poblacional* ¿Qué tan práctico es este punto? El enfoque territorial y poblacional no puede ser un dogma práctico, porque en lo práctico no hay dogmas. Si se lleva o no a cabo este enfoque, y la forma cómo se lleve a cabo, dependerá de cada circunstancia.
5. *Marco ético con base en la Doctrina de los Derechos Humanos y en la Declaración Universal de los Derechos del Niño*. Por ser un tema ético lo dejamos para la segunda parte de este trabajo.
6. *Utilización de dispositivos comunitarios en las acciones y decisiones, con empoderamiento de los usuarios, participación de líderes y organización comunitaria. El resultado debe ser una red que garantice la continuidad de cuidados*. ¿Qué tiene de práctico este punto? ¿Qué significa de modo preciso el empoderamiento de los usuarios, la participación de líderes y la organización comunitaria? ¿Cómo se empoderan los usuarios? Regularmente se entiende que están empoderados cuando asienten y repiten las consignas del programa, si no son inmaduros, políticamente atrasados, problemáticos o conflictivos. A propósito, permítaseme relatar una anécdota. En un reciente "Manual de Equipos Comunitarios" se proponía que los Jefes de esos equipos fueran designados democráticamente para horizontalizar la relación y empoderar a los equipos. Alguien sugirió entonces, por los mismos motivos, que también se eligiera democráticamente el cargo de Jefe de Departamento y el de Jefe de Servicio. Pero entonces aparecieron reglas técnicas y administrativas realmente insoslayables que lo desaconsejaban totalmente, de modo que el empoderamiento no pasó de donde se decía que debía llegar. Desde un punto de vista práctico, ¿quién y cómo decide el límite del empoderamiento y cómo se distingue de la mera manipulación?
7. *Trabajo intersectorial, a fin de resolver de la mejor manera las múltiples necesidades de los usuarios y sus familias. Equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios*. ¿Qué tan práctico puede ser el punto siete? Ni siquiera existe una definición de lo que es un equipo comunitario interdisciplinario, cuanto más de uno transdisciplinario. Aún no se posee ni está afinada la herramienta que se supone se debe usar, todavía está en etapa de diseño y ya se la quiere poner a trabajar. Por otra parte, para resolver de la mejor manera las múltiples necesidades de los usuarios y sus familias, se pueden concebir muchas respuestas diferentes, dependiendo de las circunstancias y los recursos, sólo cuenta que sean modos eficientes y eficaces.
8. *Las intervenciones no deben apuntar específicamente a la curación sino a la rehabilitación. Esto implica que se definen en función de su fin más que de su forma, lo que explica porque se describía el modelo como no reduccionista*. El punto ocho, ¿qué tiene de práctico? ¿Por qué, pudiendo, las intervenciones no deben apuntar específicamente a la curación sino a la rehabilitación, terreno en el que tanto se improvisa, como dice Desviat, y respecto del cual hay que ser muy flexibles? ¿Por qué no se debe primariamente curar, dejando que cada cual haga con su vida lo que quiera? ¿No es eso lo que realmente solicitan los pacientes? En todo caso, todas ellas son dimensiones legítimas de la medicina, pero hacer entrar en conflicto el curar con el prevenir o el cuidar no nos parece nada práctico.

LOS RIESGOS DE LA PURA PRAXIS

La verdad es que no se puede tener una praxis en la medicina si no se tiene previamente un fundamento racional, porque en ella la práctica genera muchas preguntas, que para no ir a la deriva no se pueden responder sin una propuesta teórica que haga posible la comunicación, el contraste de experiencias y la evaluación de las mismas¹¹.

¹¹ La psiquiatría comunitaria tiene notables e incomprensibles dificultades en la generación de su propia información, según lo ha denunciado un destacado adalid de esa corriente. Por eso, dudamos que a partir de su praxis puedan emerger nuevos relatos, como dice Madariaga, ni mucho menos los fundamentos para paradigmas emergentes. (Ver: Sepúlveda, R. *Reflexiones sobre la reforma psiquiátrica chilena y la necesidad de un sistema de información pertinente*. Rev. Psiquiatría y Salud Mental. 2006, Vol. XXIII, N° 1-2. Para un análisis de este asunto: Villarino, H. *Discusión sobre los problemas de información en la psiquiatría comunitaria*. Rev. de Psiquiatría y Salud Mental. 2006, Vol. XXIII N° 3-4.)

Pareciera que ni la psiquiatría comunitaria ni ninguna estrategia sanitaria pueden decir: carezco de un modelo científico o racional, no sé si los mosquitos producen o no epidemias, en todo caso ése no es mi asunto, lo que yo ofrezco es un modelo práctico, político, para organizar y administrar los múltiples recursos existentes en la comunidad, porque esto constituye una formidable torsión y recursividad del poder sobre sí mismo. A esa práctica o política, tan generosamente ofrecida, ¿qué instancia objetiva y racional la inspira y la controla? ¿De acuerdo con qué parámetros se sabe si es buena o mala, si se ajusta o no a ciertas expectativas, si cumple o no determinados objetivos? Bien se ve que lo que prima en *“los más tenaces defensores de la psiquiatría comunitaria”*, como se dice en una cita anterior, es la nuda voluntad de administrar y organizar los recursos de la comunidad, y desde esa perspectiva parecieran no ser imprescindibles ni la ciencia ni la teoría.

Pero al fin de cuentas, vaya y pase, lo realmente problemático son las consecuencias que se pueden sacar. Que la praxis valide a la praxis por ser praxis, sin contrastarla con nada sino consigo misma, indica que, *mutatis mutandis*, cualquier praxis, y por los mismos motivos, puede y debe ser validada. Con un ejemplo extremo, pero lamentablemente lícito, que empleamos por la claridad que aporta y no porque homologuemos las diversas prácticas, los nacional-socialistas podrían ahora decir lo siguiente:

“Es indiferente nuestra apelación científica a la superioridad de las razas y cosas por el estilo, eso es parte del pasado, ya no creemos en esas anti-guallas, pero eso no invalida nuestro movimiento ni nuestras metas. A fin de cuentas somos un modelo político para la organización de los recursos existentes en el contorno, que convoca a miles o millones alrededor de un ideal, da respuesta a sus aspiraciones con una amplia y diversa batería de recursos y realiza los anhelos de muchas personas, es decir, es un modelo práctico, y sabemos que esto es suficiente para estar justificados, porque de la praxis nacen las nuevas tradiciones y se origina todo sostén.”

Y donde dice nacional-socialismo se puede poner lo que uno más quiere o más odia, y todo queda igualmente legitimado. La reivindicación de la pura praxis consagra esa torsión y recursividad del poder que mencionamos más atrás, en virtud de lo cual lo único que legitima al poder es el poder mismo.

UNA OBJECCIÓN POSIBLE A NUESTRA ARGUMENTACIÓN

Sospecho que más de algún lector eventual podría formularnos la siguiente objeción:

“Los argumentos esgrimidos hasta aquí frente al modelo biopsicosocial o la praxis comunitaria son muy conocidos, es el típico discurso tecnocrático o científicista, que por lo demás constituye una degeneración de la verdadera ciencia. En realidad ninguna ciencia es capaz de decidir respecto de nada práctico. La ciencia dice cómo son las cosas, no como deben ser, y ni el modelo biopsicosocial, ni ningún otro modelo, científico o no, puede decirnos lo que debemos hacer, de modo que es indiferente apelar a él o a otro.”

En efecto, a juicio de Jaspers¹², el hombre nunca puede fundamentar su praxis en la Ciencia. En primer lugar, porque la Ciencia no existe, lo que hay son ciencias, y cada una apunta a un objeto distinto de estudio, es decir, cada ciencia sabe algo, ninguna lo sabe todo, y eso mismo que sabe se modifica con el tiempo y la investigación. La ciencia ni siquiera sabe lo que es la ciencia, no hay ninguna ciencia de la ciencia, para entenderla se requiere de la filosofía. De modo que si lo que conoce a la ciencia es la filosofía, ¿cómo la ciencia podría informarnos de todo si ni siquiera puede informarnos de sí misma? La situación del hombre en el mundo es tal, que nunca puede tener realmente conocidos todos los antecedentes que justificarían con certeza su praxis. Pero, además, tampoco tiene nunca una certidumbre científica de cuáles van a ser los resultados de sus decisiones, a la postre siempre comparece lo imprevisto y lo incalculable.

Pero si las ciencias no proveen de ningún absoluto conocido a partir del cual fundamentar nuestro que-hacer absolutamente, entonces, ¿las ciencias no sirven para nada, como dice nuestro imaginario interlocutor? Para Jaspers, si bien la ciencia no nos puede indicar qué hacer, si puede ayudarnos a decidir cómo hacer y cómo no hacer aquello que decidimos. La ciencia también es una decisión nuestra, no en sus resultados, desde luego, sino en el hecho de emprenderla y aceptarla. Por mucho que tire la piedra desde el quinto piso nunca va a salir volando, y esa regularidad conocida nos sirve para actuar, aunque no estemos obligados a tirar

¹²Jaspers K. *Filosofía, t. II*. Revista de Occidente. Madrid, España, 1958.

piedras desde el quinto piso. Desconocer la ciencia en nuestra praxis es una manera de aprobar la propia ceguera voluntaria, la pasión de la noche y la embriaguez, dice Jaspers, de modo que lo que se pueda saber debe saberse. El saber, finito y falible, que siempre envejece y se renueva, debe entrar en la consideración de nuestra praxis, que es reverdecida y transformada por él. Y aquí no hay ningún cientificismo, o por lo menos así nos lo parece.

LA ALTERNATIVA AL MODELO PRÁCTICO COMUNITARIO

Un modelo práctico, en medicina, es una guía concreta para la acción, aquí y ahora, porque hay acreditadas evidencias racionales de que es eficaz, nada de lo cual se puede decir del programa práctico descrito más atrás.

“Múltiples experiencias de trabajo en el mundo entero dan cuenta de este avanzar desde el modelo clínico hacia otro basado en la comunidad. Se trata de multiformes prácticas en salud mental, desde las que están precisamente emergiendo los nuevos relatos, los fundamentos de los paradigmas emergentes”¹³.

La variedad de relatos y paradigmas emergentes no bien contrastados, vagos, imprecisos, confusos y multiformes a que conducen aquellas recomendaciones prácticas, fue justamente lo que nos movió, en su día, a preguntarnos si el problema no estaría en el fondo en su fundamento teórico.

A nuestro juicio, en la psiquiatría hay muchos cuadros distintos, con orígenes, cursos clínicos, consecuencias, etc., también muy diversos, y hay respuestas que exigen distintos niveles de jerarquía y especialización, de modo que no puede haber un modelo único ni una forma única de organizar la atención, hay que responder según el mérito de cada caso, incluso, ¿por qué no?, con algunas ideas comunitarias en determinadas esferas limitadas. Pero la psiquiatría comunitaria ha afirmado que la práctica elegida, multiforme en su conjunto aunque específica en cada lugar, realmente no era elegida, se organizaba así por razones estrictamente científicas dictadas por el modelo biopsicosocial.

Pues bien, nos propusimos demostrar que el modelo biopsicosocial no existía ni podía existir, de modo que lo supuestamente montado sobre él en realidad no tenía ningún fundamento, así es que sus razones,

las de la psiquiatría comunitaria, eran en realidad discrecionales, lo que confirman los diversos testimonios citados en este artículo. Pero liberados de la traba del modelo biopsicosocial se podía entonces pensar que la organización de la asistencia fuera verdaderamente práctica, es decir, prudencial, adaptada a la realidad, a la realidad de los pacientes, del estado del arte y de los recursos, y no una perpetua improvisación disfrazada de búsqueda, que no sabe bien lo que quiere ni lo que puede. Pero, obviamente, nuestro trabajo no fue entendido así, seguramente por nuestras propias limitaciones de expresión.

La praxis prudencial de la psiquiatría, a nuestro juicio, debe estar inspirada por la misma psiquiatría, constantemente involucrada en la discusión racional y en la dilucidación de sus propios fundamentos. La base de la atención psiquiátrica deriva de la reflexión psiquiátrica, de sus corrientes y escuelas, de sus debates e investigaciones, del saber del pasado y de la actualidad. ¿Y cómo podría ser de otra manera? En ningún caso puede ser el fruto de una búsqueda ciega o estar basada en un modelo inexistente, si es que no queremos lamentar las consecuencias del nihilismo y el practicismo, las dos caras de la misma moneda, que describe la siguiente cita:

“Debemos reconocer la ausencia de definiciones universalmente aceptadas; más lejos estamos aún del consenso si nuestra aspiración es aglutinar detrás de las propuestas conceptuales una perspectiva teórica, metódica y metodológica coherente y armónica, es decir, una aproximación modélica desde las ciencias”¹⁴.

Si algún lector ha tenido la paciencia de seguirnos hasta aquí, lo invitamos, formalmente, a que revise la bibliografía de los artículos publicados en esta revista desde su aparición, o de otras revistas de nuestro medio y del mundo. Verá que allí todavía se cita a Cotard, Pínel, Falret, Ballairger, Moreau de Tours, Magnan, Esquirol, Morel, Legrand du Salle, Delasiauve, Capgrás, Kraepelin, etc., todos del siglo XIX; pero, también, a Freud, Jung, Bleuler, Jaspers, Conrad, Schneider, Minkowski, Janet, Zutt, Wernicke, Binswanger, Frankl, Roa, Delgado, López-Ibor, etc., todos del siglo XX. Y conste que ninguno de ellos pensaba lo mismo; al contrario, animaban un fructífero e interminable debate sobre cada cosa y sobre todas las cosas. Pero los términos que usamos, las ideas con que trabajamos, los conceptos que

¹³C. Madariaga. *art. cit.*

¹⁴C. Madariaga. *art. cit.*

empleamos los crearon ellos, y la psiquiatría del presente necesita conocerlos, o por lo menos así pareciera deducirse de que todavía se los siga citando. Lo animamos ahora a que revise cuantos psiquiatras comunitarios aparecen citados, y que compare si el peso de la productividad, creación y pensamiento en la psiquiatría recae sobre unos o sobre otros. Después de ese escrutinio, ¿no resultará evidente que también los psiquiatras del pasado tienen algo de autoridad, y digo autoridad, no poder, para decir lo que la psiquiatría es, cuál es su meta y cuál su praxis conveniente?

Al fin de cuentas, ¿cuáles son los psiquiatras “custodiales” en concreto? ¿Cuáles son las doctrinas “custodiales”? Quizá se podrá citar algún necio, pero necesidades y prácticas deformadas hay siempre y en todos lados. Por ejemplo, los psiquiatras soviéticos, que con el diagnóstico de esquizofrenia latente encerraban,

marginaban y estigmatizaban a los disidentes políticos, y los sometían a toda suerte de tratamientos indignos para doblegar su voluntad. ¿Pero quién estudia hoy sus antojadizos conceptos y clasificaciones? Una de dos, o la herencia del pasado, lo que aún permanece vivo, realmente está envenenada y debemos descargarnos de ella radicalmente, o la descalificación de la historia de la psiquiatría hecha por los psiquiatras comunitarios, que prometen un nuevo comienzo, es falsa y/o exagerada.

El psiquiatra quiere aprender y practicar lo suyo, igual que el cirujano quiere aprender a operar una apendicitis o un cáncer de pulmón, aunque para eso deba estudiar a Dupuytren, del siglo XIX, o a Ambroise Paré, del XV, y ninguno de los dos quiere que durante cincuenta años le repitan las mismas generalidades vacías, equívocas o de sentido común, porque eso no tiene nada de científico ni de práctico.

MAURIZIO STUPIGGIA Y LA PSICOTERAPIA BIOSISTÉMICA

(Rev GPU 2009; 5; 4: 440-445)



MAURIZIO STUPIGGIA

Maurizio Stupiggia, psicólogo, psicoterapeuta, Professor Assistant en la West Deutsche Akademie di Dusseldorf, Docente a contratto di Pedagogia Speciale all'Università di Genova, Facoltà di Medicina e Chirurgia y co-autor con Jerome Liss, de *La terapia biosistémica*, Franco Angeli, Milano 1994 y en 2008 *Il corpo violato: Un approccio psicocorporeo al trauma dell'abuso*. Es el director de Escuela de Biosistémica de Bologna, Italia. La Psicoterapia biosistémica se origina a partir de las investigaciones del psicoterapeuta americano Jerome Liss: el enfoque terapéutico está influido por Henri Laborit (*neurofisiología de las emociones*), Ronald Laing (*psiquiatría fenomenológica*) y David Boadella (*modelo embriológico*). Se formó así un grupo de estudio, trabajo e investigación, el que ha tenido como elemento de interés fundamental las emociones como un núcleo complejo "psico-corpóreo". La Sociedad Italiana de biosistémica se constituye oficialmente en 1986, aunque antes de eso un grupo de psicoterapeutas de muy diversos lugares (Francia, Suiza, Bélgica) y otros italianos que trabajan en las Universidades de Roma, Génova y Bologna, se habían reunido en torno a las teorías y la investigación de Jerome Liss. Hoy ya hay sedes de la Escuela de biosistémica por toda Italia: Roma, Firenze (Prato) Bologna, Teramo, Reggio Emilia, Livorno, Valmontone, Salerno, Potenza, Milano. En Sudamérica se ha fundado una en Brasil, Natal, y en Japón hay grupos trabajando en investigación.

Gaceta de Psiquiatría Universitaria (GPU): *Pareciera que la biosistémica es un modelo psicoterapéutico que integra no sólo las teorías del cuerpo (movimientos y gestos), de la mente (sincronización, ritmo, coordinación, empatía), de la sistémica (sistemas de comunicación de Bateson y sistemas de Bertalanfy) sino también formas de intervención terapéutica que se han desarrollado al alero de estos modelos. Hay algo de Gestalt en el darse cuenta de la conciencia implícita y la intensificación de las emociones; algo de psicoanálisis en la verbalización de las emociones; algo de psicoanálisis intersubjetivo en el análisis de secuencias motoras; algo de sistémica en el crear metaniveles; algo de fenomenología de la conciencia vaga. Se trata de un proyecto teóricamente ambicioso, aunque traducido a técnicas precisas. ¿Te parece necesario que los terapeutas biosistémicos deban reconocer la teoría que está detrás?*

Maurizio Stupiggia (MS): Creo que ésta sería una idea un tanto compleja del modelo biosistémico y la complejidad es crucial en esta manera de hacer terapia, pues un paciente es más complejo que cualquier teoría. Esto parece abrir hacia una cierta idea de la autonomía entre técnica y teoría. El hecho que la teoría integre modelos afirma la preeminencia de la clínica y declara que ninguna persona es posible de reducir a un constructo teórico: por eso la terapia se transforma en un proceso de construcción que no tiene protocolos predefinidos, que no anticipa sino que gestiona constantemente procesos, que se rinde frente al núcleo de incomunicabilidad e incognocibilidad del otro. En este sentido es válida la lección fenomenológica de Ronald Laing, la que ahora está sustentada por la investigación neurofisiológica de Gerard Edelman: no podemos esperar conocer totalmente al otro, sino sólo podemos estar con él, construir una relación de máxima intimidad (clínicamente hablando) posible. El *Mit-sein* precede y funda el *So-sein*. Utilizando una metáfora, se puede decir que la terapia es un viaje exploratorio que se hace entre dos, con una serie de mapas que orientan el camino, que no corresponden nunca al territorio, pero que son necesarios para la decisión de los pasos a seguir. Parafraseando a Wittgenstein, la teoría se transforma así en una *caja de herramientas*, indispensable compañía de viaje o proyecto. Me doy cuenta que todo esto le da a la terapia un halo de incertidumbre e imprevisión, pero es justamente esto, si me permiten la broma, lo que distingue el viaje del turismo.

GPU: *Para todo enfoque psicoterapéutico las definiciones de cuerpo, mente, otros, definen su postura en temas comunes. ¿Qué son para la biosistémica?*

MS: Esta pregunta tiene como respuesta todo el corpus teórico de la biosistémica. Para simplificar y poder

afirmar algo sensato, puedo decir que cuerpo, mente y otros son subsistemas de un sistema más complejo, el individuo-en-relación, que al mismo tiempo es subsistema de relaciones verdaderas y propias, desde las más simples, como la pareja, a las más complejas como la comunidad y la nación. Estos subsistemas son parcialmente autónomos y constantemente interconectados, en una relación de reciprocidad y alteridad. Esta idea tiene por lo menos tres importantes consecuencias: la primera es que cada subsistema (por ejemplo, el cuerpo, la mente, etc.), siendo parcialmente autónomos, necesitan de su propio mapa teórico, o sea de una "ontología regional" para ser observado y descrito. De ahí la importancia de las varias disciplinas y de su especialización. Es por esto que el terapeuta biosistémico tiene que saber de fisiología y neurofisiología. La segunda es que puedo partir de cualquier subsistema para producir un cambio en el metasistema: el terapeuta puede elegir el nivel desde el cual partir y no tiene que seguir un protocolo determinativo. La biosistémica se halla en este sentido muy cerca a las epistemologías que fundan la moderna meteorología. La tercera, y tal vez más relevante, es que cada subsistema, estando conectado con los otros, reacciona de manera retroactiva en el resto del sistema, ya sea positivamente o negativamente; esto conlleva al hecho que para producir un real y duradero cambio se necesita que participe la mayor cantidad de subsistemas, así se impide que las retroacciones lleven de vuelta el sistema al equilibrio inicial, y hacer que la *perturbación* de un subsistema se transforme en verdadero y propio cambio de estación.

GPU: *¿Cómo entiende la biosistémica la psicopatología y las enfermedades del cuerpo? ¿Piensan en un continuo?*

MS: Mente y cuerpo son sistemas interconectados y aunque parcialmente, autónomos; esto quiere decir que a veces son un continuo y a veces están escindidos, especialmente cuando uno de los sistemas ha estado forzado crónicamente por subsistemas propios. Me explico. Sabemos que la inhibición comportamental genera ansiedad y/o depresión (Laborit, Sapolski, etc.) asociada a secreciones de hormonas de estrés. Mientras este malestar es leve podemos ayudar interviniendo la desinhibición, ayudando a la persona a expresar emociones, comportamientos y movimientos, restableciendo así también un equilibrio hormonal. Pero cuando la inhibición es antigua y crónica, el nivel hormonal disfuncional es elevadísimo y reacciona como retroacción (*feedback*) negativo sobre cada intento de desinhibición expresiva. La persona percibirá como enormemente cansador e inútil cada intento de hacer alguna cosa: su cuerpo se ha transformado en algo realmente pesado,

con la respiración casi ausente, puede comenzar aquí una patología hecha y derecha.

GPU: ¿A qué le llaman empatía corporal?

MS: En biosistémica el término empatía, además de la capacidad de imbuirse en otra persona hasta recoger los pensamientos y los estados de ánimo, asume un significado más extenso que incluye también la dimensión de la corporalidad. La empatía, de hecho, se entiende como el constante trabajo de búsqueda y de adaptación de las propias experiencias al material que el paciente ofrece, a nivel cognitivo, emotivo y corporal. Respecto al primero, creamos espontáneamente una imagen que *representa aquello que* el paciente nos relata; en el segundo nos imbuimos en la emoción del otro y finalmente, en relación al tercero, reflejamos la postura, la expresión no verbal, el tono y el ritmo de la voz del otro. En relación a este último punto, que favorece la empatía corporal, debemos remitirnos a las investigaciones de Daniel Stern sobre la relación madre-niño, para comprender qué sucede a nivel de comunicación implícita/corporal entre dos personas, en cualquier etapa del desarrollo. Stern nos describe minuciosamente, en su trabajo sobre las relaciones precoces, el fenómeno de la “sintonización” (“*attunement*”) corporal en el nivel del ritmo, forma e intensidad. Sin esta “sintonización” el niño puede transformarse en las relaciones interpersonales, inhibido (predominio del parasimpático), o agresivo (predominio del simpático), privado de la capacidad de “espejamiento espontáneo” de los gestos de los otros. Entonces en el incesante proceso de adaptación recíproca entre madre e hijo, en la búsqueda constante de la sintonización de uno con otro, está la base de la futura capacidad de comunicar y de estar en relación. Sabemos, eso sí, siguiendo a Tronick, que la experiencia de la regulación interactiva no se realiza sólo a través de momentos de encuentro feliz o de correspondencias (*matching*), sino también a través de momentos de reparación (*mismatching repair*) sucesivos a las inevitables ocasiones de ruptura relacional (*mismatching*): la interacción se compone entonces de fases de regulación continua, es la trama continua de una historia siempre abierta. Las investigaciones de Stern y Tronick son para nosotros importantes, porque constituyen la base explicativa de un modelo que describe lo que ocurre, también entre adultos, a nivel de comunicación corporal, y en consecuencia, entre paciente y terapeuta. Eso quiere decir que en biosistémica, estar en empatía no es tanto un estado fijado de una vez por todas, sino un continuo proceso hecho de una serie de tentativas, errores y correcciones de rupturas que demuestran cómo ésta es una continua y nunca terminada actividad.

GPU: *La conexión del cerebro de Mac Lean (tronco: simpático, parasimpático; límbico: emociones y frontal: lenguaje) parece ser un objetivo explícito de la biosistémica. Esto corresponde al objetivo de cualquier forma de terapia. ¿Qué diferencia hace la biosistémica ya sea individual o grupal?*

MS: Efectivamente, el objetivo es común en las terapias, pero el medio es distinto. La biosistémica utiliza activamente el cuerpo: ahí está la diferencia. En los últimos años se ha venido afirmando una concesión de la emoción (Damasio, Siegel, Cozolino, etc.) que desde muchos aspectos concuerda con el modelo biosistémico: la emoción es vista como un fenómeno global, aún más vasto y complejo que el pensamiento, que involucra a gran parte de los centros cerebrales y el cuerpo. Si concordamos sobre el hecho que las emociones son el lugar del malestar y al mismo tiempo la vía de la transformación, entonces nos damos cuenta que tenemos que ocuparnos del cuerpo. Damasio dice que la emoción es una suerte de proyección cortical de los estados corporales; Siegel y Cozolino ponen en evidencia el aspecto relacional de cada emoción, también a nivel cerebral; Edelman describe el impacto positivo que los ganglios basales (conectados al movimiento) tienen en las funciones corticales, a través de las proyecciones en el tálamo. Estos son sólo algunos de los resultados de las investigaciones neurofisiológicas, que iluminan el papel crucial de las sensaciones y de los movimientos del cuerpo y confirman lo que el terapeuta biosistémico observa cotidianamente en su práctica clínica: la rapidez y la profundidad de su intervención, cuando involucra el cuerpo de la persona. Cada terapeuta puede así darse cuenta de la validez de los conceptos clave para el trabajo: memoria corporal, representaciones motoras, texto cinético, y otros conceptos, que sólo en los últimos años están obteniendo estatuto de validación epistemológica.

GPU: *¿Como logran la sincronización en la sesión de terapia? ¿Copian el cuerpo, los gestos? ¿Tiene algo que ver con las neuronas espejo y la toma de conciencia motora?*

MS: Es muy difícil responder brevemente a esta pregunta, porque alrededor de ella gira la mayor parte de las ideas de la biosistémica. Pero quiero explicar por lo menos una cosa, la técnica del gesto-clave, que en ciertos aspectos recuerda el modo de la Gestalt de ayudar al paciente a expresarse y a crear nuevas experiencias e implica también funciones exploratorias del pasado. La técnica del “gesto clave” va en esta dirección: retoma la historia interrumpida del cuerpo y completa la trama, buscando un final distinto respecto a lo ya escrito. Si pensamos en la descripción que Levine le dio al trauma,

“una incompleta respuesta biológica”, y recordamos que la persona traumatizada se encuentra en un estado de tensión crónica, debido a una acción iniciada pero nunca completada, podemos agregar a su manifestación una serie de acciones y esquemas motores que se “inician” constantemente sin nunca terminar. Son los intentos fisiológicos de respuesta al trauma que quedan atrapados en el terror de la amenaza. Ejemplificando, hipotetizamos que la persona traumatizada comienza conscientemente a producir respuestas motoras al evento amenazante, aunque después, sobrepasada, haga una desconexión de la conciencia (hipocampo y corteza), pero continúe produciendo fragmentos de acciones que no van a terminar nunca y que se almacenan en núcleos cerebrales profundos y llegan a ser entonces inconscientes. Es en el fondo el intento de hacer el recorrido del proceso traumático: evidenciar el gesto permite a la conciencia y la atención vigilante entrar otra vez en el juego; repetir sabiéndolo y voluntariamente un movimiento así reposiciona las conexiones de los centros cerebrales superiores (corteza e hipocampo) con aquellos profundos (núcleo caudal y putamen); intensificar la acción ayuda a reconectarse con el nivel de activación presente al momento del trauma (memoria estado-dependiente); y seguir el libre desarrollo de los gestos contribuye a encontrar la cornisa motora interrumpida y a construir una nueva trama narrativa. Es además interesante hacer notar que la palabra “trama” contiene en sí misma la idea del desarrollo de una historia, y al mismo tiempo el sentido de reconstrucción y reparación de un tejido.

Esquematisando, los pasos prácticos serían:

- evidenciar el gesto
- reflejar al paciente
- hacer repetir
- intensificar y/o amplificar
- dejar que lo desarrolle y transforme

Vamos a comentar estos pasos. El primero, por ejemplo, no es siempre muy claro: ¿por qué evidenciar un gesto y no otro? ¿Qué cosa nos hace decidir? Después de años de trabajo clínico puedo decir que hace falta referirse al principio de emergencia, según el cual cuando algo es significativo emerge desde el trasfondo y se posiciona en un continuum de base. A veces, ciertos gestos no son disonantes con el contexto, pero trasladan el eje del discurso: una persona, por ejemplo, está hablando de algo y de forma imprevista mete una mano en una parte del cuerpo, sin darse cuenta, como para indicar algo a lo que sus palabras aluden. Esto es un gesto-clave. El segundo paso es simple pero

extremadamente importante. Representa el sentido de “hacer juntos las cosas”, que el terapeuta propone y que disminuye el eventual sentido del ridículo que una persona puede tener. Es entonces un primer paso en el que el paciente se coloca como observador de sí mismo; es entonces el inicio de la activación de la conciencia observadora y conociente. El tercer paso nos conduce directamente al corazón del trabajo; aquí se necesita cuidar que la persona no interrumpa la repetición del gesto, de lo contrario no se activan las áreas cerebrales profundas y se arriesga al quedarse en una técnica que no despierta nada. Es importante que el terapeuta acompañe al paciente, reflejando parcialmente el movimiento o el sonido conectado. El cuarto paso es el más delicado porque va a pescar directamente en el archivo de la memoria, y puede desencadenar emociones y reacciones fuertes y sorprendentes. Es necesario, aquí, que el terapeuta acompañe al paciente quedándose siempre un poco más abajo él en la fuerza, el ritmo y la intensidad. El quinto y último paso es el más creativo, porque es totalmente imprevisible; no sabemos qué nueva trama se desarrollará y será por lo tanto necesario poner atención a los micro-gestos que van a ir en direcciones diversas del movimiento y que abren por lo tanto nuevos horizontes de sentido.

GPU: *¿Qué diferencia hay entre la biosistémica y las técnicas de la gestalt cuando se usa ampliar un gesto, un movimiento para tomar conciencia de esto?*

MS: La gran intuición de la Gestalt es lo crucial que es la *experiencia* en terapia. Lo más importante es aquello que ocurre aquí y ahora, incluso la palabra no es un suceso vacío, no de narración infinita e indeterminada. Esta es la herencia de la Gestalt; nosotros buscamos proseguir con esta idea radicalizándola, introduciendo el cuerpo en toda su dimensión sensorial, energética y relacional. Por otra parte, la base de cualquier experiencia es el cuerpo, y por lo tanto, como la Gestalt, damos atención al gesto, al movimiento espontáneo de la persona, y buscamos relacionarlo con la conciencia simbólica. A diferencia de la Gestalt, esta conexión con lo simbólico es sólo el último paso de un largo proceso de exploración de niveles que anteceden el simbólico: la sensorialidad, las conexiones entre los segmentos del cuerpo, las conexiones visceromotorias, los fragmentos imaginativos y todo eso que constituye aquello que definimos como “el cuerpo vivido”, en el sentido pleno y originario de la fenomenología. Esto nos permite entrar profundamente en el registro pre-verbal y fundar sucesivamente el nivel simbólico. Nosotros trabajamos aquello que llamamos “esquemas sentido-afectivo-motores”: Piaget ha estudiado detalladamente el pa-

saje evolutivo que lleva al niño a adquirir el lenguaje y los esquemas básicos de pensamiento y ha llamado *esquemas sentido-motores* a esas estructuras infantiles que organizan la experiencia y crean un puente entre el territorio corpóreo-comportamental y la naciente estructura adaptativo-lingüística. Piaget habla justamente de *inteligencia sentido-motora*, y así establece un puente entre la actividad morfogénica del organismo y el pensamiento verdadero y propio, pero focaliza su atención en el contexto de la percepción de los objetos físicos y del desarrollo de las capacidades adaptativas y operatorias; no incluye las dimensiones del afecto y la emoción. En la huella de Piaget nosotros reconocemos la fundamental importancia del momento corporal (en la acepción del sensorio y del motor) en la construcción de lo mental, pero, además, vemos cómo es imposible prescindir en ese estadio de la dimensión afectiva, en el cuadro evolutivo de la primera infancia. Una parte de la búsqueda clínica, aprovechando la ventaja de algunas innovaciones tecnológicas, ha concentrado su atención en los *microcomportamientos corporales* que se desarrollarán en el interior de las relaciones primarias, pero que después sobreviven por todo el arco de la vida, bajo la forma de una relación implícita. Son esos modos de usar el cuerpo que se repiten y se consolidan en la interacción los que crean una atmósfera subjetiva, la relación implícita modela la experiencia afectiva y da el sentido de cercanía y lejanía de las personas: representa una forma de saber tácito y no discursivo. Llamamos a tales estructuras esquemas afectivo-motores, o, para evidenciar mejor su derivación piagetiana, esquemas sentido-afectivos-motores.

GPU: *¿La “palabra que acoge” es acaso hacer uso de las palabras frecuentes del paciente para expresar su mundo? Esto era algo que usaba Carl Rogers. ¿Cómo lo diferencian de la biosistémica?*

MS: La cercanía con el modo humanista de Rogers es evidente, pero como en el caso de la empatía nosotros buscamos no limitarnos a la comprensión simbólica y existencial del otro, sino que reflejamos la postura, la expresión no verbal, el tono y el ritmo de voz del otro. La empatía se transforma en algo corporal. Análogamente nosotros buscamos utilizar las palabras del paciente y de espejear el sentido, aunque hablamos de “palabra orgánica” para mostrar nuestra intención de comprender fenomenológicamente la palabra como un lugar de acumulación de una experiencia vivencial global. Existen palabras susurrantes, otras que arañan, explosivas o implosivas, viscerales, musculares o lúcidamente mentales; hay modos de hablar que tienden a ser subidos, otros que se alejan; otros que repliegan

el cuerpo en sí mismo, modos infinitos. Comprender y acoger la palabra del otro significa para nosotros sintonizarnos en todos estos niveles, donde el semántico-simbólico es sólo uno de tantos. También aquí, como antes en la Gestalt, el cuerpo hace la diferencia.

GPU: *Cuando usan los conceptos del Infant Research para explicar los fenómenos en la comunicación paciente-terapeuta, lo hacen como los psicoanalistas relacionales que trabajan con la sintonía, sincronía, colaboración, emergencia de estados de conciencia mutuos ¿cuál sería la diferencia con la biosistémica?*

MS: La diferencia está en la libertad de utilizar el cuerpo. Nosotros utilizamos los descubrimientos del Infant Research para observar los fenómenos de autorregulación y de regulación interactiva, aunque vamos más allá. Basándonos sobre estos modelos nosotros intervenimos tanto en el paciente como en el terapeuta para crear una regulación interactiva diferente. Un ejemplo: En un setting *vis a vis* algunas pacientes abusadas están casi inmóviles y con la mirada fija constantemente sobre el terapeuta. Su cuerpo está totalmente expuesto, inerme de frente al otro, y con la mirada intentan controlar. A menudo el terapeuta desarrolla un sentimiento de agitación, que se transforma a su vez en fuente de amenaza para la paciente. Esto puede gatillar una espiral que lleva a la distonía relacional. En este punto el terapeuta puede, a sabiendas de esto, escoger algún camino: puede incrementar la propia autorregulación (desenganchándose de la mirada de la paciente, tocarse para buscar confort, o dar más atención a los propios pensamientos personales, etc.) y esto puede disminuir sensiblemente el sentido de alarma de la paciente; o también puede pedirle a la paciente que busque un modo de estar allí sentada que la haga estar mejor. Recuerdo que un día, después de 6 meses de terapia que no se desbloqueaba, propuse al paciente esta posibilidad y él, después de un momento de excitación, me dijo que habría querido que yo me girara hacia la ventana de manera que él me pudiera ver sin ser visto. Lo contrario de la situación psicoanalítica. Fui muy resistente en aceptar el pedido pues me parecía manipulador, pero finalmente lo hice: con gran sorpresa la terapia empezó a funcionar justo desde ese momento y el paciente confidenció un profundo sentido de alivio y comenzó a contar cosas muy problemáticas e íntimas de su vida.

GPU: *Tiene escrito un libro “El Cuerpo violado” (Il corpo violato). Sabemos que un cuerpo abusado es un cuerpo traumatizado del que parece difícil escapar. En el libro hay descrito un protocolo biosistémico a través del cual*

la paciente evoca los momentos traumáticos y los elabora en grupo. ¿Cómo es esta experiencia y cómo hacen el seguimiento?

MS: He escrito este libro, porque me di cuenta a lo largo de los años que los métodos exclusivamente verbales no lograban nunca plenamente el objetivo y que los métodos psicocorpóreos tradicionales tienen el riesgo de retraumatizar la persona. He descubierto que estos casos tienen una especificidad particular y he puesto una serie de prohibiciones y una lista de condiciones necesarias para el tratamiento. Una lista de "qué hacer" y "qué no hacer". Y, sobre todo, he verificado una serie de técnicas necesarias para llegar al núcleo del trauma sin desorganizar al paciente, pero también sin quedarse en la periferia del núcleo traumático. Después que salió el libro mucha gente me pidió terapia, sobre todo personas que ya habían hecho una y esto me hizo confirmar mis ideas, una vez escuchadas sus experiencias.

GPU: *¿Le parece pertinente hacer investigación en biosistémica, cómo la pensaría?*

MS: Esto es un punto débil de la cuestión en el sentido que este modelo es aún muy joven para tener en sus espaldas un cuerpo de investigación robusto. Algo se ha comenzado a hacer; por ejemplo, estamos experimentando con los colegas de la Università di Genova algunos parámetros de observación de los intercambios relacionales que ocurren en los primeros 15 minutos después del parto, entre todos los protagonistas del evento. Todo esto a través del registro de videos y la lectura micro-analítica de las filmaciones. Las grillas de observación que hemos usado nos permiten evaluar el

tipo de comunicación, sobre todo la del cuerpo y de trabajar con estos materiales con los equipos de trabajo, que de este modo tienen la oportunidad de acrecentar la capacidad de intervención. La biosistémica es en este caso la base de la búsqueda de la intervención. El otro aspecto, en cambio, tiene que ver con la propia biosistémica sometida a investigación: aquí tengo que decir que hace más de 20 años que junto a Jerome Liss y otros terapeutas vamos en diferentes congresos presentando filmaciones de sesiones que afirman la teoría y los mapas del modelo que son nuestro modo de entender la validación de eventos siempre únicos e irrepetibles.

GPU: *La terapia biosistémica funciona con niños, adultos, parejas y grupos ¿Le parece que se pueda usar también con familias las que ya tienen sus reglas cotidianas establecidas?*

MS: Efectivamente, las familias están acostumbradas a realizar sus límites con palabras y conductas. Observar la comunicación cuerpo-a-cuerpo en ese silencioso registro cotidiano hecho de ritmos, miradas, gestos, distancias, etc., les ayuda a salir de la repetición estereotipada, les da valor de hacer un "salto sistémico" en un nivel que privilegia la sensación respecto al juicio, y que puede iluminar esquemas arcaicos de contacto y de relación. Abrir este inédito campo relacional familiar permite al terapeuta biosistémico poner en escena verdaderas "esculturas dinámicas", donde los miembros de la familia pueden darse cuenta de eso que hacen y de eso que evitan, y sobre todo, pueden experimentar nuevas "posiciones" y diferentes "inter-acciones" en una suerte de psicodrama a tiempo lento.

PUNTOS DE VISTA I

LOS COMIENZOS DE LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON LA ANOREXIA

(Rev GPU 2009; 5; 4: 446-452)

Vanessa Yankovic¹

El objetivo del siguiente trabajo es exponer a través de algunos pasajes del proceso de psicoterapia de una paciente que se encuentra en los comienzos de su adolescencia, cómo ciertos conflictos subyacentes a la pubertad pueden en ocasiones generar síntomas o cuadros de trastornos alimenticios. Existe una vasta literatura acerca del desarrollo puberal como también de los trastornos de alimentación, pero para fines de este trabajo, aun bajo el peligro de parecer reduccionista, sólo he tomado en cuenta algunos, a favor de una mayor claridad y comprensión de los conflictos propios de este caso, que creo además coinciden con la problemática de muchos adolescentes que llegan a nuestras consultas.

Freud postuló que las principales tareas de la pubertad son: la subordinación de la pregenitalidad a la genitalidad, el establecimiento de nuevos objetos sexuales y la consolidación de la exogamia (Freud, 1905). Todas estas tareas implican dejar atrás formas de funcionamiento infantil para crear y consolidar otras nuevas.

En el primer enunciado, la subordinación de la pregenitalidad a la genitalidad, están implícitos la progresiva complejización de la realidad psíquica a partir de lo somático pulsional y la renuncia al goce pulsional directo (Freud, 1905). Como lo expone Aryan: "Para comprender la pubertad, ésta debe ser pensada a partir de su arraigo en lo real biológico, ya que es una experiencia que desajusta totalmente la organización psíquica de la latencia y lógicamente, y a diferencia del

niño, choca con la barrera del incesto instaurada ya en lo edípico infantil" (Aryan 2003, pág. 8).

El púber sufre primero la ruptura de la dependencia en un vínculo en que se necesita del objeto para que satisfaga tanto las necesidades primarias como para que realice las funciones yoicas (Melzer, 1974, pág. 18/22). Posteriormente buscará el establecimiento de nuevos objetos sexuales y la consolidación de la exogamia.

El desarrollo mental recorrerá necesariamente el siguiente proceso: se parte primero por un estado mental infantil y latente, que se maneja con la convicción, con la certeza, de que los padres unidos lo saben todo, y que basta ser grande para ser como ellos, para tener sus conocimientos. Desilusionado de esta convicción narcisista, se pasa a un estado mental púber, un estado múltiple de confusiones. Finalmente, y si se transita por

¹ Psicóloga, Psicoterapeuta Psicoanalítica ICHPA. Psicóloga de Unidad Trastornos Alimenticios I.M.Schilkut.

el trabajo psíquico del duelo, se llega a un estado mental adulto (Aryan, 1985, pág. 18)

Aberasturi ha señalado que se elaboran tres duelos fundamentales durante la adolescencia: duelo por el cuerpo infantil, duelo por los padres de la infancia y duelo por la identidad y rol infantil (Aberasturi, 1973).

El púber frente a cada una de estas situaciones de pérdida (cuerpo, padres, identidad) reactiva los componentes narcisistas de la personalidad. Se produce una regresión narcisista, como una forma de lucha contra los dolores depresivos, una respuesta defensiva para salvaguardar la autoestima dañada. Defensas que sólo menguarán cuando, al cabo del trabajo del duelo, se logre la resignificación simbólica de la pérdida.

Por otra parte, en la actualidad, nos encontramos en la práctica clínica con un alto número de adolescentes en sus comienzos, que presentan tanto síntomas aislados de trastornos alimenticios como un cuadro propiamente tal.

Y es que si observamos el valor que le da nuestra cultura a la búsqueda y el mantenimiento de la delgadez y nos detenemos a pensar en el proceso por el cual atraviesa el adolescente, con una autoestima vulnerada, intentando defenderse narcisistamente, no nos será extraño encontrar jóvenes usando el control de su peso y su apariencia como una defensa narcisista universal de compensación a la angustia, dolor y vacío que puedan experimentar. Siempre es posible en esta etapa apelar al recurso del perfeccionismo corporal, como una forma de salvaguardar su autoestima y fomentar la sensación de control (Dio Bleichmar, 2000, pág. 2).

Es así como, avalados por nuestra cultura, cuadros como la anorexia, sustentan el frágil narcisismo adolescente, pero creo que también este tipo de cuadros otorga una pseudo-solución a cada uno de los principales duelos que enfrenta el adolescente. La anorexia aparece como una actuación que reniega las pérdidas a las que se ve enfrentado el púber.

Primero, frente al duelo por la pérdida de los padres de la infancia. La transformación de un lazo de apego original a otros, puede, al no lograrse elaborar, tomar las características de un duelo imposible. En la anorexia, se produce una identificación narcisista con el objeto ambivalente (en este caso las pérdidas de las figuras de apego primario), la sombra del objeto cae sobre el yo (Freud, 1917) en realidad sobre el cuerpo y es a éste al cual se maltrata: aborreciéndolo, insultándolo y llevándolo a la desnutrición y en algunos casos hasta la muerte.

Segundo, frente al duelo por el cuerpo infantil. En la adolescencia, la angustia que genera la pérdida del

cuerpo infantil es quizás el aspecto más traumático de la reactivación narcisista durante la segunda elaboración del complejo de Edipo. Además, junto con el duelo de este cuerpo, el púber debe soportar el encuentro con un nuevo cuerpo, dos operaciones que hacen que la experiencia puberal sea extremadamente confusa y caótica (Aryan, 2003, pág. 1). Es así como la anorexia puede aparecer como un mecanismo de renegación ante la pérdida del cuerpo infantil, intentando impedir el desarrollo, forzando a desaparecer los cambios corporales y huyendo de los peligros vivenciados por la nueva fuerza de las pulsiones sexuales, en desmedro de la autoconservación.

Y tercero, frente a la búsqueda de la nueva identidad. La anorexia aparece como un sustento para el narcisismo, le otorga una identidad donde apoyarse y una forma de construirse. Este púber busca en el exterior del cuerpo definir la identidad, una maniobra defensiva posible, ya que tal como lo expone Bleichmar, la superficie del cuerpo contribuye en un porcentaje considerable a la organización de la personalidad (Dio Bleichmar, 2000, pág. 7). Este mecanismo además, nos acerca a comprender por qué esta conducta es sumamente contagiosa entre los adolescentes, que suelen entregarse y compartir información para lograr pesos extremadamente bajos.

Para ejemplificar lo expuesto anteriormente, me interesa mostrarles el caso de una paciente con dg de anorexia restrictiva que se encuentra en los comienzos de su adolescencia.

En la adolescencia temprana los problemas centrales a resolver son el cuerpo biológicamente maduro que va surgiendo y la ruptura de la dependencia infantil. La primera tarea del púber será llenar al vacío ocasionado por el alejamiento de los objetos primarios. En la adolescencia media, la esfera edípica con los deseos eróticos tendrá mayor cabida y serán el centro de su interés y preocupación.

Todo el proceso se ubica en la tensión permanente entre la separación de los objetos parentales y la representación de otros lazos y finalmente de un lazo sexual.

El trabajo que quiero presentarles es el de una paciente que actualmente tiene 14 años y trato hace 1 año y medio aproximadamente. Creo puede servir de ayuda para integrar los conceptos mencionados a la clínica y también para mostrar las dificultades técnicas que aparecen en el tratamiento del adolescente temprano. Para este fin he seleccionado algunas partes de este proceso.

M. Llego a terapia en diciembre de 2007, derivada del psicólogo de su colegio. Con 12 años de edad,

estatura de 1,70 y pesando escasos 38 kilos, mantenía y mantiene todas las características que definen a la belleza femenina en la actualidad. No era difícil imaginársela en la portada de una revista, o en una pasarela. M. estudia en un colegio inglés de Santiago, con muy buen rendimiento.

Cuando M. llegó a tratamiento estaba deprimida, hablaba poco y negaba su activo deseo de no comer, minimizaba sus problemas con el peso y la comida. Sin embargo, cumplía claramente con los criterios de diagnóstico de una anorexia restrictiva. Bajo peso, miedo a engordar, fobias alimentarias, restricción en las comidas, ausencia de menstruación (que había llegado a los 11 años) y distorsión de la imagen corporal, sintiéndose gorda, gruesa, principalmente en el estómago y en las caderas.

Los síntomas depresivos, en su mayoría, eran producto de su estado de desnutrición, se quejaba de no ser ella, de no ser la misma, sin energía ni vitalidad.

Ambos padres destacan por lo fríos y minimizadores de la situación actual. M. es la menor de cuatro hermanos, sus padres se separaron cuando ella cumplió los 12 años, lo que relata como una sorpresa para todos, ya que no había discusiones en su hogar. M. manifiesta un escaso interés en este tema.

La mamá es una mujer muy exitosa laboralmente, con poca presencia en casa y constantes viajes por su situación laboral, con dificultades para atender las necesidades afectivas de su hija. Ella reconoce que M. siempre fue su regalona y al ser la menor siempre fue muy apegada a ella. Sin embargo, es, por ejemplo, la psicóloga de su colegio quien alerta sobre el bajo peso de M, cuando era evidente el estado de desnutrición en que ella llegó.

El padre, también muy exitoso laboralmente, superficial y con muy poca conexión emocional, mantiene contactos con sus hijos los días domingos.

Entre los recuerdos de M. está ser muy apegada a la madre y haber llorado mucho cada vez que su mamá se iba de viaje. De pequeña recuerda cambiarse constantemente a su cama durante la noche y casi no haber usado su pieza, querer siempre estar con ella, se recuerda apegada a sus piernas o buscando su cariño permanentemente, tolerando de mala manera las separaciones (muy frecuentes). Tiene la sensación de haber sido poco tomada en cuenta por su padre y haber sido siempre muy apegada a la madre "hasta que crecí".

Cuando M. llegó a mi consulta manifestaba un profundo pesar por haber perdido a la única amiga que tenía en su curso, amiga que al parecer por celos frente a la amistad de M. con un compañero que a la amiga le gustaba, se habría alejado de ella. Desde ese momento,

queda sin amigas en el colegio, comienza a realizar una dieta y baja de peso rápidamente. Este periodo coincide además con una difícil situación familiar que vivía la madre con su familia de origen, por lo que ésta se encontraba bastante deprimida y ausente.

Creo que en M. la anorexia se manifestó como una organización defensiva frente a las diversas situaciones de pérdida por las que estaba pasando. Pérdidas que a su edad se originan principalmente a raíz de la separación con sus figuras de apego y sus cambios corporales.

Al no poder encontrar una forma de satisfacción libidinal elaborativa como respuesta a estos duelos, ya sea regresiva o fantasiosa, se generó un vacío, y la anorexia se manifestó como un acting que restituye y sustituye estas pérdidas.

M. había desarrollado un tipo de apego inseguro con la madre, que no la ayudó ante las dificultades en la tramitación adolescente con este vínculo, no la dejó bien preparada para asumir los cambios. Se produjo una identificación con el objeto perdido, la sombra del objeto cae sobre el yo, en este caso sobre la imagen corporal. Se representa así en la propia imagen corporal una disputa agresiva en la que se infiere al adversario un daño real, maltratándola verbalmente y dejándola sin alimento, castigándola hasta llegar a la desnutrición.

Además, los cambios corporales habían llegado bastante temprano, a los 11 años aparece la menstruación y un rápido crecimiento le imponían una apariencia física mucho más madura que su grupo de pares. Cambios corporales que la habían arrojado a la intensidad de las pulsiones sexuales, con las posibilidades de rivalidad edípica y la expusieron a una profunda sensación de soledad.

En el caso de M. la llegada de la adolescencia, crecer, había significado perder, perder el apego materno, a su padre, su cuerpo infantil, perder a su amiga y enfrentarse a las pulsiones sexuales que le generaban fuertes angustias.

Mantener un cuerpo delgado apoya su narcisismo y le otorga sensación de control ante lo nuevo desconocido, vivenciado como caótico y peligroso y le da la sensación de haber paralizado el tiempo y su desarrollo.

Al mismo tiempo, creo que la distorsión de la imagen corporal funciona como una amenaza constante, le dice: "estás gorda, no comas!"; imposibilitándola a abandonar el control sobre su cuerpo ya que en caso contrario podría volver a experimentar estas angustias de las cuales estaba arrancando. Por lo que necesita estar siempre alerta a los cambios corporales y forzarse a mantener una mayor restricción alimentaria, en desmedro de su autoconservación.

Los primeros meses de tratamiento de M. se orientaron a ayudarla a salir del estado de desnutrición, la atención de una nutricionista y la terapia psicológica sirvieron de base para orientar una ganancia de peso que la ubicara mínimamente fuera de los rangos de desnutrición severa, ya que las secuelas del cuadro de desnutrición obstaculizan la posibilidad de contar con un aparato psíquico que pueda enfrentar un proceso de psicoterapia.

Creo que en ese momento el rol fundamental del terapeuta está en elaborar una alianza terapéutica suficientemente fuerte para permitir la ganancia de peso, situación bastante complicada debido a que en este tipo de pacientes toda la organización narcisista se orienta a controlar el peso corporal, por lo que la disposición del terapeuta es vital.

En un comienzo M. se mostraba sumamente desconfiada y reticente, con un profundo sentimiento de soledad. En este caso me resultó de mucha utilidad la propuesta de un diálogo al respecto; cómo era para ella enfrentarse a la comida y sus miedos a subir de peso, la desconfianza en el plan alimenticio entregado, cuidando que las intervenciones no fueran sentidas como un intento de control por parte del terapeuta. Aquí la entrega de información y labor educativa también tienen un espacio importante. Como lo expone Aryan "Además de considerar las asociaciones (verbales, gráficos y actings) atención flotante e interpretaciones, se discute cómo considerar la vida cotidiana y ver qué surge. Son momentos de diálogo. Dos personas presentes ven qué pueden hacer juntas ante un obstáculo que está perturbando tanto al paciente como al analista" (Aryan, 2003, pág. 15).

En el caso de M., luego de los tres primeros meses de tratamiento, obtuvo una ganancia de peso que la alejaba del cuadro de desnutrición severa. Este estado nutricional posibilitaba un mayor trabajo terapéutico a la vez que la alianza se volvía cada vez más sólida.

Durante estas sesiones, la personalidad de M se manifestaba de una forma diferente, se mostraba más alegre, inquieta, disruptiva, decía que había vuelto a ser ella misma y que le gustaba "dar jugo".

A pesar de que la imagen corporal continuaba distorsionada, había superado varias fobias alimentarias y lentamente otras áreas de preocupación propias de su edad cobraban mayor importancia. Por otra parte, el año escolar estaba por finalizar y su madre había decidido cambiarla a otro colegio luego del verano.

Durante las sesiones, a M. le era difícil tolerar la asimetría, mantenía un constante intento de control. Era posible, por ejemplo, que no quisiera sentarse, comenzara a jugar, mostrarme diferentes bailes aprendidos

durante la semana, sacara objetos de la consulta, me preguntara insistentemente sobre mi vida, lo que volvía muy difícil establecer un diálogo.

Estas actuaciones, como lo expone Minuchin, linda con dos fronteras: "una vinculada al acting como obstáculo al desarrollo del proceso y la otra relacionada al accionar como expresión de fantasías que no pueden manifestarse simbólicamente" (Minuchin, 2002, pág. 2). Las actuaciones pueden ser entendidas como un aspecto transferencial que se constituye en el vínculo analítico y que posibilita apreciar algunos aspectos de repetición en las sesiones.

Al respecto, relato una sesión: ingresa muy inquieta, sin sentarse, observa la consulta, toma mi block y hace garabatos, dibuja una niña de manera muy infantil, le pregunto si es ella. No responde, toma mi cartera y la abre, ve mi billetera y encuentra fotos de mis hijos, encuentra un brillo de labios y se lo pone, para su sorpresa ve que hay huevitos de chocolate dentro de la cartera (que eran para mis hijos) ¡Guau, me dice, dámelos! Antes de intervenir y correr el peligro de contraactuar, intento dar un espacio para comprender lo que está comunicando.

Por un lado, podía apreciar su intento de romper claramente con la asimetría y el deseo de control omnipotente de los objetos, su fuerte tendencia a desconocer las características propias del terapeuta y una inclinación a utilizarme en el cumplimiento de los propios ideales infantiles, pero también su deseo en la relación transferencial de fusionarse con el objeto. Creo que en un comienzo, muchas de estas acciones mostraban o escenificaban la necesidad de fusionarse con la figura de apego, su madre, en este caso yo en la relación transferencial. Mis cosas son sus cosas, habita en la consulta como si fuera nuestra, sin diferenciación.

A pesar de que en esta intolerancia a la asimetría se podrían advertir los celos y la rivalidad edípica, creo que en aquellos momentos M. más bien expresaba su rechazo y desamor primario y esencial.

Todo esto creaba grandes dificultades técnicas en el manejo, ya que la constante frustración y postura de límites podían producir la activación de la transferencia negativa; sin embargo, pensaba que los límites actuarían como un criterio de realidad que aliviarían y finalmente generarían crecimiento.

El desafío consistía entonces en trasladar sus actuaciones a la palabra.

En aquella sesión, luego del dolor contratransferencial que me implicaba decirle que no le daría los huevitos (entendiendo su requerimiento también como una manera de usurpar el útero materno, mi cartera y sus óvulos los "huevoitos" que lleva dentro), imponía la realidad, rompiendo nuevamente su narcisismo infantil.

Entonces la invito a mostrarme su bolso y apreciar qué cosas tiene adentro. Ella saca los libros del colegio, un brillo de labios, lápices, y le propongo que analicemos cómo cada uno de ellos había ganado un lugar en su bolso y en qué momento los utiliza.

Todos los objetos que portaba poseían una utilidad práctica (cuadernos, lápices) el brillo o su cepillo, los utilizaba para sentirse más bonita, especialmente cuando iba al colegio.

Me falta algo, me dice, yo no tengo fotos, no tengo ningún recuerdo. No me gustan las fotos, me veo fea, gorda. Pienso entonces en las dificultades para visualizar su imagen corporal, formar su identidad y movilizar su libido hacia otros objetos.

Estos emergentes me ayudaban a orientarme de cuándo pasar de un nivel a otro por lo que le pregunto si le gustaría tener algunos recuerdos y cuáles podrían ser. M. acepta la intervención y logra quedarse quieta y disponerse a hablar sobre sus miedos y dificultades. De esta forma, lograba trasladar las actuaciones y permitir el ingreso del pensamiento de una forma que le fuera narcisísticamente permitido.

En aquella ocasión logramos hablar de sus temores frente a la posibilidad de formar nuevas amigas, su temor al rechazo y lo difícil que era para ella todo esto.

Finalmente decido mostrarle una de las funciones que puede tener su comportamiento en el comienzo de la sesión. Le muestro que, tal vez, el modo de llegar a la sesión hoy tiene que ver con sus dificultades para hablar de lo que le sucede y de esta forma no está pensando en las cosas que le producen miedo, así como también preocuparse por su cuerpo aleja todos estos pensamientos. Sí, me responde, a veces me pongo tan inquieta que no sé qué me sucede, a veces me siento muy sola y me pongo inquieta y se me pasa.

Al respecto le digo: como si al ingresar y revisar mi cartera y mis cosas, ya no existieran las diferencias entre las dos. Me responde: es que yo quiero ser tu regalonea. Como con tu mamá, le digo. Sí, como con ella, como cuando entro a su closet y me enoja porque no me deja ponerme su ropa o usar su maquillaje...

Estas asociaciones brindaron la posibilidad de hablar sobre la relación con su mamá, la rabia y el dolor de la separación de los padres y la sensación de haber sido poco tomada en cuenta, lo que entregaba una oportunidad para comenzar a elaborar de alguna forma una adecuada separación con sus figuras de apego.

Bueno, me comenta al finalizar la sesión, quizás algún día pueda escoger mis propias cosas, nuevas amigas, ropa, carteras... aunque uf!!! parece tan lejano y difícil.

En M. se apreciaban sus dificultades en separarse de sus apegos primarios, la ausencia elaborativa transformada en actuación la habían dejado sin la posibilidad de buscar objetos sustitutos, pero se empezaba a formar la posibilidad de ponerle palabras a sus actuaciones.

Luego del verano M. cumplió 13 años, ingresó a un nuevo colegio a 8vo básico. Al cabo de ocho meses de tratamiento, mantenía un peso bajo, pero dentro de los límites normales y cada cierto tiempo regresaban las quejas por su imagen corporal. M. se enfrentaba nuevamente a grandes desafíos. Frente a situaciones difíciles, el aferramiento narcisístico a su cuerpo y la actuación reaparecían, aunque ya sin tanta fuerza.

Al respecto, relato una sesión que tuvimos cuando ya habían comenzado las clases en su nuevo colegio hacía una semana.

Me cuenta que se la ha pasado mirando TV, que no quería comer y tuvo una pelea con su madre por ello. Que se sentía gorda y lo único que quería era ver tele, Animal Planet.

Evitaba claramente hablar sobre su semana y experiencias en el colegio. Al preguntarle directamente, confrontándola, me dice que el colegio le da lo mismo, que es aburrido y que todos son feos y gordos. Ante mi intervención, comienza a pararse, mirar la consulta, intenta hacerme preguntas sobre mi vida, intenta convencerme de que está realmente gorda, se queda mirando en el reflejo de la ventana y comienza a modelar.

Nuevamente se aprecia cómo la intolerancia para enfrentar lo que siente como angustiante se traduce en una huida a la actuación, reafirmando su narcisismo en su apariencia.

Pienso en Animal Planet, en cómo posiblemente en el comportamiento animal busca los códigos que faltan para poder relacionarse con los objetos, y cómo salir de este repliegue narcisista. Creo que tal vez existe ahí un intento de elaboración, un espacio de búsqueda, y que le es muy atemorizante ponerse en contacto con ello.

Entonces la invito a realizar un programa como de Animal Planet, pero esta vez se llamará Animal College. Pensemos cómo se comportan los machos y las hembras, le digo. Se ríe, se sienta y acepta. Comenzamos a pensar en las pautas del comportamiento estudiantil, con la intención de que logre reconocer las emociones y afectos tanto del resto como las propias. Cómo podía por ejemplo una mujer integrarse a un grupo y ser aceptada o qué comportamientos podría generar la distancia o rechazo del resto.

Lo que yo intentaba era ampliar su información, ya que este esfuerzo podría resultar “narcisísticamente” aceptable, le podría permitir descubrir que puede pensar más de lo que creía y que sabe más de lo que creía sobre sí misma, combatir su pasividad, y ofrecer la oportunidad de recobrar la autoestima por medio de una actividad genuina y personal.

En esta ocasión pude observar cómo M. hace un real esfuerzo por crearse un mapa afectivo, que la guíe tanto en su mundo interior como en la vida cotidiana, contactándose de alguna forma con la angustia que le genera la búsqueda de nuevos objetos.

Al finalizar la sesión me dice: nunca había pensado en esto, estoy tan metida en mi misma que no pienso y empiezo nuevamente a moverme y hacer leseras, tú sabes! Es que todo era más fácil en “sexo básico”! Me dice eso en vez de sexto básico. Este acto fallido ponía de manifiesto las dificultades de abandono de la pregenitalidad. Y luego comenta: sabes, creo estar entendiendo en cómo hacer amigas. Creo que estoy entendiendo mejor este Animal College!

En los meses posteriores M. fue disminuyendo sus acting y mostrando una mayor capacidad de pensar acerca de sus dificultades, la introspección rechazada en un comienzo, sentida como un peligro catastrófico para su mundo narcisista, va logrando un espacio en su mente.

Junto con esto, en los últimos meses de tratamiento su figura recuperó un peso saludable, volvió la menstruación, cumplió 14 años y formó un grupo de amigas con las cuales se sentía muy contenta.

Sin embargo, al comenzar a resolver su separación de lazos de apego originales, y buscar nuevos objetos, las tareas propias de la adolescencia implicaban nuevos desafíos. En los últimos meses sus deseos eróticos lentamente comenzaban a darse mayor cabida, le es posible ponerse en contacto con ellos pero también generaban el peligro de instalar nuevamente sus defensas.

Quisiera relatar una de nuestras últimas sesiones.

M. llega muy triste, silenciosa. Yo le pregunto qué le sucede. Ella se queda callada y luego dice: Nada, no pasa nada. Le muestro que parece diferente, ¿triste tal vez? Me dice que está más gorda, ancha, gruesa. ¿Cómo lo sabes?, le pregunto. Me cuenta que ayer se pesó y está 100 gramos más gorda. Le muestro que 100 gramos no la hacen más gorda. M. se pone a llorar y se esconde debajo de la mesa. Lloro así, escondida bajo la mesa.

Le muestro que al parecer quiere desaparecer frente a mis ojos y frente al mundo, no quiere pesar más,

pensar más, ni crecer más, no más rollos, tal vez no lo esté pasando bien, ¿que habrá pasado?, pregunto. Ella me insiste bajo la mesa que nada pasa, sólo que estoy gorda, ancha, grande, muy grande, no me soporto, otra vez me pasa lo mismo! Volvió esta sensación!, no me tolero.

Le insisto que tal vez sienta mucha pena, mucha rabia, por algunas situaciones desagradables que le estén pasando y que las pone en el cuerpo, tal como lo ha hecho anteriormente, como si éste fuera el culpable.

Lo niega todo y continúa llorando. Yo vuelvo a insistir que tal vez sí me cuenta qué le sucede, podamos pensar juntas en cómo enfrentar todo esto.

M. entonces vuelve a sentarse en la silla, llora, con mucha pena y angustia y comienza a contarme una serie de problemas que ha tenido últimamente en el colegio. Me cuenta una pelea que ha tenido con sus amigas, que su rendimiento escolar ya no es tan bueno y que un profesor le llamó la atención y que ella no puede más. Soy tan chica, me dice llorando muy apenadamente, soy tan chica en un cuerpo tan grande, me cuesta tanto soportar todo esto.

Además, me cuenta que estaba conversando con un compañero que está andando con una compañera y ésta se puso celosa. Siempre me pasa eso, sostiene. Le digo, ¿puede ser que ahora sí te estén pasando cosas con ese compañero?, Sí, me responde, eso es lo peor, me gusta él. Pero todo es tan enredado que preferiría que no me pasara nada de nada.

Al respecto le digo: pero te pasan muchas cosas y no por no pensarlas o hablarlas dejan de existir, por ejemplo ¿recuerdas que a veces cuando no lo haces, la rabia y el dolor hacen que te sientas más gorda? Es bueno que lo hables y es bueno que llores acá hoy. Sí, lo sé, me dice, es que a veces siento que no puedo más, me siento tan chica, tan chica y tengo un cuerpo tan grande!!!

Pienso que el poder expresar sus emociones: la rabia, el miedo, la pena y la confusión, y poder poner en palabras las dificultades y problemas que le suceden, le entregan nuevas posibilidades para elaborar las pérdidas, todo esto creo ha sido un gran logro en su desarrollo.

Seguramente queda bastante camino por recorrer, en la adolescencia media, la esfera edípica más que la narcisista se pone en juego.

Pero pienso que su proceso adolescente va progresando y promoviendo que esta hermosa niña cada vez está más cerca de convertirse en una hermosa y madura mujer.

REFERENCIAS

1. Aberastury A, Knobel M. (1973) *La Adolescencia Normal*. (3era ed.). Editorial Paidós
2. Aryan A. (1983) El proceso Psicoanalítico en la Adolescencia. *Psicoanálisis. Revista de APdeBA* 7(3):445-477
3. Aryan A. (1985) La adolescencia: Aportaciones a la metapsicología y psicopatología. *Psicoanálisis Revista de APdeBA* 7(3): 417-444
4. Aryan A. (2003) Aportes a la comprensión de la experiencia puberal. Ateneo del Departamento de Niñez y Adolescencia de APdeBA
5. Aulagnie P. (1991) Construirse un Pasado. *Psicoanálisis. Revista de APdeBA* 13(3): 441-468
6. Dio Bleichmar E. (2000) Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*. N 004
7. Freud S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. *Obras Completas*. Tomo VII, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
8. Freud S.(1917) Duelo y Melancolía. *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
9. Meltzer D. (1974) .Los estados sexuales de la mente. Bs As, Kargieman,
10. Minuchin B. Simeone (2001). Juego, acción y acting out en la sesión con niños. Trabajo presentado en las Jornadas de Niñez y Adolescencia. APdeBA

PUNTOS DE VISTA II

EL TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN¹

(Rev GPU 2009; 5; 4: 453-457)

Patricia Cordella

Se comentan brevemente los modos de comprensión e intervención en los trastornos de alimentación. Por tratarse de una patología psíquica con repercusiones físicas capaces de trastocar de vuelta la psiquis, son señalados los conceptos que las diversas teorías han aportado y la necesidad de incluir en el tratamiento a un equipo y a los padres para aumentar las posibilidades de cura.

Los trastornos de alimentación son un grupo de psicopatologías complejas que encarnan un nudo de amarre de las dimensiones culturales, relacionales y psíquicas y que como tales son un desafío tanto en la práctica clínica como en la modelización teórica.

Como se trata de una patología psíquica con repercusiones orgánicas graves el tratamiento tiene mejores resultados si se cuida tanto el cuerpo fisiológico (soma) como el relacional (intersubjetivo, familiar) y el psíquico (cuerpo).

Las intervenciones en el cuerpo son realizadas por el psiquiatra, quien cuida las numerosas comorbilidades a través de monitoreo sintomatológico y uso de fármacos según pertinencia. El organismo intersubjetivo, que es el soma en conexión con otros somas de modo de regular sus estados fisiológicos, es intervenido desde la psicoterapia familiar. El soma desregulado hasta hacer de los ejes un bloqueo (para los ejes gonadales, tiroideos, crecimiento si el imc es muy bajo) será tratado por los especialistas en nutrición.

En cuanto a los modos psicoterapéuticos que facilitan la curación, se han utilizado todos los existentes con variados resultados.

El psicoanálisis inicial, por ejemplo, ha sido tangencial en sus aportes en esta patología. No hay referencias directas en Freud, es decir, no describe el análisis de una paciente desde la anorexia propiamente tal, aunque se refiere, por ejemplo, a los vómitos histéricos de Dora y a la restricción de alimentos en Emmy Von N., quien bota la comida por la ventana luego de su tercer hijo.

En el Manuscrito G, por otra parte, queda asociada a la melancolía: Freud le escribe a Fliess en enero de 1895, "La famosa 'anorexia nervosa' de las niñas jóvenes me parece (luego de una observación detenida) una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada".

En tres ensayos de una teoría sexual en 1905 se alude a la alimentación a raíz de la histeria. Recordemos que en esa época la histeria era una configuración que intentaba dar cuenta de varios cuadros, como ahora lo sería el estrés (neurobiológicamente hablando).

¹ Este artículo surge como contrapunto al trabajo "Los comienzos de la adolescencia y su relación con la anorexia" de Vanessa Yankovic publicado en este mismo número de GPU. (N. del E.)

Entonces dice: "En la primera etapa oral existe una organización canibalística pregenital. La actividad sexual no está aún separada de la ingestión de alimentos, ni se han diferenciado opuestos entre ellos. Tanto el objetivo sexual como el oral es incorporar el objeto. El prototipo de un proceso que en la forma de identificación desempeñará un papel importante".

En Dora los vómitos histéricos son interpretados como una fantasía de embarazo que tendría la función de restarle atractivo, es decir, se propone la antonimia: sexualidad/no sexualidad, como la contradicción resuelta a través de negar la primera con un síntoma que manifestaría una regresión defensiva contra los deseos edípicos inconscientes de la adolescente.

La escuela post freudiana aportará a la comprensión de la patología y las formas de intervenir conceptos que van desde la posición ezquizoparanaoide en Klein que nos explicaría las configuraciones en relación al cuerpo y la comida como objetos persecutorios, hasta el *reverie* de Bion, que estaría dañado y sería incontinente, permitiendo estados de descontrol o extremo control compensatorio vertidos en la alimentación. También el objeto transicional y la madre suficientemente buena de Winnicott serán usados para explicar estados y modos de las pacientes y sus padres y poder intervenirlos.

La dimensión relacional comienza a estar integrada como parte del sistema de intervención (se tiene sesiones con los padres por ejemplo) y sobre todo es incluida dentro de su epistemología, sólo desde el desarrollo de la teoría del modelo relacional. Comenzando con Mitchell² y siguiendo actualmente con los intersubjetivos (Fonagy, Lyon-Ruth³ y todos los del grupo del Infant Research: Stern⁴, Tronick⁵, Trevarthen⁶, Sander⁷ y

finalmente Beebe⁸) se ha descrito la necesidad de regulación que tenemos los seres humanos (y los primates como ha estudiado Tomasello⁹) desde el momento de nacer y cómo los estados de conexión y desconexión son los que van asegurando un desarrollo adecuado de nuestro sistema nervioso (esa red extensa que mantiene al organismo en sus justos estados de acoplamiento al medio) y que se entienden dentro de los patrones del apego.

La clínica cognitivo conductual ha aportado con los modelos de motivación de Prochaska y DiClemente y actualmente está en desarrollo el CBT (cognitive behavioral therapy) que incluye tratamiento a los estilos rígidos de pensamiento.¹⁰ Y que se ha visto especialmente eficiente en bulimia.

La clínica familiar ha contado en este tema con grandes aportes. Primero Minuchin, quien desde un enfoque estructuralista puede entender que la psicopatología aparece cuando no se respetan las jerarquías y sobre todo las funciones de cada subsistema familiar. Luego, Mara Selvini Palazzoli¹¹ quien interviene en familias graves con trastornos de alimentación usando técnicas que establece como invariantes y que le dan buenos resultados siguiendo la línea de Minuchin¹², pero organizando nuevamente el sistema conyugal que se ha empobrecido dejando a la hija presa entre los lazos rotos de una pareja que no funciona. Luego está Stierling¹³ quien nos invita a ver detrás de la puerta de la familia los conflictos ocultos bajo un manto de perfección (directamente relacionado con el perfeccionismo, característica central de las pacientes con trastornos de alimentación descrita magistralmente por Bruch¹⁴ en su libro *La Jaula Dorada*, especialmente las que presentan rasgos obsesivos de personalidad.

² Mitchell. *Conceptos relacionales en psicoanálisis*. Ed. Siglo veinte y uno 1993.

³ "The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment" fue publicado originariamente en *Psychoanalytic Inquiry*, 2006; 26;4: 595-616.

⁴ Stern. *La Constelación maternal*. Paidós B.Aires 2002.

⁵ Tronick E, Cohn J. Infant_mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of mis-coordination. *Child Development*, 1989; 60: 85-92.

⁶ Trevarthen C. Development of early social interactions and the effective regulation of brain growth. In: vonEuler, C., Forssberg, H. & Langercrantz, H. (eds.) *Neurobiology of early infant behavior*. Stockton Press. New York: 1989.

⁷ Sander L. *Sistemi viventi: l'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Raffaello Cortina editore. Milano 2007.

⁸ Beebe B, Lachmann, F. *Infant research and adult treatment: co-constructing interactions* Hillsdale, NJ: The Analytic Press 2002.

⁹ Tomasello M *The Origins of Human Communication* MIT Press London 2008.

¹⁰ Lopez C, Tchanturia D, Stahl D and J. Treasure Central coherence in eating disorders: asystematic review *Psychological Medicine* 2008;38;:1393-1404.

¹¹ Palazzoli S. *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Editorial Raffaello Cortina. Milano 1998.

¹² Minuchin S. *Familias y Terapia familiar*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1982.

¹³ Stierlin H, Weber G. *Que hay detrás de la puerta de la familia: llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento clínico de la anorexia nerviosa*. Ed. Gedisa, Barcelona 1997.

¹⁴ Bruch H. *La jaula dorada*. Ed. Paidós, Barcelona 2002.

Cuadro 1
TIPOS DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS QUE SE HAN UTILIZADO EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS

TERAPIA PSICOLÓGICA	ANOREXIA NERVOSA		BULIMIA NERVOSA		TAL ATÍPICO		COMEDOR COMPULSIVO	
	Evidencia	Efecto	Evidencia	Efecto	Evidencia	Efecto	Evidencia	Efecto
Cognitiva analítica	Modesta	*	no	–	no	–	no	–
Cognitiva conductual	Modesta	*	Alta	***	no	–	Moderada	***
Conductual dialéctica	no	–	Modesta	**	no	–	Modesta	**
Exposición para prevención	no	–	Moderada		no	–	no	–
Familiar en adolescencia	Moderada	***	no	–	no	–	no	–
Interpersonal	no	–	Moderada	**	no		Modesta	***
Consejo nutricional	Modesta	0	Modesta	*	no	–	no	–
Psicodinámica	Modesta	*	Modesta	*	no	–	no	–
Psicoeducación de autoayuda	no	–	Moderada	*	no	–	Moderada	**
Modelo basado en lo cognitivo	no	–	no	–	no	–	no	–
12 pasos	no	–	no	–	no	–	no	–

Fairburn C, Harrison P. The Lancet. Vol. 361, February 1, 2003.

Incluso se han usado los 12 pasos que las iglesias protestantes utilizan para detener el alcoholismo en sus feligreses.

La pregunta que ya nos hacíamos a esas alturas es: ¿Cuál será la intervención que asegure el desarrollo de una vida psíquica y físicamente sana? Porque subir de peso, dejar de vomitar o atracar son los signos de profundos procesos psíquicos. Fairbaun¹⁵ intentando responder estas preguntas, escribe un artículo en el que comparó las distintas intervenciones en estos trastornos. La primera conclusión es que no existe una intervención que tenga total supremacía sobre las otras, pero hay un grupo que anda mejor que otras (ver Cuadro 1).

Todo lo anterior hace que podamos comprender algunos principios básicos del tratamiento en trastornos de alimentación:

1. El modelo de tratamiento es una consecuencia del modelo de comprensión y debe ser congruente con él mismo.
2. Por tratarse de una patología con graves consecuencias físicas, frecuente comorbilidad psiquiátrica y riesgo psicopatológico para los hermanos, el tratamiento debe incluir las zonas de: nutrición, psiquiatría y terapia familiar, especialmente en la adolescencia¹⁶. Esto significa que los trastornos de alimentación *deben ser tratados por un equipo especializado*.

¹⁵ Fairburn CG. *Evidence-based treatment of anorexia nervosa* The Lancet 2003 ; 361;1 407-416.

¹⁶ Clinical Guiline 9, 2004 National Institute of clinical excellence. (www.nice.org.uk/CG009publicinfowelsh).

3. El equipo especializado es un grupo de profesionales que funciona coordinadamente de modo de crear intervenciones coherentes y que realiza en conjunto actividades pertinentes a su quehacer como: supervisar, estudiar, investigar y actualizarse en la patología permanentemente, generando entre ellos vínculos que les permitan confiar e intercambiar libremente las indicaciones y las múltiples dificultades que estas pacientes presentan a lo largo de la evolución de sus patología.
4. Como hay un porcentaje aprox. de 20% de las pacientes que se cronifican y otro tanto que se mejoran parcialmente, se entiende que se trata de pacientes que serán asistidas por varios profesionales en su vida y se deben respetar tanto los vínculos que esa paciente hizo con esos profesionales como el quehacer del profesional en ese momento de la paciente.
5. Los trastornos de alimentación son una configuración psíquica (emocional, conductual y cognitiva) y relacional que se aloja en una falla del desarrollo psíquico y se acomoda en el funcionamiento familiar.
6. La falla se puede manifestar, incluso antes de aparecer el trastornos de alimentación a través de desregulaciones en el sistema de alerta y/o apego manifestándose en: trastornos de ansiedad de separación del preescolar o escolar, ansiedad generalizada, fobias, incluida la social o conductas de timidez, retraimiento social, inhibiciones corporales que limitan su desarrollo.
7. Los padres son el primer recurso de regulación psíquica. Crear un sistema de cuidado eficiente para la adolescente es la primera tarea del equipo terapéutico. Sólo si éstos no son suficientes se exploran otras alternativas de cuidado.
8. Ya que los niveles implicados en un trastornos de alimentación son tanto individuales (subjetivos), relacionales (intersubjetivos), fisiológicos (somáticos), culturales (semióticos), intervenir en todos ellos aumenta la probabilidad de cura.

Las guías de la APA¹⁷ y la Nice¹⁸ y otros terapeutas¹⁹ recomiendan para la adolescentes con anorexia

restrictiva, es decir, la púber o adolescente que comienza con restricción, irregularidad menstrual o desde ya amenorrea y que ha bajado de peso acercándose a los 18 de imc, iniciar una terapia que incluya a los padres. Esto cumple varias funciones: primero posiciona a los padres como cuidadores, que es específicamente su función, pero los focaliza en un plan de alimentación. Tal como ocurrió al inicio del vínculo, se reorganiza un sistema de cuidado psíquico, que no sólo incluye el comer sino el cuidar los estados emocionales que comienzan a aparecer durante la comida (rabia, angustia, confusión).

Por otra parte se cuida a los padres de sentirse empoderados además de guiados por un equipo que ha hecho esta travesía varias veces y que como los *sherpas* en el Himalaya conoce los lugares donde hay grietas, los refugios y los ritmos de la ascensión. Además durante el proceso se espera abrir los conflictos en la familia con lo cual el estrés paradójicamente se disipa²⁰. Estas razones hacen que sean terapeutas familiares los que se hagan cargo de la intervención que en un principio tiene elementos psicoeducativos y de soporte a la angustia, pero que va calando hacia las estructuras profundas que dieron origen a estas conductas.

Cuando la paciente presenta una bulimia, como vemos en el cuadro, se facilitan las cosas con indicaciones conductuales y ciertos cambios cognitivos que la paciente tiene que hacer al momento del "atacón" o de la decisión de vómito. Hay quienes prefieren trabajar esto en familia cuando se trata de adolescentes, porque así los padres aprenden cómo lidiar con estos aspectos de sus hijas. Lo mismo ocurre en el comedor compulsivo, que da cuenta de un porcentaje cercano al 60% de los obesos.

Sólo una vez que es posible contar con un individuo entendido éste como una persona que se apega a sí mismo, es decir, es capaz de dar cuenta de sí y autocuidarse sin requerir la asistencia permanente de los padres, se piensa en la pertinencia de una terapia individual. La individuación, tarea esencial en la adolescencia, se inicia en la pubertad con una regresión psíquica importante que ha sido explicada desde los fenómenos del neurodesarrollo como poda sináptica y remielinización cerebral especialmente en las zonas donde se asientan procedimientos regulatorios afectivos como es la corteza prefrontal. La misma regresión

¹⁷ Yager Yael-American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry* 2000;157(suppl 1): 1-39.

¹⁸ Clinical Guidline 9, 2004 National Institute of Clinical excellence. (www.nice.org.uk/CG009publicinfowelsh).

¹⁹ Lock J, Le Grange D, Agras S, Dare C, Agras W. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. Guilford Press, New York 2004

²⁰ Cordella P, Lizana P, Urrejola P, Figueroa D. *Programa de trastornos de alimentación en adolescentes y jóvenes chilenos: variaciones a seis meses de tratamiento*. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 973-980

se entiende como un duelo²¹ que vive el adolescente temprano de sus certezas imaginarias: cuerpo, sí mismo, padres. Una vez que el ambiente afectivo donde el adolescente encuentra sus refugios relacionales ha sido reparado, reubicado en sus funciones y reconocidas sus limitaciones (no siempre es posible contar con padres que logren hacer su trabajo de cuidadores contenedores), entonces con este marco contenedor de referencia se inicia la terapia individual. En esta terapia se tomarán en cuenta tanto los aspectos del desarrollo como las características ya conocidas de la familia y las posibilidades de innovación que tiene el adolescente. Allí se elaboran las pérdidas de lo idealizado y se recupera lo descalificado, como ocurre en general en cualquier terapia. Sin embargo en ésta siempre la referencia a lo oral manifestado en la comida, la avidez

por los vínculos o los polos del vacío son temas recurrentes a integrar en la construcción de los significados profundos.

En la clínica terapéutica se estudian las maneras de ligar y convertir los actos psicopatológicos en imágenes psíquicas. Desde el espacio psíquico podrán elaborarse con operadores más sanos que los vómitos o la restricción y desnutrición auto-impuestas como pseudosoluciones.

Como en todo tratamiento terapéutico, cuidar el vínculo respetando al otro y haciéndose respetar; manejar las distancias y crear confianza, producen el espacio para que se busquen nuevas alternativas a lo dolorosas que son la separación y la desidealización dando espacio a la tranquilidad que otorga un límite más ajustado a lo real.

²¹ Bloss P. *La transición adolescente*. Amorrortu, B. Aires 1996

ENSAYO

SOBREPONERSE: EL CAMINO DE RILKE PARA SUPERAR LA MELANCOLÍA¹

(Rev GPU 2009; 5; 4: 458-464)

Otto Dörr²

Como es ampliamente conocido, Hubertus Tellenbach, primero en su trascendental obra “La melancolía” y luego en su estudio *Gestalten der Melancholie* –y remitiendo en ambos casos al famoso Libro XXX de los *Problemata* de Aristóteles– describe una forma de depresión propia de los genios, que él llama *Schwermut*, y que sería distinta a la depresión patológica. Él fundamenta su descripción en el estudio tanto de personajes literarios como Hamlet o Werther, como de la biografía de poetas y filósofos como Hans Grillparzer, Soeren Kierkegaard y Charles Baudelaire. De las autodescripciones de cada uno de estos autores concluye Tellenbach que la melancolía consiste en el fracaso de la capacidad de trascender hacia la obra creadora. “Melancolía es estar dominado por la torturante sensación de no poder liberar (de una suerte de encierro) a la propia capacidad” (Tellenbach, 1984). La diferencia entre la melancolía y la depresión patológica radica entre otras cosas, según este autor, en el hecho que esta última compromete mucho más la corporalidad y los ritmos vitales que aquélla.

LA MELANCOLÍA DE LOS GENIOS

Con el objeto de acercarnos a la comprensión de este concepto de melancolía de los genios, nos detendremos un momento en el conocido texto aristotélico. Él parte preguntándose “por qué todos los hombres extraordinarios son melancólicos”. Y luego agrega: “... y hasta tal punto lo son, que muchos de ellos sufren de manifestaciones patológicas cuyo origen está en la bilis negra”. Esto significa que él distinguió claramente entre una melancolía “genial” y otra “patológica”, sugiriendo incluso la posibilidad de que un hombre

genial que sufre de esos episodios que le son de algún modo propios, pueda transformarse en un enfermo. No es improbable que esta teoría se la haya inspirado el trágico caso de Empédocles de Agrigento, ese hombre universal, discípulo de Parménides, que se destacó como filósofo, físico, médico, literato, político e incluso místico y predicador. Empédocles fue admirado por sus contemporáneos como una especie de semi-dios, pero un día, e inesperadamente, se retiró de la vida pública para refugiarse en las montañas y más tarde se lanzó al cráter del volcán Etna, transformándose su muerte en uno de los suicidios más famosos de la Antigüedad.

¹ Las traducciones del alemán al castellano, tanto de las poesías como de las cartas de Rainer Maria Rilke, son obra del autor de este artículo.

² Unidad Docente de la Universidad de Chile en el Hospital Psiquiátrico y Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales.

Tres siglos más tarde el escritor romano Luciano se refería a este acto como la consecuencia de una profunda melancolía. Es sabido también que Friedrich Hölderlin escribió tres diferentes tragedias inspiradas en la muerte de Empédocles.

Pero hay que recordar que los griegos también hacían la diferencia entre depresión y euforia en el sentido de una enfermedad y otras oscilaciones del ánimo más o menos permanentes, que eran propias de un tipo de personalidad, llamado tipo bilioso. Esta distinción, que ya se insinúa en Platón, tiene para Aristóteles incluso un fundamento biológico. Según él y su discípulo Teofrasto, a quien se le adjudica en parte el capítulo sobre la melancolía en el tipo o temperamento “bilioso”, habría un predominio de la bilis sobre los otros humores, pero su temperatura se mantendría en equilibrio. Y esto es lo que garantizaría la creatividad de la obra genial, ya que un exceso de temperatura llevaría a las manifestaciones patológicas que hoy conocemos como fases de euforia o manía, mientras que un enfriamiento excesivo conduciría a la depresión como enfermedad.

En las últimas décadas numerosos autores han intentado dilucidar la misteriosa relación existente entre la genialidad y las enfermedades del ánimo, en particular la enfermedad bipolar. Fuera de los conocidos trabajos de Nancy Andreasen (1987) y de Kay R. Jamison (1993), de corte más bien empírico, habría que destacar los recientes trabajos de Pies (2007) y Akiskal (2007). Ambos, al igual que Tellenbach, parten del análisis del famoso texto aristotélico. El primero sostiene que Aristóteles ya había descrito el espectro bipolar, como lo conocemos hoy y luego, apoyándose en el detallado análisis del mismo texto, realizado por la filósofa Heidi Northwood (1998), llega a la conclusión de que habría un tercer tipo de melancólicos –fuera de los mono– y bipolares –que son capaces de controlar las variaciones del humor y que serían más creativos que el promedio. Akiskal, por su parte, reconoce en las descripciones del filósofo griego no sólo el espectro bipolar sino también las analogías con su propia teoría de los temperamentos. Por último, y coincidiendo en cierto modo con el concepto de *Schwermut* de Tellenbach, Akiskal sostiene que no es la clásica enfermedad maniaco-depresiva o Tipo I, sino más bien el Subtipo II, caracterizado por los temperamentos ciclotímicos e hipertímicos, el que estaría vinculado a la creatividad y a la genialidad (“*intellectual and/or artistic eminence*”). Él postula incluso –siguiendo a Ludwig (1995)– que la enfermedad maniaco-depresiva sería un reservorio genético de genialidad.

RILKE Y LA MELANCOLÍA

El poeta Rainer Maria Rilke (Praga, 1875–Valmont, Suiza, 1926) representa una de las cumbres de la poesía alemana del siglo XX, pero tuvo además una gran importancia en el desarrollo de la filosofía existencial. Su influencia sobre Heidegger y Gadamer es innegable y otros dos notables filósofos, Romano Guardini (1953) y Otto Friedrich Bollnow (1956), dedicaron extensos libros a analizar su obra.

Como hemos tratado de demostrar en otro trabajo (Dörr, 2001), el caso Rilke corresponde sin duda a la *Schwermut* de Tellenbach, pero también al temperamento melancólico con elementos hipertímicos de Akiskal. Recordemos que él no sólo sufrió de periodos de angustia y depresión, sino también de momentos de gran exaltación, como el que él mismo describe en una carta a la Princesa Marie von Thurn und Taxis, al terminar de escribir las Elegías:

“Por fin, Princesa, por fin el día bendito [...] en que puedo anunciarle la conclusión de las Elegías: ¡Diez! [...] Todo en algunos días; fue como una tempestad incontenible, un huracán en el espíritu (como entonces en el Castillo del Duino); todos los ligamentos y tejidos han crujido en mí. Me olvidé incluso de comer. Sólo Dios sabe quién me alimentó. Pero ahora está. Está. Está. Amén.” (11 de Febrero de 1922).

Curiosamente sus biógrafos más conocidos, como Hans Egon Holthusen (1968) y Wolfgang Leppmann (1981) no se detienen mayormente en la descripción de estos estados, aunque ambos coinciden en afirmar que durante un largo periodo previo a la Primera Guerra, entre 1910 y 1914 –e incluso hasta 1915 y con la sola excepción de ese breve rapto de inspiración que le permitió escribir, en Duino, las dos primeras elegías y partes de la tercera y de la sexta– el poeta vivió sumido en un estado de melancolía y de muy poca creatividad y mucho sufrimiento. Recordemos que Rilke fue un declarado antibelicista y partidario acérrimo de una Europa unida y que su extraordinaria sensibilidad le permitió intuir el desastre que significaría para la civilización y la cultura la mencionada guerra. Esta crisis coincide también con el agotamiento experimentado tras la publicación de su única novela, *Los Cuadernos de Malte*, en la que vuelca todos los dolores sufridos durante la infancia, la juventud y su primera madurez. Dos años después de la publicación todavía se pregunta en una carta a Lou Andreas-Salomé si el ocaso de su héroe no lo habría arrastrado consigo con una fuerza mayor de

lo que entonces –mientras lo escribía– él mismo había querido suponer (carta del 28 de diciembre de 1911).

La mejor manera de acercarse a los periodos de “depresión” de Rilke es a través de sus propias descripciones, consignadas en su epistolario. En primer lugar, habría que decir que estas crisis las sufrió desde muy joven. Así, en una carta a Lou del 30 de junio de 1903, dice que

“...en las fiebres que acompañaban a las enfermedades de mi infancia... me sobrevenían tremendas e indescriptibles angustias... miedos ante algo muy grande, muy duro, muy cercano, angustias profundas, inefables, de las que yo me acuerdo perfectamente. Estas mismas angustias han aparecido de nuevo, pero sin necesitar ni de la noche ni de la fiebre.”

Una magistral descripción de su gran crisis de 1911 la encontramos en una carta a la misma Lou del 28 de diciembre de ese año:

“Querida Lou: Han pasado casi dos años y sólo tú podrás comprender cuán [...] penosamente los he pasado [...] Despierto cada mañana con los hombros helados, esperando una mano que me tome y me sacuda. ¿Cómo es posible que yo, una persona preparada y educada para la expresión (artística), me encuentre aquí sin vocación, (completamente) de sobra? [...] ¿Son éstos los síntomas de esta larga convalecencia que es mi vida? ¿O son los síntomas de una nueva enfermedad?” (Briefe, Band I, p. 369-371).

Pocos días más tarde (10-01-12) le vuelve a escribir, diciendo:

“Lo que más me angustia no es tanto lo largo de la pausa (creativa), sino quizás una suerte de embotamiento, de envejecimiento [...] Puede ser que el estado de permanente falta de concentración en que vivo tenga quizás una causa física, como una delgadez de la sangre (por ejemplo) [...] Me levanto cada día con la duda si me resultará hacer algo y esta desconfianza crece ante el hecho que pueden pasar semanas y meses en los cuales yo, y con el mayor esfuerzo, apenas soy capaz de escribir cinco líneas de una carta indiferente [...]” (op. cit., p. 373).

Ante esta dramática situación, su esposa, la escultora Clara Westhoff, quien se encontraba en tratamiento

psicoanalítico con Viktor von Gebattel, le recomendó contactarse con él para ver la posibilidad de encontrar algún alivio en esa terapia. Curiosamente Lou Andreas-Salomé, que por ese entonces frecuentaba los círculos freudianos y se transformaría ella misma más tarde en psicoanalista, se opuso a tal tratamiento para el poeta, decisión que fundamentó más tarde en un trabajo suyo titulado “Narcisismo y doble orientación” (1921), con las siguientes palabras:

“Con respecto al psicoanálisis aplicado a artistas que se encuentran en proceso de creación, creo que hay que ser sumamente cuidadoso y distinguir estrictamente dos posibles efectos sobre ellos: un efecto liberador de las potencias creativas a través de la sublimación de inhibiciones y de tensiones y otro efecto que puede ser peligroso, porque puede tocar ese lado oscuro del artista, allí donde está germinando el fruto.”

En todo caso, en su carta del 14 de enero de 1912 le describe a Von Gebattel su estado psíquico con las siguientes palabras:

“Usted...está enterado de cómo yo, desde hace dos años, estoy aquí tendido y no hago nada, como si intentara incorporarme, agarrándome de uno o de otro que pasa por mi lado y viviendo del tiempo y de la capacidad de escuchar de aquellos a los que induzco a permanecer a mi lado. Es propio de este estado el que se transforme en una total enfermedad si es que dura demasiado...” (op. cit., p. 383).

En otra carta a Lou Andreas-Salomé del 20 de enero de 1912, aparecen nuevas descripciones sobre su estado de salud:

“Sigue existiendo el hecho de que incluso corporalmente me siento muy mal... La hipersensibilidad de los músculos es tan grande que (basta) algo de gimnasia o alguna postura exagerada (por ejemplo, al afeitarme) para que tenga consecuencias inmediatas como dolores, hinchazones, etc., fenómenos a los que luego vuelven a asociarse angustias, temores y sensaciones de todo tipo [...]” (op. cit., pp. 384-385).

Más adelante, en marzo de 1913, lo encontramos otra vez sufriendo. Y así continuará por periodos hasta su muerte. “¿Qué tendría que pasar para que yo sintiese algo?”, le escribe a la Princesa Marie von Thurn und Taxis

(*op. cit.*, p. 456). Y poco más de un año después, en otra carta a Lou Andreas-Salomé (08-06-14) dice: "...después de estos meses de sufrimiento he tenido que darme cuenta que nadie me puede ayudar, nadie..." (*op. cit.*, p. 532).

Dejaremos de lado las profundas reflexiones que hace Rilke sobre el tratamiento psicoanalítico y las razones que tuvo para rechazarlo. Este tema lo hemos desarrollado *in extenso* en otra oportunidad (2001). Lo que nos interesa en este contexto es destacar, a través de estas citas, el hecho incuestionable de que Rilke sufrió de repetidos y profundos periodos de angustia y depresión, pero que, en nuestra opinión, no corresponden a la enfermedad depresiva, sea ésta mono o bipolar. Nosotros pensamos que, además de las diferencias planteadas por Tellenbach (1960, 1961, 1984) y Akiskal (2007), estos cuadros difieren en lo que dice relación con la actitud hacia el futuro: en la enfermedad depresiva, según la intensidad del cuadro, el futuro está más o menos cerrado, mientras que el genio, durante su melancolía, anhela en todo momento recuperar el flujo de la temporalidad y consecuentemente, su capacidad creativa. Con otras palabras, su futuro permanece abierto.

SOBREPONERSE Y/O RESISTIR: EL CAMINO DE RILKE PARA SUPERAR LA MELANCOLÍA

En un conocido artículo de los años 1960, Tellenbach (1963) analiza la historia de Job desde una perspectiva novedosa e iluminadora. Él se pregunta cómo es posible que Job no haya caído en una melancolía, en una profunda depresión, habiendo sufrido tantas pérdidas y desgracias y, sobre todo, habiéndose percatado de que ellas provenían en último término de su mismo Dios, Yahvé, a quien adoraba y de quien había sido su más fiel servidor. Debemos recordar además que muchos de sus lamentos tienen un aire claramente melancólico: "¿Por qué no expiré en el seno de mi madre? ¿Por qué no perecí al salir de sus entrañas?" (III, 11). "Lo que temo, eso me llega y lo que me atemoriza me alcanza. No tengo tranquilidad, paz ni descanso, porque a cada momento se adueña de mí una nueva adversidad" (III, 25-26). "Mi piel, ennegrecida, se desprende y mis huesos se han secado por la fiebre" (XXX, 29). Y sin embargo, Job no se deprime y lucha hasta el final, incluso exigiéndole justicia al mismo Dios. Tellenbach encuentra la respuesta en lo que él llama capacidad de trascender de Job. A diferencia del *typus melancholicus*, de algún modo preso en los distintos órdenes de la existencia y que vive en un mundo de lo fijo, lo constante, lo reglado, lo seguro, etc., Job, "desde la limitación sin esperanzas, se escapa

hacia el preguntar de la desesperación, vale decir, hacia el espíritu. De todas las caídas volvió Job a levantarse gracias a los ruegos incansables por una manifestación más profunda de la divinidad y se salvó porque buscó un modo de relación con Dios más auténtico que en los tiempos felices" (*op. cit.*, p. 15).

La pregunta es si Rainer Maria Rilke, quien, como Job, también sufrió de repetidas pérdidas y privaciones, así como de estados de desesperación, tuvo alguna actitud particular que le permitiera enfrentar esas pérdidas y esos estados de angustia y sequía creativa y no caer en la desesperanza y en el suicidio, vale decir, en la depresión patológica. Recordemos que sus sufrimientos no fueron menores: su madre, quien no quiso aceptar la muerte temprana de su primera hija, vistió al poeta de mujer hasta los 7 años –algo que él siempre vivió como una gran humillación– y luego lo abandonó a los 9. Su padre, militar retirado, nunca comprendió la sensibilidad de su hijo y apenas cumplió éste los 11 años, lo ingresó a una academia militar, donde permaneció casi 5 años. Su tío y protector, Jaroslaw von Rilke, lo obligó a estudiar primero economía y luego derecho, estudios que el poeta interrumpió, por cierto, precozmente, pero que significaron inútiles esfuerzos y sufrimientos. Su fundamental desarraigo y su condición, en cierto modo, de apátrida, lo llevó a vivir en un permanente exilio. Esta situación llegó al extremo al final de la guerra del 14, cuando se derrumba el Imperio Austro-Húngaro, queda él sin pasaporte y Suiza se opone durante meses y años a otorgarle la residencia. Su relación con las mujeres, a quienes mucho amó, fue también una constante pérdida, al no aceptar ninguna de ellas el necesario segundo plano en el que Rilke, desde su absoluto compromiso con la obra de arte, las colocaba. Por último, su larga y dolorosa enfermedad –la leucemia– que por ese entonces se diagnosticaba tardíamente y no tenía tratamiento alguno y que transformara los últimos meses de su vida en un verdadero calvario.

Pensamos que Rilke, al igual que Job, también fue capaz de trascender las situaciones de inludencia y remanencia –incluidos los periodos de apagamiento de la creatividad, con la angustia consiguiente– que podrían haberlo hundido en la más absoluta desesperanza y en una depresión psicótica. Pero a diferencia de Job, con su actitud esténica, que llega hasta el extremo de desafiar al mismo Dios, Rilke se enfrenta a los sufrimientos y al tantas veces terrible destino con una actitud en apariencia más pasiva, pero de una perseverancia sin concesiones. El filósofo Otto Friedrich Bollnow (1956, 1963), en su estudio sobre la obra de Rilke, llama en un momento dado la atención sobre la frecuencia con que

el poeta emplea, tanto en su obra como en su epistolario, verbos que tienen todos la connotación de la resistencia: *aushalten* (resistir, aguantar), *ertragen* (soportar, sobrellevar), *bestehen* (tener éxito frente a una prueba, resistir) *überstehen* (sobreponerse, superar). En nuestra opinión, se trata de categorías fundamentales bajo las cuales Rilke intenta comprender la vida.

Así es como para el poeta haya que saber resistir (*aushalten*) desde las “largas comidas” hasta los abandonos, pasando por todo tipo de dolores. Pero también la vida misma, como lo expresa en los versos finales del *Réquiem para el Poeta Suicida* Wolf von Kalckreuth (1908):

“No te avergüences si los muertos te rozan los otros muertos, los que resistieron hasta el fin”.

Y poco antes Rilke le había reprochado al joven suicida haber interrumpido su vida y su labor creadora antes de tiempo, antes de que su obra hubiese madurado:

“¡Que tú hayas destruido! ¡Que se tenga que decir esto de ti hasta el fin de los tiempos!”

Pero no sólo la vida hay que resistirla sino también la inspiración. Para él la labor poética no era un acto voluntario sino una recepción pasiva y dolorosa. Su biógrafo W. Leppmann afirma muy acertadamente que “Rilke no se sentía como el creador (de su obra), sino como su receptor, como un recipiente en la que ella fuese vertida o como un prisma contra el que los rayos de la inspiración se quiebran y dispersan” (1981, p. 340). Notable es la descripción que hace la Princesa Thurn und Taxis del momento exacto en que Rilke recibió la inspiración de la Primera Elegía: “De pronto, en medio de sus cavilaciones, se detuvo, como si una voz hubiese hablado desde el ruido de la tormenta. Él permaneció atento escuchando y luego susurró en una forma apenas audible: ‘¿Qué es esto? ¿Qué es lo que viene ahora?’” (1966)

Otro modo de expresar esta particular forma de enfrentar la vida que nos propone Rilke es a través del uso frecuente del verbo *ertragen* (soportar, sobrellevar). En el Soneto N° 4 de la Primera Parte de los Sonetos a Orfeo el poeta nos dice:

“No temáis sufrir y lo que pesa
devolvedlo pues al peso de la tierra;
pesados son los montes y los mares.
Incluso esos árboles que plantasteis siendo niños,
hace tiempo que también ellos son pesados

y no podréis ya transportarlos. Pero los aires..., los espacios...”

Se soporta todo lo que pesa, todo lo que se opone al vuelo del espíritu. Pero no sólo pesan los sufrimientos, los “pesares”; la “pesadumbre”, sino también la soledad, la noche, la conciencia de la muerte e incluso Dios. Y así, en la Primera Elegía, el poeta nos dice:

“No es que puedas soportar la voz de Dios
ni mucho menos”.

Pero quizás si el ejemplo más impresionante de la importancia que tiene en la vida la actitud de soportar (en el sentido de *ertragen*) sea ese famoso verso del comienzo de la Primera Elegía, que dice:

“Porque lo bello no es sino el comienzo de lo terrible,
ese que todavía podemos soportar”.

E inmediatamente después afirmará que ese ser bello, perfecto e inalcanzable, que es el ángel, también “es terrible”, afirmación que se va a repetir al comienzo de la Segunda Elegía: “Todo ángel es terrible”. La experiencia de la belleza y de la perfección puede hacerse insoponible, y por ende terrible, como le sucedió al Príncipe Myshkin de Dostoievsky, en busca de ayuda médica en Suiza, la primera vez que contempló el lago Lucerna.

Hay que resistir las dificultades, hay que soportar los sufrimientos, pero también hay que superarlos, hay que sobreponerse a todo lo que nos pasa y pesa. Hay que superar la infancia (“Ellos han superado la infancia”, dice a propósito de unos jóvenes que hacían la Confirmación), los viajes (recordemos que Rilke permanecía poco tiempo en los lugares y estaba siempre de viaje), “los veranos en las grandes ciudades” (experiencia descrita magistralmente en su única novela, *Los Cuadernos de Malte*). Se supera la enfermedad, pero curiosamente también el amor (“Déjanos superar la noche. Y luego la enfermedad y luego el amor”). Y con respecto a éste, el poeta nos enseña que hay que sobreponerse a él desde un comienzo:

“Y, sin embargo, cuando resistís el terror de las primeras miradas y la nostalgia en la ventana y el primer paseo juntos, una vez, por el jardín; amantes, ¿seguís *siéndolo* entonces todavía?”

Pero también hay que sobreponerse a la ausencia del amado, como lo lograron en el Renacimiento las poetisas Gaspara Stampa y María Alcoforado, la famosa monja portuguesa.

Pero la gran tarea es sobreponerse al miedo, al terror, a la angustia, algo que el poeta expresa dramáticamente en la segunda parte de *Los Nuevos Poemas*, a propósito de un santo:

“Él conocía angustias, cuya aparición
era ya como un morir, casi imposible de superar”.

Otro claro ejemplo de esta concepción de la vida como peso y como sufrimiento a superar, lo encontramos en el conocido Soneto N° 13 de la Segunda Parte de los *Sonetos a Orfeo*, aquel donde comienza aludiendo al dolor de las despedidas:

“Anticípate a toda despedida, como si ella estuviera
tras tuyo, como el invierno que recién termina.
Porque entre los inviernos hay uno tan infinitamente
invierno
que si lo pasas tu corazón al fin resistirá”.

La imagen del invierno que nunca da paso a la primavera nos está advirtiendo que en la vida hay sufrimientos que no ceden y amenazas que nunca se transforman en seguridades. Por ende, sólo queda resistir, sobreponerse. ¿Significa esto que no tenemos salida y que nunca podremos librarnos de la angustia, puesto que ella constituye el núcleo de la vida misma? La solución que nos ofrece Rilke tiene dos aspectos, uno vinculado a su convicción de que siempre es posible que sobrevenga un cambio y el otro, a una profunda paradoja que es esencial a la vida y cuya aceptación podría ser la gran fórmula para evitar el caer en la depresión y en el suicidio.

El primer camino para afrontar la existencia (*bes-
tehen*) y para sobreponerse a ella es esperar el vuelco (*Umschlag*). En las Cartas a un Joven Poeta nos dice:

“Si edificamos nuestra vida con arreglo a aquel principio que nos aconseja que debemos mantenernos siempre en lo difícil, entonces esto que nos parece tan extraño se convertirá en lo más fiel e íntimo para nosotros. ¿Cómo podríamos olvidarnos de aquellos antiguos mitos que aparecen en el comienzo de todos los pueblos? El mito, por ejemplo, de los dragones que en el último momento se transforman en princesas; quizás son todos los dragones de nuestra vida princesas que esperan tan sólo vernos valientes y hermosos. Quizás todo lo terrible no sea en rigor más que lo inerte que pide nuestro auxilio.

Otro ejemplo de este vuelco o viraje que es necesario esperar siempre, lo encontramos en un esbozo escrito en París en el invierno 1913/1914:

Oh vida, vida, tiempo milagroso
que avanza de contradicción en contradicción.
A menudo es tu paso tan torpe, tan lento y tan pesado;
pero entonces, de repente, abres tus alas, de increíble anchura,
como un ángel.
Oh tiempo de la vida, ¡tú incomprendible!

En un fragmento, preparatorio para las *Elegías*, el poeta expresa esta concepción en forma aún más clara y decidida: “El peligro, la total y pura peligrosidad del mundo se transforma en protección en la misma medida en que tú la experimentes”. Pero como muy bien observa Bollnow (1956), este vuelco que en algún momento debe sobrevenir no significa una transformación permanente ni tiene lugar una sola vez en la vida. Por el contrario, en cada oportunidad habrá que conseguir ese *Umschlag* de nuevo, para lo cual será necesaria una actitud de resistencia sostenida hasta el límite.

El segundo camino de superación que el poeta nos propone es la aceptación de las contradicciones y paradojas de la existencia. Esta idea la manifestó Rilke en distintas formas y lugares, pero en ninguna parte de un modo más categórico que en una dedicatoria que escribiera en un ejemplar de su novela “Los cuadernos de Malte” a su amigo Lucius von Stoedten algún día de junio de 1924. En rigor no se trata de una simple dedicatoria, sino de un poema y de los más profundos que se han escrito en lengua alguna. No podemos en este contexto reproducirlo en su totalidad ni menos aún pretender interpretarlo en el misterio que encierra y sus infinitas resonancias. Quisiera sólo detenerme en la primera parte y en uno de los versos finales, puesto que ellos tienen que ver directamente con nuestra argumentación. La primera parte reza así:

“Así como la naturaleza abandona a los seres
al riesgo de su oscuro deseo
y no protege a ninguno ni en el suelo ni en las ramas,
así tampoco nosotros somos muy queridos por el fundamento de nuestro ser;
él nos arriesga. Sólo que nosotros, a diferencia de la planta y el animal,
caminamos con este riesgo, lo queremos,
y a veces somos más arriesgados que la vida misma
(y no por conveniencia propia)...etc

En la primera parte del poema Rilke nos muestra que la esencia del hombre es el riesgo, el vivir en peligro y esto en dos sentidos: en primer lugar, porque compartimos con el resto de los seres –plantas y animales– el abandono al que nos entrega la naturaleza y en segundo lugar, porque nosotros, a diferencia de la pasividad de ellos, al asumir voluntariamente nuestra condición, llegando incluso a amar ese peligro, al ser más osados que la vida misma, estamos creando un espacio de libertad que nos va a permitir luego acceder a “lo abierto” (*das Offene*) y a la “pura relación” (*der reine Bezug*), vale decir, a la trascendencia. No podemos detenernos ahora en estos dos conceptos fundamentales de la metafísica rilkeana.

Los otros versos son muy breves, pero representan en cierto modo el clímax de la poesía toda y la consagración definitiva de lo que hemos llamado antes la paradoja de la existencia:

“Porque lo que en definitiva nos cobija
es nuestro estar desamparados...”

Así como el Evangelio nos enseña que el hombre pierde su vida cuando intenta conservarla y protegerla a toda costa y, en cambio, la gana cuando se olvida de sí mismo, en forma de algún modo análoga Rilke nos propone que sólo encontraremos seguridad y en último término salvación justamente en su contrario, en la inseguridad, en el desamparo y en la angustia. Desde esta concepción de la vida humana, tan próxima a la de la filosofía de la existencia, se nos hace comprensible su llamado a resistir hasta el fin y a sobreponerse. Fue sin duda su propio camino para evitar la depresión y el suicidio, pero también el que nos recomienda a todos y cada uno de los mortales.

Quisiera terminar reproduciendo aquí los versos finales del *Réquiem para Wolf von Kalckreuth*, el poeta suicida, versos que –según me contara mi maestro Hubertus Tellenbach en mis años de formación en Heidelberg (1962-1966) y que más tarde viera confirmado en unas declaraciones de Gottfried Benn– constituyeron el lema de los jóvenes, tanto civiles como militares, que participaron en la resistencia contra la tiranía nazi:

“Las grandes palabras de esos tiempos, cuando el acontecer aún era visible, no son para nosotros.
¿Quién habla de victorias? El resistir lo es todo”

REFERENCIAS

1. Akiskal HS, Akiskal K. “In search of Aristotle: Temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence.” *Journal of Affective Disorders*, Volume 100, Issues 1-3, June 2007, p. 1-6
2. Andreas-Salomé L. *Narzissmus und Doppelrichtung*. Citado por E. Pfeiffer: “Rilke und die Psychoanalyse”. *Literaturwiss. Jahrbuch NF 17*: 247-320 (1976), p. 267
3. Aristóteles: *Problemas*. Sección XXX. Madrid: Editorial Gredos (2004), pp. 382-399
4. Bollnow OF. *Rilke, Dichter des Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag (1956)
5. Bollnow OF. *Rilke, poeta del hombre*. Madrid: Taurus (1963)
6. Dörr O. “Das psychische Leiden des Genies: Der Fall Rainer Maria Rilke. En: *Die Wahrheit der Begegnung* (Festschrift für Dieter Janz). R.-M. E. Jacobi, P. C. Claussen, P. Wolf (Hrsg.). Würzburg: Königshausen & Neumann (2001), pp. 431-448
7. Holthusen HE. *Rainer Maria Rilke*. Madrid: Alianza (1968)
8. Leppmann W. *Rilke*. Bern und München: Scherz Verlag (1981), p. 340
9. Northwood, H.: *The melancholic mean: the Aristotelian Problema XXX. 1*. Presented at: the Twentieth World Congress of Philosophy, Boston, MA; August 10-15, 1998. Accessed 5 July 2006 at <http://www.bu.edu/wep/Papers/Anci/AnciNort.com>
10. Rilke RM. “Brief an Marie von Thurn und Taxis vom 11.02.12”. En: *Briefe*. Band II. Frankfurt am Main: Insel Verlag (1991), pp. 217-218
11. Rilke RM. “Brief an Lou Andreas-Salomé von 30.06.03”. En: *Briefwechsel*. Frankfurt am Main: Insel Verlag (1988), p. 59
12. Rilke RM. “Brief an Lou Andreas-Salomé von 28.12.11”. En: *Briefe*. Band I. Frankfurt am Main: Insel Verlag (1991), pp. 367-372
13. Rilke RM. “Brief an Lou Andreas-Salomé von 10.01.12”. En: *Briefe*. Band I. Frankfurt am Main: Insel Verlag (1991), p. 373
14. Rilke RM. “Brief an Viktor von Gebattel von 14.01.12”. En: *Briefe*. Band I. Frankfurt am Main: Insel Verlag (1991), p. 383
15. Rilke RM. “Brief an Lou Andreas-Salomé von 20.01.12”. En: *Briefe*. Band I. Frankfurt am Main: Insel Verlag (1991), pp. 384-385
16. Rilke RM. “Brief an Marie von Thurn und Taxis vom 21.03.13”. En: *Briefe*. Band II. Frankfurt am Main: Insel Verlag (1991), p. 456
17. Rilke RM. “Brief an Lou Andreas-Salomé vom 08.06.14”. En: *Briefe*. Band I. Frankfurt am Main: Insel Verlag (1991), p. 532
18. Rilke RM. *Las elegías del Duino y otros poemas*. Traducción, prólogo, notas y comentarios de Otto Dörr Zegers. Santiago: Editorial Universitaria (2001)
19. Rilke RM. *Sonetos a Orfeo*. Traducción, prólogo, introducción y comentarios de Otto Dörr Zegers. Santiago: Editorial Universitaria (2002)
20. Rilke RM. *Nuevos poemas*. Tomo II. Traducción de Federico Bermúdez-Cañete. Madrid: Hiperión (1994), p. 95
21. Tellenbach H. *Gestalten der Melancholie*. In *Jahrb. Psychol., Psychother. U. med. Antropol.* 7: 926 (1960)
22. Tellenbach H. *Die Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag (1961)
23. Tellenbach H. “Hiob und das Problem der Selbst-Übersteigerung”. In: *Werden und Handeln*, Hrsg. von E. Wiesenhütter. Stuttgart: Hippokrates-Verlag (1963), S. 15
24. Tellenbach H. “Schwermut: die Depressivität der Genialen”. *Psycho* 10: 332-342 (1984), p. 341
25. Thurn und Taxis M. von (1966), citada por Leppmann, W.: *Rilke*. Bern und München: Scherz Verlag (1981)

ENSAYO

COMPRIENDIENDO LA ENFERMEDAD DESDE LA DINÁMICA EROS/PODER EN EL LIBRO DE JOB

(Rev GPU 2009; 5; 4: 465-469)

Mirko Igor Méndez¹, Alejandro Igor Oyarzún²

Basado en el Libro de Job, se realiza un análisis utilizando los conceptos de la psicología analítica orientado a poner de relieve la dinámica arquetípica en relación a la cual emerge la enfermedad en Job. Esta dinámica expone una dialéctica entre la polaridad del amor de Job por Yahvé con relación a la otra polaridad dinámica, ahora de poder, entre Yahvé y Satán. Se extractan y resumen contenidos esenciales del Libro de Job que permitirán estructurar una comprensión simbólica y arquetípica del enfermar utilizando como herramientas la reversión por semejanza, el concepto de verdad anímica de Jung, el concepto de enacción de Varela y elementos de mitología. Se concluye que podría comprenderse la enfermedad como una expresión dialéctica arquetípica, que involucrando al *ego* y movilizada por el *Self*, determina la transformación del ego y del Self en el proceso de individuación mediante la reelaboración de la dinámica eros/poder.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad en tanto objeto de la medicina requerido de diagnóstico y tratamiento involucra la participación subjetiva del paciente, esto es, de su psicología. Es conocida la incidencia del estado psicológico en la evolución de la patología; la naturaleza psicológica participa de la dinámica de la enfermedad. Una pregunta frecuente en los pacientes se refiere a saber por qué les ocurre a ellos en particular tal o cual enfermedad, quieren saber el *sentido* que ésta tiene,

y de saberlo hasta estarían dispuestos a sobrellevarla resignadamente. Así, la inconsciencia del *sentido* de la afección constituye a lo menos un sufrimiento agregado susceptible de aliviar si tal sentido se esclareciera. Adquiere así este último rango de necesidad y tarea psicoterapéutica.

Considerando que el *sentido* pertenece al dominio de lo psíquico (Pelegrina, 2006), que en la psicología analítica este *sentido* se relaciona con una dinámica anímica, que las Sagradas Escrituras son también realidades anímicas de carácter arquetípico (JUNG, 1973,

¹ Interno de Medicina, Campus Norte, Universidad de Chile, Ongolmo 7510 casa 64 Santiago, Chile, 56-2-98245704, mirkoigor@gmail.com

² Psiquiatra, Grupo de Desarrollo Jung-Chile, Urmeneta 790 of. 402 Puerto Montt, Chile, 56-65-98711264, alejandroigor@gmail.com

1955) y que "...los materiales históricos pueden, a su vez, arrojar luz sobre las cuestiones de la psicología individual" (Jung, 1982, p.30) es que abordamos nuestro estudio tomando como referente el Libro de Job (Biblia, 1988). Elegimos a Job principalmente por ser un hombre similar al hombre común de nuestro tiempo y que mediante su vida cotidiana con sus sufrimientos, enfermedad y actitud psicológica participa de una dinámica arquetípica que involucra a Yahvé y Satán.

LA VERDAD ANÍMICA O PSICOLÓGICA

Jung reconoce en las fundaciones del alma humana la existencia real de lo divino (Jung, 2002), manifestada en la verdad psicológica (Jung, 1955, 1982) constituida por las afirmaciones del alma expresadas en las diversas religiones y mitos; esta comprensión deriva del concepto jungiano de lo psicológicamente verdadero, el cual valora como el fenómeno psíquico en tanto *hecho* dado. No corresponde a un juicio sobre la verdad o falsedad de éste en sentido epistemológico. Esta verdad anímica es subjetiva en tanto se da en un individuo, mas objetiva en virtud de darse en un grupo mayor (Jung, 1955). En contraposición a las verdades físicas, comprobables (Jung, 1983), las "...verdades *ánimicas*, (...) no pueden ni explicarse ni probarse, pero tampoco negarse físicamente." (Jung, 1952/1973, p.7), se caracterizan por su autonomía y estar dotadas de sentido en virtud de constituir hechos del espíritu. Admiten correlato físico en tanto, "... la presencia viva del espíritu puede ir acompañada ocasionalmente de acontecimientos físicos milagrosos" (Jung, 1952/1973, p.8) abriéndose así la posibilidad de una íntima imbricación entre la dinámica del espíritu y la materia susceptible de exponerse en la enfermedad con su doble correlato psíquico y biológico.

"...Implícito en el concepto de enfermedad y de símbolo, como fue descrito, tenemos el concepto de sincronicidad. (...) Así, los fenómenos de sincronicidad muestran que lo no psíquico puede comportarse como lo psíquico y que lo psíquico, puede comportarse como lo somático, sin que exista ninguna relación causal entre ambos. Este tercer factor trascendente, que llamamos símbolo, en la conciencia revela que la psique y la materia son aspectos diferentes de una única y misma cosa.

Por tanto, toda y cualquier enfermedad tiene una expresión en el cuerpo y en la psique simultáneamente..." (Ramos, 1994, pp. 53-54).

El mito, como otra expresión del principio espiritual inasequible del alma (Jung, 1983), constituye un aspecto de lo psíquico correspondiente a una modalidad espiritual de acercarse al mundo, de configurarlo y configurarse con él. Ordena a su modo la realidad y en tanto representación inmediata del alma expone información también inmediata del mundo interior. Y en tanto imagen representativa, es espíritu vertido en el significante del modelo mítico elegido y en consecuencia portador de sentido. Un atributo esencial del mito es que pese a que sus personajes y sucesos no pertenecen al mundo cotidiano "el hombre (...) *está constituido por estos acontecimientos*" (Eliade, 1983, p.18), es decir, son inherentes al ser humano. El mito entonces en su dinamismo acaba por modificar al alma, la conciencia y al yo en tanto especialización y diferenciación de ésta, a lo cual alude Cassirer (1964/1979) cuando dice que

"...el mito no tiene su punto de partida en ningún concepto concluso del yo o del alma, ni tampoco en ninguna imagen conclusa de la realidad y del acaecer objetivo, sino que el mito tiene que obtenerlos por sí mismo, tiene que crearlos a partir de sí mismo" (p.198).

Y más adelante:

"...para el mito el concepto de alma no es ningún modelo acabado y rígido (...) sino que para él el concepto de alma es un elemento moldeable y plástico, modificable y capaz de variar de forma al manipularlo" (p.198).

Así, consideramos la historia de Job como una verdad psicológica que expresa dramáticamente la dinámica de la totalidad del alma humana, en donde la enfermedad desempeña un rol en el proceso de individuación participando de las transformaciones de orden físico y psicológico que devienen.

LA HISTORIA DE JOB

El punto de partida del Libro de Job es un cuento popular que se encuentra al inicio y al final (1, 1-2, 13 y 42, 10-17): la historia del santo hombre Job. Este poema de Job encabeza los libros de sabiduría de la Biblia (1998) correspondiente al Antiguo Testamento: es el que toca en forma más profunda las grandes interrogantes de la condición humana. Se trata de la aflicción de un hombre justo, del que Yahvé se sentía muy satisfecho; y un día cuando Satán aparece ante Dios, éste le dice si mientras andaba sobre la tierra se ha fijado en su servidor

Job, para acto seguido hacer notar lo bueno, honrado, temeroso de Dios y apartado del mal que es Job, a lo que Satán responde “¿Te crees que Job teme a Dios por nada?” (Job, 1,9) dando a entender que lo piadoso de Job se explica por la prosperidad concedida por la bendición divina. Yahvé entonces le permite a Satán que lo despoje de todo cuanto tiene, pero con la advertencia y restricción de que a él mismo no lo toque. Job pierde a sus bueyes, sus burras y los cuidadores. Sólo uno queda para llevarle la noticia. Pierde también sus ovejas y pastores. Sólo uno escapó para anunciárselo. Perdió también sus camellos y sus mozos. Sólo uno quedó para anunciárselo. Y luego perdió a todos sus hijos que estaban en la casa del mayor de ellos. Sólo un criado se salvó para anunciárselo. Aun con todo lo ocurrido, Job no se vuelve contra Yahvé.

Nuevamente Satán aparece junto a los hijos de Yahvé y Él le dice a Satán, que en vano lo ha incitado en contra de Job para arruinarlo (2,3) a lo que Satán responde: “Piel tras piel. El hombre da por su vida todo lo que tiene. Pero trata de ponerle la mano encima, dñalo en los huesos y en la carne; te apuesto a que te maldice a la cara” (2, 4-5). Yahvé dijo: “Lo dejo en tus manos, pero respeta su vida” (2,6). Salió Satán e hirió a Job con una llaga incurable desde la punta de los pies hasta la coronilla de la cabeza. Incitado Job por su esposa a maldice a Yahvé y morir, Job se niega y acepta lo ocurrido, pero esta vez no bendice el nombre de Yahvé.

Tres amigos de Job, Elifaz, Bildad y Sofar, tratan de convencerlo con extensos discursos de que el hecho mismo de sus sufrimientos –que tienen el valor de un castigo– prueba su culpabilidad. En consecuencia, debe reconocer y confesar sus pecados. Pero Job no acepta esto, él sabe que no es culpable y no se explica cómo Dios puede maltratar de modo semejante a su criatura (10, 8-22), pues nunca Job ha dejado de ver la transitoriedad y vanidad de la vida humana: “¿Por qué asustas a una hoja que vuela?, ¿por qué persigues la paja ya seca?” (13,25). Pero no logra identificar la naturaleza de su crimen: “¿Cuántos son mis errores y culpas? Hazme ver mis delitos y errores” (13, 23). La imposibilidad de comprender su culpabilidad constituye el tema central de las lamentaciones de Job. Job no abandona su fe y su confianza en Dios, y precisamente por ello afirma que “me mantendré cabal hasta la muerte. Me aferraré a mi justicia sin ceder; no me reprocho ni uno de mis días” (27, 5-6). Pero Job grita y Dios no le responde: “Te pido auxilio y no respondes, me presento y no haces caso” (30, 20).

Cuando Yahvé responde, lo hace de modo impersonal y se contenta con recordarle su omnipotencia, su obra cósmica, la complejidad del universo, la variedad

infinita de las manifestaciones de la vida y finalmente lo reprende diciéndole: “¿Tiene más que decir el censor de Shaddai? ¡Que responda el acusador de Dios!” (40, 2). En vano Job trata de refugiarse en su silencio. “Hablé a la ligera, ¿qué replicaré? Mejor si me tapo la boca con la mano. Hablé una vez, no responderé; dos veces y nada añadiré” (40, 4-5)

Finalmente, Job se reconoce culpable ante Yahvé. Inmediatamente Dios le restituye la salud y duplica sus bienes; se molesta con los amigos de Job y les perdona solamente por ser amigos de éste. Job entiende bien la lección: “si *todo* depende de Dios y Dios es impenetrable, es imposible juzgar sus actos. También será imposible juzgar su actitud para con Satanás” (Eliade, 1974, p. 358).

COMPRESIÓN ANALÍTICA DE LA ENFERMEDAD

Es significativo que siendo Job un hombre reverente de la divinidad tenga que padecer los sufrimientos “autorizados” por Yahvé, el que desde la perspectiva analítica constituye una personificación secundaria del *Self*. Analíticamente, Dios puede ser entendido como “...una función del inconsciente, es decir, la manifestación de la dosis escindida de libido activada por la “imago” de Dios” (Jung, 1985, p. 323); expresión colectiva del más potente e irrestricto acúmulo de libido inconsciente. Por otra parte, Job y su vida constituyen el ámbito en que se manifiesta y encarna la dinámica y las consecuencias de la dialéctica entre Yahvé y Satán; aun más, estas consecuencias se dan en su cuerpo o como diríamos con Byington (2006), en la dimensión corporal del símbolo. Los tres amigos de Job intentan aplicar en él los conceptos de una ética tradicional, antigua diríamos con Neumann (1960), sin embargo Job no acepta esta imposición que le suena falaz; más tarde los amigos serán castigados por esto mismo. Job quiere escrutar en el dominio arquetípico; su actitud psicológica es distinta a la de sus amigos, está en una posición de elaboración simbólica diferente, más avanzada, que propicia la relatividad simbólica en tanto su relación dialéctica con divino le resta absolutismo a este último mediante el retiro de libido proyectada.

Entendiendo que la enfermedad implica una desconexión en el eje ego-Self o una disfunción en el eje simbólico, entonces la enfermedad de Job está haciendo presente esta disfunción constituyendo una expresión sombría; “...un síntoma sería una representación simbólica de una desconexión en el eje ego-Self, el cual puede ser corporal (enfermedad física) o psíquico (enfermedad mental)...” (Ramos, 1994, p. 47). Éste es un tema sumamente importante en la experiencia

humana de incorporar en la funcionalidad de la conciencia la presencia del mal en la vida, y que no pocas veces resulta inasimilable por el ego manifestándose en una neurosis transbiográfica que trueca el modo habitual de funcionar de la persona a una modalidad más deficitaria (Roa, 1959) o bien da paso a una enfermedad física. Sumando a esta hipótesis la opinión de Jung de que

“...la finalidad básica, tanto de la neurosis como de cualquier manifestación de lo inconsciente, sería la de compensar una actitud unilateral de la conciencia, revelando la actitud necesaria para que el ego pueda integrar el material reprimido” (citado en Ramos, 1994, p. 54).

Estamos ahora en condiciones de preguntar con Job: “¿Por qué asustas a una hoja que vuela y persigues la paja ya seca?” (13,25) “¿Cuántos son mis errores y culpas? Hazme ver mis delitos y errores” (13, 23). Las preguntas a menudo portan el germen de la respuesta, y así en tanto Job es siempre un hombre de una conciencia devota y consecuentemente ha tenido también conductas devotas, irreprochables, por otra parte no parece ser un enfermo mental ya que ha podido construirse una vida de progreso y estabilidad entonces ¿qué hay que corregir?: vamos a proponer: que esto justamente, sea una vida unilateralmente buena, perfecta, feliz.

La segunda pregunta o problemática es sobre cuál sería la disfunción ego-Self. Y a esto responderemos: que el mismo Job, que ya avanzado en el proceso de individuación necesita dar otro paso adelante, por supuesto inesperado para él, para su ego. Ha de ser inesperado, sorpresivo, ya que se trata de un contenido inconsciente. Lo luciférico, la sombra, clama por su integración en pos del avance del proceso de individuación. Planteamos que el mismo Job se encuentra en proceso de elaboración simbólica, va a pasar a otra etapa si su ego logra asimilar al menos parcialmente la potencia del numen en movimiento. El avance es un acumulativo suceder, capa a capa. Capa o piel expresa en Job una triple e imbricada significación: órgano blanco de la sombra en tanto epifenómeno del complejo a alcanzar con certeras palabras en la terapia como expresión del símbolo de las flechas de Quirón. Apremio progresivo de la sombra, “Piel tras piel...” (2,4). Satán, como personificación secundaria de la sombra (Byington, 2006) profundiza el llamado intensificando el remezón del ego. Job es un adelantado y se acerca a la “puerta estrecha”, la exigencia al ego es mayor, éste se siente peligrar. La piel es la envoltura del ego, el límite de éste ante los ojos de la conciencia ordinaria; Job está en una etapa

requerida de transformación hacia una ampliación del ego que permita el advenimiento del Self, acceder a la contemplación del Todo. Pero esto ya está ocurriendo, habla con Dios y éste le responde, hace ostentación de su poder, y le muestra sus maravillas, lo iridiscente de las formas de vida, lo informe y monstruoso en el Leviatán y Behemot como expresiones de la naturaleza humana básica, instintiva, pero también “...donde empiezan los caminos de Dios” (Jung, 1985, p. 358), es decir, el proceso hacia la domesticación de la libido. Job ha accedido al último escaño de la elaboración simbólica de su vida: la contemplación y la totalidad. En el Nuevo Testamento Yahvé devendrá en el Padre Bueno, entonces esta tarea discriminadora personal de Job se insertará en la historia de la evolución de la divinidad, del hombre y de la conciencia.

Distinguimos en Job dos momentos, el primero cuando su propio cuerpo aún no ha sido y el segundo en que esto sí ocurre. ¿En qué reside la diferencia?: creemos que en la primera fase hay un dolor más psíquico, emotivo, esto es, más cercano o familiar al ego por lo cual mantiene su patrón de conducta y Job persiste bendiciendo a Dios; su ego en realidad no ha cambiado, requiere un remezón mayor, Job no ha vivido en el cuerpo la transformación. Es en la segunda fase donde Job habla con Dios, es decir, se conecta con el Self, restituyendo la comunicación y el flujo en el eje simbólico. De esta observación podríamos postular que la enfermedad como dolencia y símbolo es crucial para reconexionar a Job con el Self.

“...la somatización sería el límite impuesto por la naturaleza frente a un exceso de energía canalizado unilateralmente. La naturaleza contrabalanearía esa tendencia a través del cuerpo como si buscara un medio más efectivo para realizar sus metas” (Ramos, 1994, p. 55).

La dolencia física de Job implica un llamado doloroso insoslayable a la conciencia y una participación total, inteligible analíticamente como una activación del arquetipo de Pan, que satisfaciendo la necesidad de imbricar lo somático y lo psicológico posibilita la transformación y ascenso de elaboración simbólica portando vivencialmente las etapas previas y expresando la actividad de la función trascendente.

Es interesante destacar que durante la primera fase de sufrimientos de Job siempre queda una persona viva en la escena del daño, que cumple la función taxativa y reiterativa de poner en conocimiento de Job lo que ha acontecido y que determina su dolor, como si para Yahvé, el Self, fuera importante que Job tenga

conocimiento cabal de lo acontecido y no quede en lo inconsciente. A través de estos sobrevivientes como intermediarios, Yahvé mismo se comunica. Actúan propiciando la función trascendente para las sucesivas discriminaciones.

REFLEXIONES FINALES

Postulamos que la enfermedad tendría la finalidad de promover la diferenciación progresiva tanto del ego como del Self, evidenciado en que desde el episodio de Job, Yahvé cambia tornándose más humanitario (Jung, 1952/1973) y evoluciona *con* Job, quien ve restituida una nueva estabilidad; se discriminan y diferencian mutuamente. Más tarde este sufrimiento, injusto pero con sentido, experimentado por Job, será vivido por Dios mismo encarnado en Cristo. Analíticamente, se podrá decir con Jung que "...por una parte puede entenderse al hombre como una función de Dios y por otra parte a Dios como una función psicológica del hombre" (1985, p. 322).

Job es un hombre amante de Dios y justamente es este sentimiento el que lo ha llevado a conocerlo en su aspecto ostentoso, poderoso y terrible. Lo unitivo del eros ha movilizó a Dios y al hombre en contextos específicos. La movilización primaria proviene del arquetipo pero exige de Job, del ego, la introspección. Se codeterminan.

Nos parece interesante destacar que el relato bíblico involucrando al hombre con el Todo en una dinámica muestre similitudes con el concepto de Self jungiano y los modernos conceptos de emergencia y enacción de Varela que bien podrían considerarse como una formulación biológica de la dinámica de individuación,

"...la mayor capacidad de la cognición viviente consiste en gran medida en *plantear* las cuestiones relevantes que van surgiendo en cada momento de nuestra vida. No son predefinidas sino enactuadas: se las hace emerger de un trasfondo, y lo relevante es aquello que nuestro sentido común juzga como tal, siempre dentro de un contexto" (Varela, 1990, p. 89).

El enfoque enactivo engloba y supera al conexionismo y al cognitivismo al incorporar el valor del sentido común y la temporalidad en el vivir; en este sentido Varela (2002) dice seguir a los fenomenólogos Husserl y

Ponty e implica dejar atrás el mundo como representación, en la medida que éste pasa a ser entendido como *surgiendo* o *modelándose*, enfatizando la acción, donde sujeto y objeto se determinan uno al otro. Son correlativos. Lo mismo creemos ver en la vivencia de sincronicidad: de pronto, súbitamente, se tiene conciencia de una asociación significativa, de una conexión de sentido, donde la temporalidad –el elemento nuevo considerado en el concepto de enacción– adopta un carácter sustantivo. Importa aquí resaltar el rol y estatus del ego, porque en último término es una persona total viva quien se perca y acentúa la conexión significativa dada en el fenómeno de sincronicidad que emerge como objeto. Así mismo, Job *enactuó* una peculiar concienciación en la concatenación de eventos.

En síntesis, entendemos la enfermedad como una estación sombría desentumecedora del ego, propiciatoria de la búsqueda de sentido al interior del proceso de individuación y epifenómeno de una dinámica arquetípica evolucionaria.

REFERENCIAS

1. Biblia de Jerusalén. (1998). Barcelona: Desclée De Brouwer, S.A
2. Byington C. (2006). Psicopatología simbólica jungiana. En H. Saldivia (Ed.), *Psicopatología psicodinámica simbólica-arquetípica* (pp. 15-45). Montevideo: Prensa Latinoamericana
3. Cassirer E. (1964/1979). *Filosofía de las formas simbólicas* (1ª Reimpresión). Mexico D. F.: Fondo de Cultura Económica
4. Eliade M. (1974). *Historia de las creencias y de las ideas religiosas*. Vol. 1. Madrid: Cristiandad
5. Eliade M. (1983) *Mito y realidad* (5ª ed.). Barcelona: Labor
6. Jung CG. (1955) *Psicología y religión* (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós
7. Jung CG. (1952/1973). *Respuesta a Job* (1ª Reimpresión). Mexico D. F.: Fondo de Cultura Económica
8. Jung CG. (1982). *Símbolos de transformación*. Buenos Aires: Paidós.
9. Jung CG. (1983). *Los complejos del inconsciente* (6ª ed.). Madrid: Alianza Editorial
10. Jung CG. (1985). *Tipos psicológicos*. Buenos Aires: Sudamericana
11. Jung CG. (2002). *Los arquetipos y lo inconsciente colectivo*. O. C. Vol. 9/1. España: Trotta
12. Neumann E. (1960). *Psicología profunda y nueva ética*. Buenos Aires: Fabril
13. Pelegrina H. (2006). *Fundamentos antropológicos de la psicopatología*. Madrid: Polifemo
14. Ramos D. (1994). *A psique do corpo: Uma compreensao simbolica da doenca*. Sao Paulo: Summus
15. Roa A. (1959). *Psiquiatría*. Santiago: Andrés Bello
16. Varela F. (1990) *Conocer: Las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales*. Barcelona: Gedisa
17. Varela F. (2002) *El fenómeno de la vida* (2ª ed.). Santiago de Chile: Dolmen

ENSAYO

EDIPO REY: UNA RELECTURA PSICOLÓGICA

(Rev GPU 2009; 5; 4: 470-474)

César Ojeda

El tema de la tragedia “Edipo rey” fue descrito como un fenómeno universal del desarrollo psicosexual de los seres humanos por Sigmund Freud en su trabajo de 1901 “La interpretación de los sueños” y, específicamente, en el apartado sexto, “Material y fuentes de los sueños”¹. Como fenómeno psíquico es hoy ampliamente conocido por psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas, pero además se ha integrado a la cultura occidental y al lenguaje corriente. Como es conocido, la tragedia fue escrita por Sófocles en el siglo V a. de C. A pesar de las innumerables exégesis que el fenómeno edípico ha recibido a lo largo de centurias, parece ser una fuente inagotable de inspiración en la vida de los seres humanos².

Como es sabido, Sófocles vivió en la Grecia antigua desde el 496 al 406 a. de C., época conocida como el Siglo de Oro. En ese momento surgen los grandes trágicos, Esquilo, Sófocles y Eurípides; la filosofía con Anaxágoras, Sócrates y Platón; la ciencia histórica con Heródoto y la escultura con Fidias. Allí fueron construidos el Partenón y el templo de Atenea y, junto a ello, Grecia prosperó económicamente. Aquella época, además de ser llamada el “Siglo de Oro”, es conocida como el siglo de Pericles³. Aún joven, Sófocles perteneció a la generación que recibió los frutos de la paz determinados por

la victoria en Salamina. Escribió alrededor de 130 obras, de las cuales sólo quedaron para la posteridad siete, y entre ellas, “Edipo rey”.

Sófocles nació en Colona, cerca de Atenas, en el seno de una familia acaudalada, lo que le permitió una refinada educación. Era una figura amada por el pueblo griego, rivalizando con Esquilo, al que derrotó en las contiendas “culturales” en numerosas oportunidades. Tal vez su consagración definitiva la obtuvo con “Antígona”; sin embargo, con siglos de perspectiva, “Edipo rey” parece ser su obra culminante.

¹ Freud S. *Obras completas*, Vol. 1 (Traducción directa del alemán por Luis López-Ballesteros y de Torres, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1967), págs. 388-89-90.

² Ver, por ejemplo: Campbell. J. *El héroe de las mil caras: psicoanálisis del mito*. Fondo de Cultura Económica, México, 1959.

³ La biografía de Pericles, no obstante, fue notablemente trágica. Después de conducir a Grecia al esplendor cultural, decidió engrandecer aún más a Atenas, y de esa ambición surgió una interminable guerra con Esparta, llamada guerra del Peloponeso. A fin de salvar a los griegos, ante la imposibilidad de vencer en dicha guerra, Pericles concentró a toda la población en la ciudad, dejando los campos al asolo de los espartanos. Se enorgullecía Pericles de que jamás había sacrificado innecesariamente la vida de ningún ateniense. Pero las consecuencias del apiñamiento en la ciudad no tardaron en llegar, destándose una mortífera epidemia, de la cual fue víctima el mismo Pericles, y que lo condujo a la muerte.

EL ORÁCULO

Estrictamente, “oráculo” (del latín *oraculum*) significa “la respuesta que Dios da, por sí mismo o por sus ministros”. Sabemos que toda respuesta lo es a una pregunta, y que toda pregunta es una búsqueda y una necesidad guiadas por un *pre-conocimiento* de aquello que “falta”.⁴ Pero el término “oráculo” y su significado es muy anterior al cristianismo y a las religiones monoteístas, y probablemente deriva de la palabra griega *ορασις*, que significa “visión, espectáculo, mirada y figura”. De este modo el concepto queda mejor descrito como la “visión que las pitonisas y sacerdotes de la gentilidad pronunciaban, como dada por los dioses, a las consultas que ante sus ídolos se hacían”.

Los que visitaban el oráculo debían ascender a través de oscuros y tenebrosos desfiladeros. Llegaban cargados de ofrendas de los más variados tipos, siendo frecuentes objetos de oro y plata. El solicitante debía entregar su consulta por escrito. Entonces la sacerdotisa, o Pitia, era llevada al templo. Allí ejecutaba un ceremonial riguroso: mascaba en primer lugar una hoja de laurel sagrado, y luego bebía y se bañaba en las aguas del arroyo subterráneo. Luego se sentaba en un trípode de oro en el centro del templo e inhalaba los vapores que emanaban de una grieta en el suelo. Esos vapores eran el divino aliento de Apolo, el dios universalmente querido, conocido también como Febo. Respondía entonces en un lenguaje desconocido que los sacerdotes traducían para el consultante, pero que nunca era una respuesta directa, sino que preferentemente acertijos y metáforas.

Apolo conducía el carro del sol y era el dios de la luz, tanto del día solar como del entendimiento: fuerte y hermoso, reunía todo lo que el pueblo griego admiraba. Belleza, verdad, pureza, inteligencia y armonía “masculinas” eran sus atributos indiscutidos. Estas virtudes lo hacían tener el rango de dios de la música, la poesía, la profecía, la medicina y la caza. Apolo era hijo de Zeus y Leto, y hermano mellizo de Artemisa. Apolo se crió en la isla de Delos, pero pronto se radicó en el norte de Grecia, tierra del hiperbóreo, de la eterna primavera y del sol derramando luminosidad en todo el entorno.

Regresó a Delfos siendo aún niño, y su primer “servicio a la humanidad” fue dar muerte con su dorado arco a la gran serpiente Pitón que aterrorizaba a las gentes

de las cercanías de Parnaso. Intentando immortalizar su lucha victoriosa, Apolo instituyó los “juegos pitios”, en los cuales los griegos podían competir en carreras, luchas y otros torneos de fuerza.

EDIPO REY

Brevemente, podemos recordar la tragedia *Edipo rey* de la siguiente forma: el dios Apolo castiga a Layo, rey de Tebas, por haber cometido el pecado de sodomía con Crisipo, hijo de Pélope, y con tal práctica haber introducido la homosexualidad en Grecia. El Oráculo de Delfos da a conocer a Layo el divino decreto: “serás muerto por tu hijo, quien luego se casará con su propia madre y tendrá descendientes con ella”.

Al nacer Edipo, Layo le amarró fuertemente los pies, le atravesó los tobillos con una hebilla y le encargó a un criado que lo abandonara en el monte Citerón: con la muerte del niño el oráculo no se cumpliría. El criado desobedece la orden del rey y lo entrega a un pastor corintio, el que lo lleva a esa ciudad (Corinto) donde fue adoptado por el rey Pólipo y su reina, quienes lo bautizaron con el nombre de “Edipo”, que significa “el de los pies hinchados”. En Corinto Edipo creció y se hizo hombre en la corte del rey. En una ocasión en que alguien se mofó de su origen ignorado, Edipo le rogó a Polibio que le descubriera la verdad, pero el rey se rehusó a hacerlo. En pos de encontrar su origen, Edipo se dirigió secretamente a Delfos a consultar al oráculo, el que le respondió lo mismo que a Layo: “matarás a tu padre y te casarás con tu madre y tendrás hijos con ella que serán la vergüenza de la raza humana”.

Durante el camino de regreso se cruzó con un anciano que viajaba con cinco criados. No se entiende bien ni son claros los motivos de la disputa que finalmente concluyó con la muerte del anciano y cuatro de sus criados por la mano de Edipo. Sólo sobrevivió un “testigo”. El anciano era Layo, su padre. Así se cumplía la primera parte de la profecía, pero Edipo lo ignoraba.

Después de ese episodio sangriento, Edipo se encamina hacia Tebas. No desea volver a Corinto, puesto que allí moran los que él cree son su padre y su madre, y por lo mismo está huyendo, alejándose, con el propósito de eludir la profecía. Pero, como hemos visto, en esta misma huida ya parte de ella se ha cumplido.

A la sazón, Tebas estaba bajo la amenaza de la Esfinge. ¿Qué era la Esfinge? No era una simple y gran serpiente, sino que un monstruo con alas y cabeza de mujer, cuerpo de león y cola de serpiente. Esta extraña contextura no puede ser pasada por alto: cabeza femenina, cuerpo masculino y cola ambigua: la serpiente es

⁴ Para una ampliación ver: Ojeda C. *La Presencia de lo Ausente*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 1998.

femenina, pero sin duda, también, la más notable representación del falo. Esta figura sexualmente compleja puede parecer rebuscada en una mirada superficial, sin embargo, el lector debe recordar que la tragedia tiene su *origen* en un tema sexual: la homosexualidad de Layo. La Esfinge habitaba cerca de Tebas, y salía al paso de quienes se dirigían a la ciudad obligándolos a resolver un acertijo. Si no lograban resolverlo, les daba muerte. Y, ¿cuál era el acertijo? Rezaba: ¿quién es el animal de entre todos los seres vivientes, que en la mañana anda sobre cuatro pies, al mediodía sobre dos y en la tarde sobre tres y que es más débil mientras más pies tiene? Si el lector intentara responder este acertijo debiera reparar en el inicio de éste: efectivamente la Esfinge pregunta por un *quién*. Y ¿quién puede ser un *quién*? La respuesta de Edipo fue inmediata: sólo el ser humano puede ser apelado y responder como un *quién*. ¿Quién? Ese que yo soy: mí mismo. “El hombre es ese animal –respondió Edipo sin titubear: cuando niño gatea, cuando adulto se endereza y camina sobre sus dos pies, y cuando viejo, está obligado a un tercer pie, a un bastón”. La Esfinge aceptó entonces la derrota y lanzándose cerro abajo encontró la muerte. ¿Fair play? ¿Matar o morir? ¿No habría bastado con dejarle paso a Edipo en su camino a Tebas? Este triunfo de Edipo tiene una importancia crucial. Edipo ha ganado en esta oportunidad y, con más complejidad y astucia, había repetido la hazaña de Apolo, el que, como hemos ya señalado, da muerte con su arco dorado a la serpiente Pitón que asolaba a Delfos. Apolo era un dios inmortal, Edipo en cambio, sólo un ser humano. ¿Qué hazaña es el que un inmortal como Apolo mate a una serpiente si no tiene él mismo la posibilidad de morir? Sin embargo, en medio del riesgo de su propia muerte Edipo posee dos armas contundentes: su espada (aquella con la que mata al anciano y sus criados) y su inteligencia, con la que mata a la Esfinge. Actúe o piense, Edipo posee un poder innegable. Y Apolo lo sabe. Cuenta con ello.

El pueblo tebano ofrecía una recompensa a quien venciera a la Esfinge: casarse con la reina viuda y ser coronado rey. Ignorándolo, Edipo efectivamente se casa con su madre, la reina Yocasta, con la cual tiene cuatro hijos: dos mujeres, Antígona e Ismena, y dos hombres, Esteocles y Polonices. Se cumple así la tercera parte de la profecía.

En ese mismo momento Tebas era asolada por diversas calamidades. En este punto se inicia la tragedia. Como se aprecia, todos estos antecedentes eran conocidos por los espectadores, y la obra consistía más bien en el tomar conciencia los protagonistas de que, a pesar de la huida, el oráculo se había cumplido.

LA TRAGEDIA

Edipo manda a su cuñado Creonte a consultar el oráculo de Delfos, para saber cómo enfrentar las calamidades que afligen y diezman a su pueblo. Apolo responde que es necesario expulsar al asesino de Layo, cuya presencia en Tebas era la causa del enojo de los dioses y las pestes que siembran desolación en la ciudad. Edipo recurre entonces al adivino ciego Tiresias para encontrar al culpable, pero Tiresias se niega a decirle la verdad. Edipo monta en cólera y lo increpa duramente. Finalmente Tiresias le confiesa que él, Edipo, es el asesino del rey Layo y revela la concupiscencia en la que vive con Yocasta. Edipo no cree la acusación de Tiresias, y la interpreta como un intento del adivino y Creonte (hermano de Yocasta) para derrocarlo. Discute duramente con él y lo amenaza con el destierro o la pena de muerte. Al oír la discusión de ambos, sale la reina Yocasta y trata de apaciguar las iras de su marido. Yocasta le cuenta entonces la predicción del dios Apolo, pero le agrega que la profecía no se ha cumplido, puesto que Layo, el verdadero padre de Edipo, ha muerto en un cruce de caminos, asesinado por unos bandidos extranjeros. Viene entonces a la memoria de Edipo el episodio de la reyerta en el camino hacia Tebas, lo que le produce una tormentosa duda, pues piensa que tal vez es efectivo que él mismo sea el asesino. Para salir de esta agobiante incertidumbre manda a buscar al único sobreviviente de esa matanza, un antiguo criado de Layo.

Mientras tanto, un mensajero ha llegado a palacio anunciando la muerte del rey Pólipo y la proclamación de Edipo como futuro rey de Corinto. Edipo se siente triste, pero al mismo tiempo aliviado: si su padre es Pólipo, la primera parte de la profecía no se ha cumplido. Le revela entonces al mensajero su temor de regresar a Corinto y hacer realidad el matrimonio con su madre. En ese momento el mensajero le confiesa la verdad sobre su nacimiento: él lo recogió de manos de un pastor en el monte Citerón y lo llevó a Corinto donde fue adoptado por los reyes Pólipo y Mérope. Yocasta se angustia profundamente y le ruega a Edipo que no siga indagando, pero éste no puede detenerse en la búsqueda de su origen. Yocasta horrorizada se ha dado cuenta que ha estado casada con su hijo y desesperada entra a palacio exclamando: “¡Ay, ay, infortunado, que eso es lo único que puedo decirte, porque en adelante no te hablaré ya más!”

Muy pronto llega el viejo pastor, siervo de Layo y sobreviviente de la matanza del camino. El pastor se resiste a decir lo que sabe, de modo que Edipo, desesperado lo amenaza con torturarlo. Finalmente reconoce que el niño le fue entregado por Yocasta para que lo

abandonara a la muerte en el monte y que él, por compasión, lo entregó a un pastor corintio (el mensajero).

Las cosas se precipitan. Un criado sale de palacio y anuncia que Yocasta ha muerto, ahorcándose. Edipo, al enterarse, se abalanzó a la habitación intentado soltar el lazo del cuello de Yocasta, pero ya es tarde y ella cae. Entonces Edipo quitó del manto de Yocasta los broches con que se lo prendía y se los clavó en los ojos, gritando que esos ojos no verían en adelante a quienes no tenían que haber visto, que no conocerían ya a los que no debían conocer, que ya no serían testigos. Luego, decide desterrarse. Antes de partir, Edipo encomienda sus dos hijas, Antígona e Imena a su cuñado Creonte y parte al Monte Citerón, allí donde debió haber muerto poco después de haber nacido. Apolo había en definitiva vencido, pues su profecía se había cumplido.

PREDESTINACIÓN Y LIBERTAD

La tragedia como género es un escenario de lucha, de allí que el héroe trágico sea denominado *prot-agonista* (introducido por Tespis); Esquilo hará actuar a un segundo personaje que se donomirá *deuter-agonista*, y finalmente Sófocles un tercero llamado *trit-agonista*, que en griego significan “primer”, “segundo” y “tercer” luchador, respectivamente. Pero, ¿entre quiénes se ejecuta esta lucha? En el caso que nos ocupa, ¿es una lucha entre Edipo y el destino? Evidentemente no hay aquí un destino neutro, sino una predestinación decidida por un dios: Apolo. Y Apolo, como todos los dioses del Olimpo, era algo así como un ser humano, pero inmortal. El oráculo de Delfos, si bien tiene el poder de la profecía, también el de *crear* el destino, y de crearlo por motivaciones diversas, como por ejemplo, la venganza, el resentimiento, la envidia o el deseo. Recordemos que el templo de Delfos era el templo de Apolo. La sacerdotisa, antes de responder las consultas de los visitantes, se bañaba en el río subterráneo y “respiraba” los vapores del aliento de Apolo. Es decir, la sacerdotisa era el eslabón entre Apolo y los traductores que finalmente daban expresión griega a la incomprensible lengua en la que ella hablaba. Pero esta sacerdotisa o “medium” recibía el nombre de “Pitia”. Y esto, al igual que los “juegos pitios”, corresponden al recuerdo de la hazaña del joven Apolo de haber dado muerte con su dorado arco a la serpiente Piton que asolaba en las cercanías de Parnaso. Si recordamos además que Apolo era el “dios bello”, el dios de la “luz y del sol”, de la “caza” y la “profecía”, amado por hombres y mujeres, podremos vislumbrar que el castigo a Layo, padre de Edipo, por haber “introducido” la homosexualidad en Grecia, requiere de más de una reflexión. ¿Por qué el castigo se ensaña con

la criatura producto de los aspectos heterosexuales de Layo, como es el engendrar en Yocasta a Edipo? ¿Castiga Apolo la homosexualidad de Layo o directamente su heterosexualidad?

Es evidente que Edipo es inocente, y la condena a Layo (condena que simplemente podría haber consistido en darle muerte) se extiende más allá de toda proporcionalidad. No basta su muerte, sino su muerte *por la mano* de su hijo, obviamente, heterosexualmente concebido. ¿No expresa esto un odio profundo a la filiación? Pero, además, dicha condena se extiende: Edipo no sólo matará a su padre sino que se casará con su madre y tendrá hijos con ella “que serán la vergüenza de la humanidad”. ¿Qué implica esto? ¿No implica el llevar la heterosexualidad al punto de su transgresión máxima, como es el incesto y a una descendencia “espuria”? Sin embargo, Edipo nunca se enteró de que mataba a su padre y amaba como hombre a una mujer que era su madre, puesto que para él sus padres eran Pólibo y Mérope. He aquí una de las formas clásicas de la debilidad de los dioses griegos: la ignorancia. ¿No sabe Apolo que el incesto es posible sólo en aquellos seres que son capaces de reconocer a sus padres? Los mamíferos se cruzan con la hembra en celo, y en la etapa adulta *jamás reconocen a sus padres*. Si Edipo está engañado, no hay incesto sino amor. No hay perversión sino el llevar a cabo lo que surge como natural, espontáneo y bello.

Pero, ¿qué es lo que irrita a Apolo?

EL ORIGEN

Parece evidente que Apolo no desea la muerte de Edipo, sino humillarlo, doblegarlo, hacerlo suplicante, situación sádica que al parecer enardecía las pasiones del dios del hiperbóreo. Pero Edipo no participa de esa figura perversa. De allí que Apolo deba valerse, para hacer cumplir su sádica profecía, de una aparente “debilidad” humana: los hombres necesitan conocer su origen, y éste no puede ser otro que el saber quiénes fueron sus padres. Tal vez por eso la tragedia se desenvuelve desde el momento en que Edipo duda respecto de ser hijo de Pólibo y Mérope, e ingenuamente consulta al oráculo de Delfos. Pero Apolo no responde la pregunta sino que expresa sólo la condena inapelable. A partir del conocimiento de la profecía y aún engañado respecto de su origen, Edipo empieza su lucha, es decir, se transforma en protagonista.

No obstante, ¿qué sentido tiene esta lucha, si se sabe de antemano condenada al fracaso? La respuesta de Edipo a la predestinación es de la más profunda rebeldía, y en ningún caso de una pasiva aceptación. Esta rebeldía, a nuestro juicio, define la tragedia. No

dice Edipo: “bueno, el destino está ya establecido y nada tengo que hacer al respecto, salvo aceptarlo”. Por el contrario, pareciera que el héroe trágico considerara ese destino injusto, brutal, irritante e inaceptable. Sin embargo, *también* le parece que él es *responsable de lo que ocurra y de ese mismo destino*, aunque este destino no tenga su fundamentado en él mismo. ¿Cómo entender este “hacerse cargo” de lo no elegido? ¿Por qué sentir responsabilidad sobre una arbitraria predestinación? Creo que la respuesta a estas interrogantes se sitúa en el camino de lo heroico. Efectivamente, no es el mero hecho de “hacerse cargo del destino” lo que expresa la actitud trágica, sino la de hacerse cargo del destino, pero de “cierta” manera. ¿Y cuál es esta manera? La de una apropiación “rebelde”. Esta apropiación consciente del destino es la que da altura al héroe trágico.

LA OSCURIDAD

Pero la batalla entre Edipo y Apolo se expresa con elocuencia al final de la tragedia. Al conocer la verdad, Edipo se arranca los ojos con los prendedores de la túnica de Yocasta, una vez que ésta ha consumado el suicidio, ahorcándose. Pero, ¿por qué Edipo, en vez de seguir el camino de Yocasta, y suicidarse en la humillación, decide cegarse y autoexiliarse? Se trata tal vez del último y más radical acto de rebelión en contra de la divinidad de Apolo. Efectivamente, Apolo es el dios del sol, de la luz y de la visión del futuro. La oscuridad definitiva que Edipo elige es la forma final de vencer al dios de la luz y de la visión, y de ese modo, dejarlo en la total impotencia.

ENSAYO

¿DE QUÉ ERA CULPABLE EDIPO?

(Rev GPU 2009; 5; 4: 475-480)

Daniel Malpartida

PRIMER ACTO

Edipo ciego y errante recorre los campos de Grecia guiado de la mano de su hija Antígona. Al final de su largo camino llega a una zona sagrada. Ahora está en las afueras de Atenas, pero él no lo sabe. El lugar que los dos pisan pertenece a las diosas de las tinieblas y a la diosa tierra. Los campos son de Neptuno y del Titán Prometeo. Para los usos legales el lugar es de un personaje célebre del cual poco o nada se dice: a lo sumo que es protector de las gentes y que se llama Colono. El soberano es el Rey Teseo que gobierna con sabiduría y aplomo a la ilustradísima Atenas. Teseo –el rey– es hijo y sucesor de Egeo. Los significantes y los personajes anudan otra historia que se irá desentrañando a partir de los dictámenes del Oráculo. El Oráculo había profetizado que la ciudad que poseyese el cadáver de Edipo enterrado sería invulnerable.

Edipo- ¿Puedes decirme en qué sitio estamos?

Antígona- Sé que estamos en Atenas, pero desconozco el sitio- pág. 222 (1)

(En adelante todas las citas pertenecen a Edipo en Colono)

Un extranjero les dice que el lugar que pisan es sagrado. Edipo solicita ver al rey, pues explica al extranjero que su presencia en esa tierra es para que obtengan un gran beneficio.

Edipo y Antígona son recibidos por el coro de ancianos que representan a la ciudad. El Coro se encuentra con el hijo de Layo y horrorizados escuchan su historia. La primera reacción de los sabios es expulsarlo, pero aquí es cuando Edipo aparece firme en su decisión

y argumenta frente al coro que es sin duda la representación del Súper Yo cultural.

La defensa de Edipo es brillante y los sabios acceden a que permanezca en el lugar en tanto llegue el rey Teseo.

Edipo exclama: –¿Cómo es posible que yo sea de índole depravada si no he hecho más que repeler el daño que sufría, de manera que aunque hubiese obrado con pleno conocimiento no podía ser criminal? Sin conciencia, pues, de mis actos llegué a donde he llegado; mientras los que me hicieron sufrir, me perdieron con pleno conocimiento.....pues llego aquí consagrado a los dioses y lleno de piedad; trayendo además provecho a los habitantes de este país. Pág. 233

Ahora Edipo, ciego como Tiresias, es poseedor de un conocimiento y un secreto que debe transmitir a Teseo; rey de Atenas. Los personajes entran al escenario y es el turno de la segunda hija de Edipo: Ismena quien le informa a su padre de los recientes Oráculos habidos sobre la ciudad de Tebas.

Edipo- ¿Es qué tenías esperanzas de que los dioses tuvieran algún cuidado de mí, de modo que algún día me pudiera salvar?

Ismena- Sí padre, según recientes oráculos-

Edipo- ¿Cuáles son? ¿Qué han profetizado hija?-

Ismena- Que los tebanos te han de buscar algún día, vivo o muerto, por causa de su salvación-Pág. 238

Edipo debe ser enterrado en los límites de la ciudad de Tebas y con los debidos honores. Un contrapunto se desata entre las dos ciudades. Edipo no sólo guarda el secreto de la clave sino que es la pieza de la discordia y él lo sabe.

Precisamente Creonte, hermano de Yocasta pronto vendrá en su busca. El destino inexorable se despliega

sobre las ciudades y los personajes. Es el Oráculo de Apolo quien ha pronunciado los designios. Así mismo fueron los dioses Hera y Apolo quienes enviaron la Esfinge a Tebas como castigo una vez que Layo transgrediera las normas de la hospitalidad

A continuación Edipo se queja de sus dos hijos que prefieren luchar entre sí por el trono, que acercarse a él.

El Coro escucha: "mis propios hijos, pudiendo socorrerme, nada quisieron hacer; sino que por no decir ni siquiera una palabra en mi favor, desterrado de mi patria, me obligaron a vagar mendigando mi sustento. En cambio, de estas dos doncellas, a pesar de la debilidad de su sexo, recibo el sustento de mi vida, la seguridad de mi albergue y los cuidados de familia. Ellos menospreciando al padre que los engendró, han preferido sentarse en el trono, empuñar el cetro y gobernar el país: pero no crean que me han de tener en su ayuda..." y más adelante... "Sé muy bien todo esto, no sólo por los oráculos que acabo de oír, sino también por lo que recuerdo que Apolo profetizó y cumplió referente a mí". Pág. 241

El coro se hace eco no sólo de Edipo, sino que siente conmiseración también de sus dos hijas.

El tema de la descendencia de Edipo es otro capítulo dedicado a la mitología psicoanalítica y que dejo para otra ocasión.

Sólo diré que los hijos de Edipo están del lado de Yocasta, identificados con la madre que ha sido su primer objeto de deseo y no es improbable que los hijos acusen al padre del suicidio de la madre.

Por el contrario, las dos hijas, Antígona e Ismena, están del lado del padre, identificadas con él, reconocen su paternidad y no hablan de Yocasta.

Edipo pone en conocimiento del Coro que él será un salvador y protector de la ciudad de Atenas y un azote para los enemigos. El Coro pregunta a Edipo por su historia, por los hechos de su infortunio. Espantados y horrorizados el grupo de viejos sabios escucha la historia del asesinato de Layo, del casamiento con Yocasta y de los cuatro hijos que ésta diera a luz, de su suicidio y de la herida que Edipo se infiere en los ojos.

Coro- ¿Lo mataste?- (a Layo)

Edipo- Lo mate; pero hay en mi disculpa....

Coro- ¿Qué cosa?-

Edipo- Cierta parte de justicia-

Coro- ¿Cómo?-

Edipo- Yo te lo explicaré. Porque me debían de haber matado aquellos a quienes maté. Yo, por el contrario, puro y sin conciencia de lo que hacía, llegué a cometer el crimen- pág. 247

Edipo refiere lo que 2500 años después aún estamos tratando de entender. Es decir, la acción de los padres filicidas que toman el acuerdo de eliminarlo a los

tres días de nacido. Deveraux (2) acuñara el complejo en contra de Layo y en contra de Yocasta según los casos. Y que Edipo mató a Layo en respuesta a la primera operación agresiva del padre biológico consistente en atravesarle los tobillos al nacer.

SEGUNDO ACTO

El Coro anuncia la llegada del rey de Atenas, Teseo. Edipo le informa lo que antes le informara al Coro, su cuerpo deberá ser sepultado en un lugar que sólo él debe conocer. Que su cuerpo será un guardián de la ciudad. Pues el Oráculo ha vaticinado una guerra entre la ciudad de Tebas y de Atenas.

Coro-Has venido, ¡oh extranjero! a la mejor residencia de esta tierra. Pág. 253.

El lugar donde morirá Edipo es un jardín, un espacio sagrado, es abundante en representantes del reino animal y vegetal. En este espacio sagrado se congrega una procesión de dioses. Es la tierra de Colono, quien es mencionado por segunda vez en la tragedia

Un encuentro portentoso está a punto de ocurrir, ingresa en la escena Creonte, Rey de Tebas. Su misión es llevar a Edipo a como dé lugar a su reino para que éste no caiga en desgracia.

Los personajes giran en torno a la profecía. Todo está dispuesto: La soberbia Hybris en griego entra en escena de la mano de Creonte. El rey de Tebas, hermano de Yocasta, pide a Edipo volver a la tierra que él salvara, le ofrece una cómoda estadía con los lujos de la vida en Palacio.

Edipo se negará y ante la negación Creonte intentará forzarlo capturando a sus dos hijas, toda esta acción frente al Coro que representa a la ciudad.

Coro- ¿Qué haces extranjero? ¿No la sueltas? Pronto a la prueba de mis manos vendrás-

Creonte- Abstente-

Coro- No ciertamente de ti, mientras persistas en tal conato-

Creonte- Con mi pueblo lucharás, pues, si en algo me perjudicas- pág. 259

El vaticinio del Oráculo se cumple como una fatal máquina de repeticiones. Las dos ciudades están enfrentadas. La actitud soberbia de Creonte desata la violencia.

Exclama Edipo- ¿No os anuncié eso yo?- Es el Oráculo que se expresa. En boca de Edipo representa la fatal repetición de los mitos.

El Coro convoca a la ciudad.-¡Corred aquí, venga, venga vecinos! La ciudad es atacada; nuestra ciudad por la fuerza. ¡Acorrednos aquí! Pág. 259

Rene Girard (3) nos dirá: "Mientras van muriendo las instituciones y las prohibiciones que descansaban sobre la unanimidad fundadora, la violencia soberana vaga por entre los hombres sin que nadie consiga echarle mano de manera estable. El "dios" siempre presto, en apariencia a entregarse a uno y a otros, acaba por desaparecer, sembrando tras de sí las ruinas; y todos los que querían poseerlo acaban por matarse entre sí. Detrás de la divinidad no hay más que violencia".

Es cierto, otro tanto vale para el Oráculo que además es el representante del fatalismo. Detrás del Oráculo hay violencia que es distribuida a través del sistema religioso de los griegos. La violencia emerge de la profecía.

Estamos presenciando en la tragedia el advenimiento de una crisis. Crisis en que se enfrentan dos ciudades y donde Edipo es la pieza clave que desata las disensiones.

Creonte es el que trae la violencia desde fuera de la comunidad. Es el extranjero soberbio que enfrenta al coro, a la ciudad, a Edipo y al mismo Teseo.

Edipo maldice a Creonte amparado por el Coro y por el lugar sagrado donde se desarrolla la escena. Ojala que el dios sol que todo lo ve te dé una vida tal cual yo tengo en mi vejez-pag 261

Cuando Teseo vuelve a la escena se despliega el discurso de la rivalidad entre ambos jefes de estado. Teseo ordena rescatar a las hijas de Edipo ante la ira de Creonte que se vuelve contra Edipo.

Aquí Edipo ejerce un derecho que es su legítima defensa ante el coro y ante los dioses. *Edipo se muestra equilibrado y coherente en sus argumentaciones* escuchemos:

Edipo- ¡Oh atrevido imprudente! ¿a quién crees injuriar con eso? ¿Acaso a mí que soy un viejo a ti que por esa tu boca me echas en cara homicidios, bodas calamidades que yo en mi infortunio sufrí contra mi voluntad?- Así pues, lo querían los dioses, que probablemente estaban irritados contra la raza desde antiguo. Porque en lo que a mí ha dependido no podrás encontrar en mí mancha alguna de pecado por la cual cometiera yo esas faltas contra mí mismo y contra los míos. Porque dime: si tuvo mi padre una predicción de los oráculos por la cuál debía él morir a manos de su hijo, ¿cómo en justicia, puedes imputarme eso a mí, que aún no había sido engendrado por mi padre ni concebido por mi madre, sino entonces aún no había nacido? Y si luego, denunciado ya como malhadado, como lo fui, llegué a las manos con mi padre y le maté, sin saber nada de lo que hacía, ni contra quién lo hacía, ¿cómo este involuntario hecho me puedes en justicia imputar?

Y de mi madre, ¡miserable! no tienes vergüenza, ya que de las bodas, siendo hermana tuya, me obligas a hablar como hablaré enseguida, pues no puedo callar cuando a tal punto has llegado tú con tu impía boca. Me parió es verdad, me parió. ¡Hay de mí desgracia!, Ignorándolo yo, e ignorándolo ella; y habiéndome parido, para oprobio suyo engendró hijos conmigo.....

Una cosa sola contéstame, la única que te voy a preguntar: si alguien a ti que tan justo eres, se te acercara aquí de repente con intención de matarte, ¿caso indagarías si es tu padre el que te quiere matar, o le castigarías al momento? Yo creo en verdad, que si tienes amor a la vida, castigarías al culpable sin considerar lo que fuese justo. Ciertamente, pues a tales crímenes llegué yo guiado por los dioses; y creo que si el alma de mi padre viviera, no me contradeciría en nada de esto". Pags 265-266-

Si nosotros fuéramos el Coro que escucha, es decir si fuéramos un jurado. O si fuéramos unos espectadores de la tragedia como sucedía en aquella época, Creonte sería el Súper Yo, un fiscal empeñado en demostrar la culpabilidad de Edipo.

Teseo vendría a representar a un Súper Yo bueno y protector ubicado y respetando el designio del oráculo y las normas éticas y cívicas de la ciudad.

Después de escuchar atentamente la argumentación de Edipo, más propiamente su defensa que se nos presenta como impecable, es el momento de intercalar la pregunta que encabeza este ensayo: ¿De qué era culpable Edipo?

Como el coro o como un jurado actual tendríamos un problema que resolver y antes que resolverlo discutirlo. Varias son las líneas argumentales. La primera nos arroja al tema: ¿Es el Inconsciente una entidad cognoscente? ¿Fue Edipo responsable directo de aquello que bien sabemos se lo acusa? ¿Y quienes lo acusan, en qué basan su imperativo?

TERCER ACTO: DE LA DISCUSIÓN

Si Edipo es culpable, ¿qué tipo de culpa es la que arrastra? Real, imaginaria, fantaseada. Persecutoria...

Desde la tesis freudiana aceptamos como Creonte la responsabilidad de Edipo y su culpabilidad. Sabemos, porque estamos informados vía nuestra propia formación como analistas, de qué se trata el asunto, como dirían los griegos, "sabemos de qué trata la cosa".

Desde el Psicoanálisis Post Clásico convendríamos en aceptar que Edipo efectivamente asesinó a su padre Layo vía una formación reactiva que lo lleva inexorablemente a convertirse en parricida. En esta argumen-

tación se destaca la agresión primera de los padres que son quienes desatan el conflicto y la violencia ulterior. (complejo contra Layo o complejo contra Yocasta).

¿Acaso no hay una imputación gratuita respecto a signarlo como Parricida y asesino? Porque además es culpable de incesto y no sólo de eso, sino que en consecuencia por culpa se mutila los ojos presa de una intensa angustia de castración.

¿Es posible que nuestro inconsciente conozca a un padre que nunca ha sido visto, y que además discrimine entre otras tantas figuras paternas, para decidir que éste es el padre que debo matar?

Sí hay un conocimiento inconsciente negado al Yo. La verdad sólo es conocida cuando llega la interpretación. Edipo conoce de su crimen cuando toda la trama articulada se presenta ante sí y lo llena de horror. Edipo siente culpa y se castiga una vez que sabe la verdad. La toma de conciencia le enseña, es decir, que aprende a sentirse culpable.

Freud afirma que todo sujeto carga con un oscuro conocimiento endopsíquico y que inconscientemente el deseo debe expresarse contra una instancia providencial. Es interesante hacer notar que en este caso la represión no existe, tampoco la censura, sino que Deseo emerge proyectado contra la figura externa. Aquí hablamos de proyección del deseo. ¿Entonces Deseo conoce y sabe? Visto así el mito es una causalidad corriente. Sin embargo la Tragedia y el mito nos colocan frente a las causalidades sobrenaturales, divinas.

Freud enfatiza que los sueños tienen ciertas analogías con los mitos, "Los mitos son los sueños de la humanidad"; sin duda es una forma de analizarlos. Otras variantes las constituye la teoría del simbolismo. Un mito puede ser abordado desde la teoría de los objetos. Desde las producciones del discurso. Desde las fantasías fundamentales del inconsciente. Como meras proyecciones de nuestra psiquis dirigida a ese espacio que se abre y sigue hasta perderse. Un mito podría interpretarse desde el psicoanálisis relacional, y así sucesivamente, ésa es la maravillosa cualidad del mito.

De la tragedia y del mito nada sabemos de "verdad" sino hasta cuando son interpretados en sus deseos, en sus represiones, en su simbolismo, en su estela de fantasías y cuando son devueltos como nueva información a nuestra psiquis. Lo que estoy diciendo es que no tenemos acceso directo a los mitos como tampoco tenemos acceso al inconsciente. Sabemos del inconsciente a través de sus expresiones: de sus imágenes, de sus aspectos metacomunicativos, de sus metáforas, de su poiesis.

El punto en discusión, como puede observarse, es el determinismo psíquico, las invariables intrapsíquicas.

Volvamos a Edipo, señores del Jurado. Recordemos que Layo era un Rey, podemos afirmar sin temor a equivocarnos que Edipo es un Magnicida, un Regicida. Magnicida involuntario pues se defiende del ataque de la escolta del rey, más aún del ataque directo de éste, pues recibe un golpe de pica en la cabeza. Entonces también es un parricida involuntario. Esta es la tesis que defiende Edipo frente al coro de Atenas y frente a Teseo. Edipo frente al coro de la ciudad de Atenas no se siente con mancha alguna porque es el vehículo involuntario de la condena divina.

Por otro lado no debe olvidarse que desde el punto de vista del parentesco Edipo ya era Rey, era el rey sucesor, si no intermediase en la historia la acción asesina de sus padres.

Y es necesario recordar que Edipo al vencer a la Esfinge se transformó en un hombre benefactor para Tebas, en un héroe. Con su conocimiento erradica el caos y ordena la cultura. Es ordenador y consecutivamente un desordenador. Edipo al revelarse la trama del asesinato del Rey propaga una vez más el caos y la esterilidad sobre la ciudad y la raza de los labdácidas condenada de antaño por la conducta de Layo.

El Coro se apiada de Edipo, lo mismo que el Rey Teseo.

El reduccionismo freudiano nos presenta dificultades. Él entiende la existencia beligerante del Oráculo que antecede a toda la trama de los mitos y de las tragedias como una ley de la historia del alma. Edipo está impulsado por esa ley interna. En Dostoievsky y *El Parricidio* (4) insiste en que no hay inocencia moral en Edipo. Y confina al Oráculo diciendo que éste no hace más que "velar" el crimen de Edipo.

¿Qué decir de tal argumentación? Lo menos que puede decirse a favor de Edipo, es lo de la violencia ejercida por Freud sobre el texto. Que el mismo detenta el poder del Oráculo y destina a las figuras para hacerlas calzar a su vez en su trama, en su edificio teórico personal. ¿Acaso no recuerdan que Edipo es un héroe cultural al que todo le está permitido? Edipo encarna y lleva a la práctica las fantasías, más anheladas y prohibidas para todo ser humano según los textos psicoanalíticos clásicos: la muerte del padre, la relación endogámica con la madre. Es una idea que ha ocupado el lugar de la verdad absoluta..

Hay aún más violencia en ese texto que lo que tus ojos quisieran ver. En verdad el Drama de Sófocles no representa a Edipo. Edipo cobra relevancia si lo aislamos de su entorno. Pero Edipo está acompañado, perseguido, observado, está vinculado por el amor, la muerte, la soledad, los dioses, las creencias, la historia. La ciudad. Ha llegado de la mano de su hija Antígona a

un espacio amable y facilitador que ponen a su disposición los atenienses.

Por lo demás ¿es cierto que la tragedia de Edipo o su mito encubren el deseo pulsional? Porque también podríamos decir respecto a la tesis freudiana en torno a los mitos, que el término proyección no existe por sí mismo si no encuentra sus anclajes en las representaciones culturales. La proyección como concepto poco dice si no se lo relaciona con una representación. La cultura estuvo antes que el psicoanálisis y el sistema de fantasías activas está siempre antes que nuestro nacimiento. Ciertamente a Freud en ese momento no le importa el tema de los referentes, ni el sistema de parentesco ni las funciones culturales que tiene el mito. Edipo es apresado por un sistema de repeticiones incesantes de la psiquis y al aparecer no tiene escapatoria.

El mito y la tragedia donde Edipo vive son mucho más que los sueños. Aclarar una vez más las diferencias entre el sueño y el mito nos parece una tarea urgente.

El tema del Parricidio y la acusación consecutiva surge cuando la historia del asesinato es conocida. Pero eso no significa que mató al padre para satisfacer su rivalidad o sus deseos, o que incluso lo hizo porque antes fue atacado por el progenitor.

Afirmar que Edipo sabe que su padre es Layo y que además sabe que su padre intentó eliminarlo y que en consecuencia Edipo a su vez lleva a cabo un acto de retaliación y que comete incesto es por sobre todo la evidencia de una necesidad que es la de hacer calzar un determinado tipo de interpretación psicoanalítica.

De otro lado sabemos muy bien que Edipo se siente amado por sus padres adoptivos y él ignora que es adoptado. Recordemos que fue entregado a la muerte a los tres días de nacido, insisto, a los tres días de nacido y que la piedad del pastor lo salvó. ¿Es posible discriminar inconscientemente desde los tres días de nacido que Layo y Yocasta fueron quienes intentaron matarlo? ¿Es posible que recordemos a nuestros padres desde aquella era pretérita?

Encontré el siguiente pasaje en *La Psicopatología de la Vida Cotidiana* (5)

“El hecho extraño de que la leyenda griega no tenga en cuenta la edad de Yocasta me parece concordar muy bien con mi propia conclusión de que el amor que la madre inspira a su hijo se trata no de la persona actual de la madre, sino de la imagen que el hijo ha conservado de ella y que data de sus propios años de infancia”.

La verdadera madre de Edipo es Mérope, madre psicológica y cultural y no la madre biológica y filicida.

Fue la reina de Corinto quien cumplió con las funciones maternas, su conducta por lo demás queda claramente establecida en la tragedia. Edipo ciertamente no podía tener ninguna imagen de Yocasta, pero sí tenía la marca del ataque del cual había sido objeto: su cojera.

Sabemos, de acuerdo a Winnicott, que no existe tal cosa como un bebé si no existen sus padres, el medio ambiente facilitador, el sistema de parentesco, la cultura. Más aún, queda de manifiesto el cuidado y el amor que los dos reyes de Corinto profesaban por Edipo.

Y respecto a Yocasta, ¿qué decir de ella? ¿Quién sedujo a quién?

Yocasta le es dada a Edipo por la ciudad al vencer a la Esfinge. Sin duda es un honor y un privilegio que no podía rechazar, de todos modos jamás realizó una elección de pareja. Además, aunque no lo sabemos, es posible reconstruir para decir que Yocasta era verdaderamente mayor que Edipo.

Ella le dice a Edipo en plena tragedia (6)–“Lo mejor es vivir como a uno le parece, en la medida de sus posibilidades. De modo que no temas la unión con la que te engendró, pues ya muchos de los mortales se acostaron en sueños con su madre. Pero él que no se interesa en estas cosas lleva mejor vida”–pág. 91 Verso 980.

Es muy difícil aceptar que Edipo se casa con su madre para llevar a la realidad su deseo incestuoso. Es por lo menos una interpretación violenta. La única forma en que Edipo pudo acostarse con Yocasta es precisamente porque no sabía que ella era su madre.

¿Qué recuerdos infantiles, o preedípicos incluso que fantasmagoría pudiera albergar Edipo si fue abandonado a los tres días de nacido y no vivió la inmersión del proceso relacional?

¿De qué es culpable Edipo? –Pregunto al Coro y al jurado que hoy en día, en esta noche nos acompaña. Al parecer, las pruebas indican que es culpable de un Magnicidio, de un Regicidio. No obstante los hechos indican que él defendió su vida en legítima defensa. Pero el pesar y la culpa persecutoria han sido indudablemente una condena en vida: expulsado de la ciudad, viviendo en el exilio que hay que decirlo en la Grecia significaba una muerte jurídica, ciego, deambulando de la mano de su hija, hasta el punto de su muerte. ¿Cuántas veces ha vivido la muerte? Odiado por sus hijos hombres y por todos aquellos que antes lo admiraban. Edipo es viudo y no se le conoce mujer alguna a lo largo de su dolorosa vida. Viviendo el pesar al haberse develado sus acciones. Edipo, señores del coro, está próximo a morir. ¿No es necesario que se le repare? ¿Se es culpable de aquello que se ignora?

¿Llega a tanto la responsabilidad por nuestras acciones? El Oráculo ha dicho que él es un hombre bené-

fico, así terminará su vida; que con su muerte libraré de las tragedias de la guerra y de las enfermedades a la ciudad de Atenas.

Coro- El huésped ¡oh Rey!, es honorable; sus desgracias, funestísimas, y merece por ellas que se le defiendan. Pág. 266.

El mensajero anuncia que Edipo ha muerto y que sólo Teseo conoce el secreto que en último momento le confiara.

Dice el mensajero –Cuando al poco tiempo de ir apartándonos volvimos la cabeza, advertimos que el hombre aquél en ninguna parte se hallaba; y que nuestro mismo rey, con la mano delante de la cara, se tapaba los ojos como señal de algún terrible espectáculo cuya visión no hubiese podido resistir- Pág. 286

Según el Oráculo, con la muerte de Edipo consolidará la paz y la prosperidad en la ciudad de Atenas guiada por la sabiduría del Rey Teseo.

Para Rascovsky (7) refiriéndose al pasaje anterior: “El filicidio, el parricidio y el incesto deben ser totalmente reprimidos para asegurar la paz y la progresiva prosperidad de todo ser humano”.

Proclama el mensajero- Ese hombre, pues, ni debe ser llorado, ni ha muerto sufriendo los dolores de la enfermedad, sino que ha de ser admirado si hay entre los mortales alguien digno de admiración. Y si os parece que no hablo cuerdamente, no estoy dispuesto a satisfacer a quienes me crean falto de sentido-pag 287

Sin embargo el Oráculo en su accionar fatal y atemporal tiene reservadas aún otras tragedias y otras

muertes; así Antígona se suicida perseguida por su tío Creonte, en otras versiones se supone que es condenada a ser enerrada viva. Ismena, su hermana e hija de Edipo, es muerta por Tideus en el primer sitio de la ciudad de Troya. Etiocles y Polinices hermanos e hijos de Edipo acaban por matarse entre sí. Este es el fatal destino de la progenie de Edipo y la extinción total de la casa de los labdácidas.

Freud, el Psicoanálisis y los psicoanalistas ulteriores hicieron de las tragedias escritas por Sófocles: Edipo y Edipo en Colono un verdadero mito. Un mito creado por y para el psicoanálisis y que encuentra justificación y significación dentro de este sistema de ideas. Dentro de su propio campo de trabajo. Esta visión del mito de Edipo difícilmente es compartida por las disciplinas afines, ésa es su tragedia.

REFERENCIAS

1. Sófocles. Tragedias. Edipo en Colono. Prologo Luis Alberto Cuenca. Biblioteca Edef. 11ª edición. Bs. As. 1999
2. Devereaux G. La Voz de los niños: Sobre algunos obstáculos Psicoculturales a la Comunicación Terapéutica, (1965) En Etnopsiquiatría General. Barral editores. Barcelona. 1976
3. Girard R. La Violence et Le Sacré, Grasset, Paris. 1972
4. Freud S. Dostoievsky y el Parricidio 1927/1928 En: Obras completas Biblioteca Nueva. Madrid. T VII. Pág. 1044-1053
5. Freud S. Psicopatología de la vida cotidiana. 1901. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid
6. Sófocles. Edipo, en Tragedias. Biblioteca Edef. 11ª edición. Bs. As. 1999
7. Rascovsky A. El Filicidio. Pág. 198. Ed. Orion. Bs. As. 1974

ENSAYO

EXPRESIÓN NO-VERBAL, AFECTO E INTENCIONALIDAD: UNA CONTRIBUCIÓN A UNA COMPRENSIÓN CONTEMPORÁNEA DE LA DIMENSIÓN NO-VERBAL

(Rev GPU 2009; 5; 4: 481-488)

André Sassenfeld¹

En este artículo se presentan algunas relaciones entre dimensión no-verbal, expresión emocional e intencionalidad en el marco de las interacciones humanas. Se enfatiza la importancia de los procesos no conscientes implícitos de decodificación de las señales no-verbales expresivas en los intercambios emocionales entre personas y las funciones relacionales y comunicativas de las expresiones no-verbales. Este trabajo intenta hacer una contribución a una comprensión contemporánea de la dimensión no-verbal en base a los hallazgos actuales en campos de investigación como la investigación de infantes, la teoría del apego, la teoría de las emociones y el estudio de los procesos no conscientes de interacción.

En este trabajo examinaremos la vinculación de la dimensión no-verbal tanto con la expresión emocional como con la expresión de intenciones en el marco de las interacciones humanas. Nos basamos en el supuesto básico de que en todos los intercambios interpersonales existe, de manera paralela al nivel verbal de comunicación, un sinnúmero de formas no-verbales de comunicación –“cuerpo a cuerpo, biología a biología” (Pally, 2001, p. 72). Tal como puntualiza Keleman (1986), la forma en la que una persona establece una relación con otra persona abarca invariablemente procesos y pa-

trones de acción que corresponden a formas motoras y musculares de expresión. Una idea importante es que, en general, la comunicación emocional no-verbal está mediada por procesos de percepción y decodificación de las expresiones corporales de los demás y de las propias reacciones somáticas que transcurren principalmente fuera del foco de la conciencia. La percepción de estas claves no-verbales se basa en los sentidos, predominantemente los ojos y los oídos, y en canales perceptivos hasta la fecha menos estudiados relacionados con la propiocepción y los órganos viscerales del cuerpo.

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

Recurriremos, entre otras cosas, a algunas ideas provenientes de la psicología de la evolución ya que, tanto “en la evolución humana como en el desarrollo infantil temprano, la comunicación no-verbal transmitida expresivamente antecede a toda comunicación verbal” (Fuchs, 2003, p. 335) y sigue acompañándola a lo largo de toda la vida del individuo. Desde este punto de vista, gracias a los procesos de evolución el ser humano dispone de potencialidades motoras excepcionalmente elaboradas y de una capacidad importante de coordinación expresiva polirrítmica (Trevarthen & Aitken, 2001). Quedará al descubierto la relevancia de la dimensión no-verbal en términos de la adaptación y supervivencia de los seres vivos y, en especial, en términos de los procesos de comunicación e interacción que sostienen la posibilidad de una convivencia humana continua y estable. Así, destacaremos un elemento fundamental de la visión contemporánea de la dimensión no-verbal: su ligazón con la dimensión relacional.

DIMENSIÓN NO-VERBAL, EXPRESIÓN EMOCIONAL Y COMUNICACIÓN

En primer lugar, es indispensable poner al descubierto el indisoluble vínculo entre la dimensión no-verbal y los procesos de expresión emocional –en efecto, cuando hablamos acerca de la dimensión no-verbal estamos siempre, al mismo tiempo, haciendo referencia a determinados estados emocionales que se manifiestan y hacen visibles a través de la expresión corporal. Reich, en un importante trabajo titulado “El lenguaje expresivo de lo vivo en la orgonterapia” (1945), señala que lo vivo funciona más allá de ideas y conceptos verbales. En un intento de definir la característica central de la vida, afirma que

*lo vivo se expresa en movimientos, en “movimientos expresivos”. El movimiento expresivo es una característica inherente al protoplasma. Distingue estrictamente los sistemas vivos de los no vivos. El término significa, en sentido literal, que algo del sistema vivo “tiende hacia afuera” y, en consecuencia, “se mueve”. [...] El significado literal de “emoción” es “mover hacia afuera”, que equivale a “movimiento expresivo”. El proceso físico de la emoción protoplasmática o del movimiento expresivo va siempre unido a un significado comprensible en forma inmediata, al cual llamaremos *expresión emocional*. El movimiento del protoplasma posee, pues, una expresión en el sentido de una emoción, y la emoción o la expresión de un organismo está ligada al movimiento (p. 364, cursivas del original).*

Así, tanto desde la perspectiva de la evolución de las especies como desde el punto de vista del desarrollo humano individual, la dimensión no-verbal inevitablemente remite a la dimensión afectiva en general y a las funciones principales de los estados emocionales en particular. En la actualidad, se considera que estas funciones adaptativas incluyen el procesamiento de información y la generación de significados personales orientadores, motivación y activación de tendencias específicas a la acción, comunicación y apego (Sassenfeld, 2007).

La expresión es, siguiendo a Fuchs (2003), el lenguaje de los sentimientos y la relación y regula los patrones de vinculación entre personas. La inseparabilidad de los procesos corporales expresivos y las emociones se ve demostrada en algunos estudios sobre la supresión de los propios afectos. Cuando una persona voluntaria o también inconscientemente enmascara la expresión facial de un estado emocional que se encuentra activado, a pesar de que el rostro distorsiona la expresión correspondiente a la emoción presente, pueden detectarse contracciones específicas de la musculatura de la cara y otros cambios en la activación del sistema nervioso autónomo que están vinculados con la emoción específica que se está intentando enmascarar (Pally, 2001). Otros canales no-verbales, como el tono de voz, habitualmente siguen delatando al observador entrenado la emoción existente. Al parecer, en comparación con la supresión de los aspectos expresivos verbales, la “expresión facial es más difícil de suprimir y las cualidades vocales las más difíciles de suprimir” (p. 82). La investigación del apego temprano ha mostrado algo similar: a pesar de que el infante con un patrón evitativo de apego parece no reaccionar en términos emocionales a la separación respecto de su figura de apego, un examen más minucioso pone al descubierto que su organismo registra las mismas reacciones fisiológicas de estrés que un niño que expresa abiertamente su aflicción por la separación respecto del cuidador.

Darwin (1872) fue uno de los primeros investigadores que dedicó años de observación y sistematización a la expresión emocional en los animales y en el ser humano, detallando las respuestas corporales específicas que conforman la expresión no-verbal de las diferentes emociones. Sus esfuerzos fueron en parte trans-culturales y, de este modo, pudo establecer un hecho que hasta el día de hoy guía muchas investigaciones acerca de las emociones: cada “afecto tiene un patrón distintivo que combina configuración facial, tono muscular, gesto, postura y cualidades vocales. [...] Los cambios visibles y audibles son detectados como ‘firma’ de un afecto particular” (Pally, 2001, p. 73). Focalizándose en

el aspecto motor de la expresión emocional, recientemente Boadella (2006) ha pormenorizado en este sentido algunas secuencias prototípicas de movimiento inherentes al cuerpo humano que denomina *campos motores*, secuencias que cuentan con correlatos afectivos (p. ej., flexión, torsión, extensión, oposición, activación, etc.). Se trata de patrones biológicamente dados de responsividad corporal que son activados en el transcurso del desarrollo en respuesta a las necesidades del organismo, que busca manejar la tensión entre las propias necesidades y las demandas del entorno. Desde este punto de vista, muchas y tal vez la mayor parte de las expresiones no-verbales no son aprendidas, sino que forman parte de un legado filogenético heredado².

El estudio de Darwin muestra con claridad que la expresión de afectos es un fenómeno orgánico que traspasa la frontera de las especies y que ha tenido una gran continuidad en la evolución –como vimos, Reich llega a ligar la definición de la vida como tal con los procesos expresivos. En efecto, todos los pájaros y mamíferos disponen de un amplio repertorio de señales vocales y corporales para expresar sus emociones (Bostanov & Kotchoubey, 2004). En consecuencia, la expresión emocional a través de la dimensión no-verbal debe cumplir funciones que favorecen la adaptación de los animales y del ser humano a su entorno y, con ello, su supervivencia. De acuerdo a Pally (2001), estas funciones incluyen la promoción de los cuidados tempranos de los infantes, el mejoramiento de la pertenencia y vinculación con el grupo social y la protección frente a amenazas provenientes de fuera del grupo de referencia. Un ejemplo concreto es el uso que el infante hace de la expresión afectiva del cuidador para regular su exploración del entorno: una expresión de temor o preocupación por parte de la figura de apego tiende a inhibir los movimientos exploratorios del niño (Fonagy *et al.*, 2002; Fuchs, 2003; Lecannelier, 2006). Es decir, un infante que se ve enfrentado a una situación ambigua y experimenta dificultades para seleccionar una de las alternativas conductuales disponibles “explorará la expresión facial de su madre y utilizará la información

emocional que con ello obtiene para la regulación de su propio comportamiento” (Fonagy *et al.*, 2002, p. 166). Por otro lado, el monitoreo de la expresión facial de los demás proporciona al individuo adulto información relevante acerca de cómo reaccionar de modo apropiado en encuentros interpersonales (Skuse, 2003).

Las funciones adaptativas mencionadas están íntimamente ligadas a, y dependen de, la función de comunicación que cumple la expresión afectiva no-verbal. En efecto, toda emoción expresada en un contacto intersubjetivo es fundamentalmente dialógica (Trevarthen & Aitken, 2001) y, por otro lado, toda interacción está acompañada de afectos más o menos intensos que le son transmitidos de manera continua al otro mediante gestos y una mímica expresiva muy sutil (Fuchs, 2003). Sin embargo, la mayoría de esta micro-reacción transcurre con demasiada rapidez como para ser conscientemente registrada y percibida, una situación que no les impide influenciar el comportamiento de modo significativo. Se ha comprobado, en este sentido, que una categorización no consciente gruesa de características faciales, tales como el género y la emoción presente en un rostro, puede producirse en unidades temporales tan pequeñas como 100ms y lo mismo vale para la percepción de cuerpos completos (Adolphs, 2003; De Gelder, 2006). Además, el individuo percibe incongruencias entre expresión facial y actitud corporal en los mismos 100ms. Fuchs (2003) lleva a cabo un análisis fenomenológico de la comunicación no-verbal y distingue tres momentos en estos procesos. En primer lugar, el estado afectivo de un individuo se pone de manifiesto a través de su corporalidad. Acto seguido, otro individuo percibe esta expresión, una percepción que lleva a la formación de una impresión. Es decir, la percepción de una expresión emocional desencadena sensaciones somáticas vinculadas con cualidades emocionales en el observador. De este modo, el observador experimenta algo de la persona a la que observa literalmente en su propio cuerpo. A continuación, la impresión del observador se convierte a su vez en una expresión no-verbal que provoca una impresión en el otro, “en un interjuego que transcurre en fragmentos de segundos y que modifica constantemente el estado corporal de ambos” (p. 336) habitualmente por debajo del umbral de la conciencia.

Es significativo constatar que, como muestra el trabajo de Meltzoff y otros investigadores de bebés, ya a los pocos minutos del nacimiento los infantes disponen de una especie de resonancia expresiva con funciones interpersonales que se pone de manifiesto en su capacidad de imitar ciertos gestos realizados por adultos (Beebe *et al.*, 2005; Beebe & Lachmann, 2002; Gallese,

² No obstante, también debe tomarse en consideración que las “reacciones humanas son más plásticas, menos impulsadas por los instintos y más susceptibles de dirección intencional que en el caso de otras especies. Cada individuo, en el curso del desarrollo, adquiere modalidades características de expresión emocional que son específicamente suyas” (Bucci, 2001, p. 56). Con todo, esto en nada modifica la existencia de determinados patrones filogenéticos más generales de expresión emocional.

Eagle & Migone, 2006; Lecannelier, 2006; Trevarthen & Aitken, 2001). En este contexto, se ha descubierto que la imitación no corresponde a una conducta refleja puesto que los bebés llevan a cabo pequeñas correcciones del gesto en cuestión en aproximaciones sucesivas hasta lograr la imitación completa. Tal como menciona Iacoboni (2007), la imitación está relacionada con el desarrollo de la capacidad de lectura de expresiones faciales y otros gestos corporales, y la comprensión de las intenciones de los demás. Así, puede suponerse que los infantes cuentan con una organización organizativa que les permite especificar la forma de sus movimientos corporales y, además, reaccionar con cambios dinámicos apropiados a las expresiones dinámicas de un otro. Desde este punto de vista, puede considerarse que los infantes desde un inicio son capaces de traducir una mímica percibida en términos visuales a su propia propiocepción corporal y, a continuación, a movimientos correspondientes. En total, la imitación temprana de gestos expresivos constituye un proceso de influencia mutua emocionalmente cargado de estados intencionales en el seno del cual ciertas acciones expresivas del otro son identificadas y repetidas con la finalidad de promover la comunicación (Beebe, 2004; Beebe *et al.*, 2005; Gallese, Eagle & Migone, 2006; Pally, 2005; Trevarthen & Aitken, 2001). El proceso imitativo de calzar corporalmente con las expresiones emocionales de otro es en sí mismo una forma importante de comunicación afectiva y, más allá, las respuestas imitativas se tienden a producir en momentos del flujo interactivo en los cuales a menudo actúan como afirmaciones o comentarios no-verbales respecto de la expresión del adulto.

Estas imitaciones tempranas pueden ser visualizadas como antecedentes de la tendencia humana más general a resonar automática e inconscientemente con la expresión emocional no-verbal de los demás (Beebe, 2004; Beebe *et al.*, 2005; Decety & Jackson, 2006; Lecours, 2007; Pally, 2001) –la mera percepción de una emoción en un otro crea un estado emocional resonante en quien percibe. Trevarthen y Aitken (2001) indican que se trata de una intersubjetividad innata o primaria, esto es, el infante nace con una conciencia específicamente receptiva a los estados subjetivos de otras personas. A favor del carácter primario de esta forma de intersubjetividad habla el hecho de que el infante desarrolla habilidades comunicativas no-verbales mucho antes de sus habilidades para explorar y manipular el mundo de los objetos. Como fundamento de esta sensibilidad intersubjetiva del infante en relación con las intenciones y los afectos de los demás (véase la próxima sección), se ha hipotetizado que se origina en un

espejeamiento intuitivo de los impulsos y valores sentidos que yacen detrás de los movimientos corporales de otras personas –esto es, en un calce de las motivaciones y emociones que generaron los movimientos a través de la detección de sus invariantes transmodales dinámicas y signos fisiognómicos. Las imitaciones, incluso aquellas realizadas por recién nacidos, fueron visualizadas como ofertas en una transacción de intenciones para comunicar o para lograr propósitos e “ideas” en común (Trevarthen, 2001, p. 101).

En la comunicación no-verbal espontánea la expresión de los estados emocionales que el organismo experimenta se introduce en un diálogo recíproco con otros individuos y, con ello, permite en ciertas circunstancias gatillar respuestas no-verbales necesitadas por parte de otros. En su teoría del apego, Bowlby describió de modo sistemático estos procesos en el seno de la relación temprana de apego del infante con su cuidador primario. El llanto, por ejemplo, tiende a activar en el cuidador un conjunto de reacciones no-verbales que buscan aliviar el malestar comunicado por el llanto del niño. En otras circunstancias, ciertas expresiones no-verbales tienen la finalidad de alejar al otro o de enfrentarse agresivamente a él, tal como ocurre en comportamientos relacionados con la territorialidad. Desde esta perspectiva, muchas conductas no-verbales pueden ser entendidas en función de sus consecuencias en la interacción social (Pally, 2001). Por otro lado, las claves somáticas del lenguaje del cuerpo también sirven al individuo a la inversa para conocer los estados afectivos y la naturaleza de las respuestas de los demás, posibilitando una orientación de las propias conductas y una retroalimentación no-verbal. Así, tanto la necesidad de determinadas respuestas por parte de otros como la comprensión empática de las reacciones de los demás pueden manifestarse corporalmente. En todos estos procesos, tal como ya hemos enfatizado la percepción de la expresión no-verbal del otro y el surgimiento de las expresiones emocionales propias, son fenómenos que tienden a producirse sin la mediación de la conciencia. En total, la “capacidad para codificar o expresar y para decodificar o entender claves no-verbales es crucial para la comunicación de emociones [...]” (Schachner, Shaver & Mikulincer, 2005, p. 141).

DIMENSIÓN NO-VERBAL, INTENCIONALIDAD E INTERACCIÓN

En muchas situaciones, dada su eficacia probada a lo largo de la evolución de las especies, los elementos no-verbales sirven mejor que las palabras al propósito de

comunicar significados entre individuos –sin importar que a menudo tanto la emisión como la recepción de tales significados ocurra de modo no consciente. En este contexto, la expresión emocional a través del cuerpo comunica no sólo estados afectivos sino también las intenciones del sujeto, las evaluaciones subjetivas que hace de la interacción existente y su disposición a actuar (Lecannelier, 2006; Pally, 2001; Parkinson, 2005; Sassenfeld, 2007; Trevarthen, 2001; Trevarthen & Aitken, 2001). Adolphs (2003) señala que ya un infante es capaz de atribuir intencionalidad a estímulos visuales que implican movimiento.

En efecto, de acuerdo a Trevarthen y Aitken (2001) en el ser humano las intenciones inician “movimientos coordinados de todo el cuerpo del tipo de movimientos que se involucran con el entorno e inician ajustes musculares parciales tales como mirar con los ojos, volver la cabeza para escuchar o alcanzar para tocar con los dedos” (p. 17). Así, puede suponerse la existencia de un nivel básico de la experiencia que está organizado en torno a la intencionalidad y que, visto desde afuera, consiste en la “lectura” de afectos y acciones en términos de intenciones (BCPSG, 2007). Algunos investigadores incluso consideran, desde el punto de vista de la psicología de la evolución, que los primates traen consigo una tendencia intrínseca a percibir e interpretar el comportamiento de otros primates en base a intenciones y motivaciones, una tendencia que el ser humano ha heredado. Esta tendencia, que puede ser considerada un resultado de la evolución, entre otras, cosas puede contribuir a posibilitar la predicción de las conductas de los demás (Pally, 2007).

Ya decíamos que una de las funciones de los afectos es la activación de tendencias adaptativas a la acción que posibilitan al organismo enfrentar y resolver las situaciones externas que enfrenta. En este sentido, la expresión no-verbal y los campos motores están vinculados con ciertas intencionalidades (Boadella, 1997) que, en el caso de los intercambios vinculares entre seres humanos, tienden a manifestarse como intenciones relacionales respecto del otro (Sassenfeld, 2006). De esta manera, una gran parte del lenguaje corporal no consciente en una interacción contiene intencionalidades dirigidas específicamente al otro, como acercarse, alejarse, empujar, atraer, oponerse, contactar, esconderse, etc. Al igual que lo descrito en la sección previa, la percepción de tales intenciones relacionales transcurre en gran medida de modo no consciente y, más allá, los investigadores de infantes han empezado a acumular evidencia de que la capacidad para captar los estados intencionales de una persona observada e interpretar intuitivamente el comportamiento dirigido

a metas está presente desde el primer año de vida del infante (Geissler, 2001; Lecannelier, 2006; Stern, 1995; Trevarthen & Aitken, 2001). Y, lo que es más, estudios experimentales han mostrado que los infantes conceden prioridad a la intención inferida de un comportamiento por sobre la acción misma. En otras palabras, la tarea primaria del infante parece consistir en la aprehensión de intenciones a partir de la observación de las acciones de los demás (BCPSG, 2007).

En las últimas décadas, la problemática de cómo un individuo aprende a entender la conducta de los demás y a atribuirle un sentido se ha convertido en una temática a la que se ha dedicado mucha atención. En las ciencias cognitivas, una teoría explicativa relevante se ha focalizado en la denominada “teoría de la mente”; es decir, en la capacidad del ser humano para construir una teoría subjetiva respecto de que las acciones de los demás individuos, al igual que las propias, están motivadas por la existencia de estados mentales subyacentes. En numerosas publicaciones, Fonagy y sus colaboradores (2002) han operacionalizado esta capacidad a través del concepto de mentalización o función reflexiva. La posibilidad de la mentalización está íntimamente ligada al desarrollo de una “postura intencional” basal en relación con la comprensión y predicción de las conductas de otras personas, desarrollo que comienza en la temprana infancia en las interacciones cuidador-infante. La investigación indica que el infante comienza al menos a partir de los nueve meses a percibir la intención que subyace a las conductas de su cuidador, cuando empieza a mirar en la dirección en la que el dedo de su cuidador señala en vez de mirar el dedo mismo (Pally, 2007). Esta postura intencional explica el propio comportamiento en términos de estados intencionales-motivacionales y, en consecuencia, también el comportamiento de los demás de la misma forma.

La perspectiva de la teoría de la mente, sin embargo, hasta la fecha parece no haber sido asociada concreta y sistemáticamente a la dimensión no-verbal, al margen de que conductas y acciones son en esencia fenómenos corporales expresivos. Más allá, estas ideas por lo común hacen referencia más bien a procesos de carácter cognitivo, sin enfatizar en la conceptualización la aprehensión corporal más inmediata, inconsciente y no simbólica que hemos estado subrayando como fenómeno esencial en las interacciones diádicas. No obstante, Pally (2007) se ha referido recientemente a la teoría de la mente como una capacidad cognitiva humana que opera de modo no consciente y que permite al sujeto, al mismo tiempo, automáticamente inferir que los demás tienen mentes y estados mentales como los nuestros y

entender que los estados mentales están relacionados con el comportamiento explícito. Los estados mentales, tal como hemos dicho, abarcan las intenciones y, de esta manera, la mentalización convierte las conductas ajenas en acciones cargadas de significado que pueden ser predichas. En este sentido, el individuo registra el comportamiento observable de la otra persona, “incluyendo sus palabras y gestos no-verbales, el contexto presente y las experiencias pasadas con esa persona, y de forma no consciente lleva a cabo una predicción respecto de los contenidos mentales más probables de la mente del otro” (p. 872). Desde este punto de vista, la mentalización implica que el individuo tiende a reaccionar respecto de las intenciones inferidas del otro más que respecto de sus conductas perceptibles en sí mismas.

El Boston Change Process Study Group (BCPSG, 1998, 2002, 2005, 2007), por su parte, establece un puente claro entre la percepción de intenciones en la comunicación no-verbal y los procesos no conscientes mediante los cuales ésta se produce. Advierten que, de hecho, un problema central en el intento de entender las interacciones humanas es que, a diferencia de las acciones, las intenciones asociadas a ellas deben ser inferidas puesto que no son observables –y esto vale tanto para observadores externos como para quienes interactúan. En uno de sus primeros trabajos, enfatizaron que en toda interacción se ponen de manifiesto dos metas intersubjetivas simultáneas (Stern *et al.*, 1998). Por un lado, la díada que interactúa busca llegar a una meta concreta mediante el calce de sus conductas, como en la resolución de una tarea conjunta. Por otro lado, y de mayor importancia para nuestro propósito, quienes interactúan se encuentran en el paralelo proceso continuo de acceder a un reconocimiento mutuo de las intenciones que fundamentan sus respectivas acciones, lo que implica la percepción recíproca de las motivaciones del otro. En este sentido, ambos actúan “en formas que comunican intenciones y están infiriendo las intenciones del otro. Cada uno está involucrado en una búsqueda intersubjetiva por negociar el mejor calce posible entre sus propias intenciones y las del otro” (BCPSG, 2002, p. 1054).

La segunda meta intersubjetiva en general no transcurre en el nivel de los actos verbales conscientes, sino en el nivel de los actos o movidas relacionales³

no-verbales que emergen en el flujo constante de las acciones que cada uno introduce en el intercambio de forma sutil:

Aunque cualquier movida relacional dada puede ser el resultado de procesos muy abstractos de pensamiento, la mayoría de las transacciones relacionales se fundamenta en un sustrato de claves afectivas que proporcionan una valencia evaluativa o dirección a cada comunicación relacional y estas comunicaciones son llevadas a cabo en un nivel implícito de rápida emisión de señales y respuestas que se produce con demasiada rapidez para una traducción verbal y reflexión consciente simultáneas [...] Por lo tanto, el calce de una movida relacional en relación con las metas conjuntas de la díada probablemente sea percibido o aprehendido de modo típico en términos directos más que ser conocida reflexivamente en el momento (Lyons-Ruth, 2000, pp. 91-92).

Así, la meta de reconocimiento intersubjetivo mutuo no necesariamente requiere de la conciencia para lograrse; puede manifestarse en momentos en los que las acciones de ambos calzan en términos de complementariedad sin que las movidas relacionales involucradas se conviertan en objeto de atención o estén disponibles para la reflexión consciente. El reconocimiento mutuo puede experimentarse como aprehensión directa del mayor calce de las conductas de quienes interactúan al servicio de metas compartidas. Por lo común, el reconocimiento del calce de intenciones es comunicado al otro a través de una determinada movida relacional.

Con posterioridad, el BCPSG (2002, 2005, 2007) ha insistido en que la inferencia de intenciones es una modalidad fundamental de funcionamiento del cerebro para comprender a los demás y en que, en toda interacción, los participantes tienen intenciones relacionales uno respecto del otro (p. ej., estar juntos o no, o de otra forma, hacer cosas juntos o no, etc.) que se expresan en el plano de las movidas relacionales no-verbales. Esta idea relacionaliza el concepto de los campos motores de Boadella, descrito en la sección anterior, al vincular intenciones relacionales con expresiones corporales comunicativas. La inferencia de intenciones orienta las

³ El concepto de la movida relacional hace referencia a una unidad interactiva pequeña y “designa la parte más pequeña de la acción verbal o no-verbal que puede ser analizada sintácticamente como intención intersubjeti-

va” (BCPSG, 2002, p. 1058). Las movidas relacionales están compuestas por fenómenos verbales y no-verbales tales como frases habladas, silencios, gestos y cambios de postura o tema (BCPSG, 2005).

propias reacciones respecto de las conductas del otro y, más allá, transcurre en general de forma continua aunque no consciente:

El análisis sintáctico de intenciones es una cuestión crítica a la que se enfrentan cualesquiera dos individuos que interactúan. La relación entre la acción observada y la intención inferida es aproximada. El análisis sintáctico de la acción en intenciones o significados a menudo requiere redundancia en las secuencias interactivas de manera que potenciales "lecturas" alternativas puedan ser evaluadas y descartadas. [...] Cada uno no sólo está llevando a cabo acciones e infiriendo intenciones, sino que también está teniendo un efecto a la hora de dar forma a las acciones e intenciones del otro en la medida en la que emergen (2002, p. 1058).

Desde este punto de vista, tienen que existir mecanismos de retroalimentación que señalen a quienes interactúan si acaso sus intenciones calzan o no y de qué forma. Tales mecanismos son, por supuesto, de carácter no consciente y están basados en la percepción y decodificación sub-simbólica de las claves somáticas expresivas de los demás. El BCPSG considera que las intenciones de ambos cambian en la medida en la que cada uno lleva a cabo micro-ajustes respecto del otro en base a la evaluación del calce de sus movidas relacionales.

REFLEXIONES FINALES

En este trabajo hemos examinado la vinculación de la dimensión no-verbal con la expresión emocional y con la manifestación y reconocimiento de intenciones en el contexto de las interacciones entre individuos. Hemos enfatizado algunos aspectos relacionados con el valor adaptativo de la expresión no-verbal y, en especial, los procesos no conscientes de codificación y decodificación de las claves corporales expresivas involucradas en los intercambios interpersonales. Con ello, hemos intentado contribuir al desarrollo de una comprensión contemporánea de la dimensión no-verbal sobre la base de los hallazgos actuales en campos de estudio como la investigación de infantes, la teoría del apego y la investigación clínica del cambio en el seno de la interacción psicoterapéutica.

REFERENCIAS

1. Adolphs R. Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nature Reviews Neuroscience* 2003; 4: 165-176
2. BCPSG (Boston Change Process Study Group). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis* 2002; 83: 1051-1062
3. BCPSG (Boston Change Process Study Group). The "something more" than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2005; 53 (3): 693-729
4. BCPSG (Boston Change Process Study Group). The foundational level of psychodynamic meaning: Implicit process in relation to conflict, defense, and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis* 2007; 88: 1-16
5. Beebe B. Faces in relation: A case study. *Psychoanalytic Dialogues* 2004; 14 (1): 1-51
6. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D. *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*, Other Press, New York, 2005
7. Beebe B, Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
8. Boadella D. Embodiment in the therapeutic relationship: Main speech at the First Congress of the World Council of Psychotherapy, Vienna, 1-5 July 1996. *International Journal of Psychotherapy* 1997; 2 (1)
9. Boadella D. Shape postures and postures of the soul: The biosynthesis concept of motoric fields. *The USA Body Psychotherapy Journal* 2006a; 5 (1): 53-65
10. Bostanov V, Kotchoubey B. Recognition of affective prosody: Continuous wavelet measures of event-related brain potentials to emotional exclamations. *Psychophysiology* 2004; 41: 259-268
11. Darwin C. *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, Alianza Editorial, Madrid, 1872
12. Decety J, Jackson P. A social-neuroscience perspective on empathy. *Current Directions in Psychological Science* 2006; 15 (2): 54-58
13. De Gelder B. Towards the neurobiology of emotional body language. *Nature Reviews Neuroscience* 2006; 7: 242-249
14. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
15. Fuchs T. Non-verbale Kommunikation: Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 2003; 51: 333-345
16. Gallese V, Eagle M, Migone P. Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2006; 55 (1): 131-176
17. Geissler P. Präverbale Interaktion: Die Videomikroanalyse als Basis für neue körperpsychotherapeutische Konzeptbildungen. *Psychotherapie Forum* 2001; 9: 99-111
18. Iacoboni M. Face to face: The neural basis of social mirroring and empathy. *Psychiatric Annals* 2007; 37 (4): 236-241
19. Keleman S. *Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung*, Kösel Verlag, München, 1986
20. Lecannelier F. *Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*, LOM Ediciones, Santiago de Chile, 2006

21. Lecours S. Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *International Journal of Psychoanalysis* 2007; 88: 895-915
22. Lyons-Ruth K. "I sense that you sense that I sense...": Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal* 2000; 21: 85-98
23. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21 (1): 71-93
24. Pally R. The predicting brain: Unconscious repetition, conscious reflection and therapeutic change. *International Journal of Psychoanalysis* 2007; 88: 861-881
25. Parkinson B. Do facial movements express emotions or communicate motives? *Personality and Social Psychology Review* 2005; 9 (4): 278-311
26. Reich W. El lenguaje expresivo de lo vivo en la orgonterapia. En Reich W. *Análisis del carácter*. Paidós, Buenos Aires, pp. 361-398
27. Sassenfeld A. Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. Ponencia en las VII. Jornadas Clínicas de la Clínica de Atención Psicológica (CAPs), Departamento de Psicología, Universidad de Chile, 2006
28. Sassenfeld A. *Afecto, regulación afectiva y vínculo: Contornos de una perspectiva relacional sobre el desarrollo del self, la psicopatología y los procesos psicoterapéuticos*. Manuscrito inédito, 2007
29. Schachner D, Shaver P, Mikulincer M. Patterns of nonverbal behavior and sensibility in the context of attachment relationships. *Journal of Nonverbal Behavior* 2005; 29 (3): 141-169
30. Skuse D. Fear recognition and the neural basis of social cognition. *Child and Adolescent Mental Health* 2003; 8 (2): 50-60
31. Stern D. *La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*, Paidós, Barcelona, 1995
32. Stern D, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, Bruschweiler-Stern N, Tronick E. Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 1998; 79: 903-921
33. Trevarthen C. Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22 (1-2): 95-131
34. Trevarthen C, Aitken K. Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001; 42 (1): 3-48

TEORÍA

EXPERIENCIA Y VIDA EN LA CONVERGENCIA DE DOS PARADIGMAS: LA FILOSOFÍA EXPERIENCIAL DE GENDLIN Y EL PARADIGMA ENACTIVO DE VARELA

(Rev GPU 2009; 5; 4: 489-498)

Michele Dufey¹

El presente artículo tiene como objetivo revisar las convergencias entre algunos elementos centrales de la Filosofía Experiencial de Gendlin y el Paradigma Enactivo de Varela. Para ello, se analizan conceptos tales como vida y autopoiesis, experiencia y "experienciar" (experiencing), entorno e interacción, el surgimiento de significados, cuerpo y cultura. Del análisis surge la posibilidad de integrar estos conceptos en un modelo de ser humano que amplía y profundiza diferentes dimensiones de su existencia, abriendo paso a la comprensión y articulación de la gran complejidad que existe en su condición vital básica, social y cultural.

Llama la atención que el concepto de experiencia, siendo de uso tan común, sea a la vez tan difícil de definir y, por lo mismo, se use de manera vaga e imprecisa en las ciencias. El término se origina en la palabra latina *experientia*, y alude a la práctica prolongada que proporciona el conocimiento o la habilidad para hacer algo. A su vez, *experientia* es un derivado del verbo *experior*, cuyo significado es "experimentar", "tentar", "probar". Inevitablemente, entonces, este significado remite a lo vivido por una persona al modo de acciones y, con ello, a las dimensiones biográfica e histórica de su existencia personal. La experiencia constituye uno de los intereses centrales de las obras de Eugene Gendlin y Francisco Varela. Ambos autores han desarrollado una mirada acerca del ser humano que se sustenta en

una matriz epistemológica similar e incluso, en ciertos tópicos, idéntica. Gendlin (1926 -) es de nacionalidad alemana y de formación filósofo y luego psicólogo. Fue alumno de Rogers en su *practicum* de psicología y posteriormente discípulo de él, reformulando la teoría rogeriana hasta plasmar progresivamente su propia teoría, a la que denominó "Teoría Experiencial". Actualmente este autor reside en Nueva York y fue el fundador de *The Focusing Institute*, institución dedicada a promover la enseñanza y práctica de los principios experienciales en todo el mundo. Por su parte, Varela (1946-2001), de nacionalidad chilena, vivió gran parte de su vida en Francia. Biólogo de formación, dedicó su vida al estudio de los seres vivos en diferentes dominios, tales como la neurobiología, la inmunidad, las ciencias cognitivas

¹ Psicóloga, Magíster en Neurociencias. Email: micheledufey@gmail.com

y las neurociencias. Una de las características fundamentales de su pensamiento fue la extensión de lo comprendido en el dominio biológico al dominio de la experiencia humana, para lo cual se valió, además de la tradición científica occidental, de herramientas propias de algunas tradiciones orientales.

El presente artículo tiene como propósito analizar algunos conceptos clave de las propuestas de ambos autores, que ponen de manifiesto la convergencia y la complementariedad en la elaboración de un modelo de sujeto humano, que partiendo desde su condición orgánica básica, culmina en su encarnación en un contexto social y cultural de gran amplitud.

EXPERIENCIA Y VIDA

En el centro de la obra de Gendlin se encuentra la citada palabra “experiencia”. Es a partir de lo experienciado desde donde la persona puede ir conceptualizando y permitiendo que emerjan significados nuevos coherentes con ese devenir concreto de lo vivido.

Por lo tanto, para Gendlin la experiencia es un proceso, un continuo devenir y para poder expresarlo adopta una palabra que remite a ese presente continuo: *experiencing* (experienciar), inspirado en la obra de Wilhelm Dilthey y su concepto de vivencia. El “experienciar” alude al carácter procesal del organismo y su constante interacción con el medio ambiente, lo que se traduce, subjetivamente en el ser humano, en una corriente de sensaciones corporales. La condición humana básica –y la de cualquier ser vivo– no puede ser comprendida de otra manera que como *proceso*. Este es un primer punto de convergencia básico de Gendlin con los conceptos que Varela forjó desde los comienzos de sus investigaciones con Maturana, en la década de 1970. En efecto, para Varela la propiedad esencial de los seres vivos es la autopoiesis (del griego *autos* = mismo y *poiesis* = traer algo a la existencia), es decir, el “producirse a sí mismo” (Maturana y Varela, 1998). Si bien no es el objetivo de este artículo el profundizar en este concepto, sí resulta relevante señalar que la vida es una propiedad emergente de la organización continua de los componentes de un sistema autopoietico, que si bien está determinada por cada uno de ellos, como su estructura molecular, bioquímica, celular, etcétera, no puede ser reducida a ellos (Luisi, Lazcano y Varela, 1996). La condición de estar vivos, entonces, trae como consecuencia el permanente *irse constituyendo* mientras el sistema preserve la integridad de su organización biológica.

Gendlin, desde un nivel de análisis diferente (propio de la psicología y la filosofía), coincide con estos conceptos de Varela, enfatizando el proceso de “com-

pletarse” o, mejor dicho, de “irse completando” que dirige la organización, biológica, corporal y también social y cultural. Dice Gendlin:

“Nuestros cuerpos son tan complejos, nuestro lenguaje y nuestro contexto cultural es tan rico, las situaciones que crea la vida de una hora a la siguiente son tan complicadas (...) que se requieren *condiciones muy concretas de síntesis* para que funcionen. (...) El proceso experiencial es biológico y cultural (...) se mueve y está vivo” (Gendlin, 1966 en Alemany, 1997 pp. 63-64. Cursivas añadidas).

Los elementos destacados en esta cita aluden a que la experiencia no es sólo un proceso intelectual y afectivo sino *encarnado*, es decir, *corporal*. La visión del cuerpo es, por tanto, la de un organismo que se va creando en función de los procesos históricos, sociales y culturales concretos que el sujeto va viviendo. Y este proceso altamente dinámico está materialmente incrustado en el entorno de un organismo y varía en relación con él.

LA FENOMENOLOGÍA

El proceso de vivir resulta, para el ser humano, una experiencia “subjetiva”, es decir, en primera persona². Desde esa primera persona experimento el mundo, los significados y a los otros. Resulta curioso que en sus escritos Varela hable de neuro-fenomenología, entendiendo por tal un ángulo metodológico para el problema de los fundamentos biológicos de la conciencia y el hecho de tener experiencias irreducibles en primera persona.

Gendlin acuña y forja su teoría experiencial y, sobre todo, sus teoría y práctica psicoterapéuticas, desde la fenomenología de Husserl y de Merleau-Ponty. Es sabido que Varela también se abrió hacia el final de sus investigaciones a la metodología fenomenológica para estudiar temas altamente complejos, el del cerebro y la conciencia, integrando neurociencias y fenomenología bajo el ya mencionado concepto de *neuro-fenomenología* (Varela y Thompson, 2001). No obstante, este afán integrador se manifestó desde temprano en su obra³.

² Para una ampliación ver: Varela F y Shear J. (1999) First-person methodologies: What, why, how? *Journal Of Consciousness Studies*, 6, 1-14 (Hay una traducción al español en GPU, 2005; 1; 2: 148-160)

³ Sin ir más lejos, esto está dicho en aquella famosa frase que propuso a Maturana cuando recién llegó a su labo-

Sin embargo, es posible preguntarse: ¿qué es lo que ambos autores capturaron de la fenomenología? Para Husserl la conciencia es siempre “conciencia de algo” (intencionalidad), y la conciencia está siempre referida a aquello percibido amado o recordado, en los actos conscientes de percibir, amar o recordar. Tanto en el campo teórico como en sus consecuencias pragmáticas, la fenomenología pone de relieve la experiencia en primera persona, indisoluble del proceso de la vida y del mundo que mediante ella aparece. Así, vida y experiencia, experiencia y referencia al “mundo” son inseparables y el resultado de un solo proceso. El discurso metódico de ambos autores está profundamente teñido de la mirada fenomenológica. Basta con citar algunos párrafos para percatarse de ello. Varela:

“Lo que me interesa es recatar el fenómeno de la vida en toda su gloria y majestad. Esto quiere decir evitar caer en la tentación dominante de reducir el fenómeno de la vida a la sorpresa de ver que surge de un mundo material molecular muerto y sin significación”.

Y más adelante agrega:

“Gran parte de las ideas que presento aquí son precisamente el esfuerzo de romper ese sueño newtoniano y de recentrar el fenómeno de la vida sobre sus propias bases, es decir, no como un evento improbable que escapa a la muerte física, sino como ocurrencia central de la naturaleza que funda todo conocer...” (Varela, 2000 p. 13).

Por su parte, Gendlin afirma:

“Pongo algo de lo que pienso sentidamente en palabras para mí mismo mientras permanezco sentado. Quizás estoy rumiando algo, lo sopeso, veo otras cosas de ello, un modo más simple de verbalizar algo. Pero no me ciño a una u otra verbalización. Lo dejo fluir por mi mente. Decido decirlo (sea lo que sea “eso, “este” pensamiento o sensación), no tendré todas las palabras predeterminadas. Me llegará a la boca de forma espontánea” (Gendlin, 1967 en Alemany, 1997 p. 80).

ratorio y éste le preguntó qué le interesaba conocer, a lo cual Varela respondió: “¡el psiquismo del universo!”

Dentro del método fenomenológico el proceso conocido como “puesta entre paréntesis” (*epoché*) posibilita suspender cualquier juicio previo que se tenga respecto a aquello que se quiere observar, para permitir que, desde la contemplación, “surja” o “emerja” la novedad, aquello que desde el prejuicio no podemos ver, y que surja con un certero ¡Ajá, esto es! Varela lo propone para el estudio del cerebro, la mente y la conciencia. Gendlin lo lleva al espacio terapéutico como una herramienta de trabajo experiencial: el *focusing* o focalización experiencial.

No obstante, el punto de anclaje de Gendlin y Varela para la utilización de conceptos fenomenológicos sobre el proceso vital concreto, lo constituye, además de Husserl, la filosofía de Maurice Merleau-Ponty. Una de las grandes contribuciones de este filósofo francés está en liberar el concepto de cuerpo de la reducción fisiológica, para ampliarlo hacia la dimensión *vivenciada* y *encarnada* (intencionalidad motriz). Contrariamente al camino lógico inductivo o deductivo que sigue el pensamiento moderno y el científico particularmente, Merleau-Ponty plantea a la vida corporal misma como el proceso desde el que surgen las conceptualizaciones –y de ahí todos los planteamientos científicos. El ser concreto corporal que somos es de donde venimos y donde estamos, y eso es la existencia (Gendlin, 1973 en Alemany 1997).

Esta manera de existir y de concebir la vida psíquica tiene implicancias epistemológicas y experienciales, pues estos autores no desligan sus procesos corporales, encarnados, de sus ideas más abstractas. Es decir, *es desde la matriz biológica existencial concreta que emanan las ideas y el pensamiento*. Para Gendlin y Varela, esto se traduce en el *pensamiento corpóreo* o *encarnado*.

CUERPO Y ENTORNO: LA INTERACCIÓN

A las dos ideas anteriormente discutidas –la noción de proceso de vida y su dimensión fenomenológica y encarnada– se agrega un tercer elemento de convergencia entre los postulados de ambos autores, y que versa sobre la relación del individuo con su entorno. Tanto Varela como Gendlin han discutido ampliamente la relación fáctica de la persona con el entorno y ambos coinciden en distinguir, a lo menos, dos clases de entorno. El primer tipo es aquel que es accesible para un observador externo y que puede ser descrito mediante características y descriptores discretos, en tercera persona (es la descripción de “algo eso” desligada del observador; p. ej. un nicho ecológico, factores socio-culturales). Este entorno o “medio ambiente”, en términos de Varela (1997, en Varela, 2000) y “en # 1” en palabras de

Gendlin, es el utilizado clásicamente en ciencias y que desde ellas se asume como el único ambiente posible. El segundo tipo de entorno es más difícil de comprender, pues supone un giro epistemológico consistente en el entorno *para el individuo*. Varela denomina a este entorno el “mundo” del sistema, y no es accesible para ningún observador externo⁴. Gendlin, por su parte, ha realizado recientemente distinciones más finas desde este tipo de entorno, las cuales han sido elegantemente expuestas en publicaciones más recientes de su obra (Gendlin, 1997)

Este segundo tipo de entorno reviste mayor interés para una comprensión más profunda sobre las complejidades relacionales que los individuos establecen con su medio. Por cierto, el entendimiento de esta relación requiere del pensamiento fenomenológico. Varela, por su parte, establece que, en el momento en el que una unidad autopoietica (un ser vivo) queda establecida, en ese mismo acto se define su entorno circundante, que es lo que queda “fuera” de ella. No obstante, la separación entre ambos –ser vivo y ambiente– es relativa puesto que la unidad depende de su entorno para poder conservarse como tal: es una relación de continuidad. En otras palabras, la relación es dialógica; mientras la unidad autopoietica se está constituyendo a sí misma en su proceso de vivir, asimismo está definiendo su entorno, su mundo y viceversa (Varela, 1997 en Varela, 2000). Lógicamente cabe suponer que la cualidad dinámica y cambiante de la vida otorgará a su mundo características no menos flexibles. Para Varela, el mundo de un organismo no puede ser rígido o predeterminado, puesto que, por definición, es el propio ser vivo quien va creando su mundo, momento a momento.

El planteamiento anteriormente expuesto constituye el eje fundamental de lo que Varela ha llamado un paradigma llamado “enactivo”.⁵ La *enacción* consiste precisamente en hacer emerger momento a momento un mundo o, simplemente, mundos, los cuales están cargados de significados relativos al individuo que los mienta (es decir, que los “percibe” y a la vez los “constituye”).

⁴ La totalidad del mundo de una persona no puede ser capturada por un observador externo. Sin embargo, está la posibilidad de ingresar a un mundo de significados compartidos, lo cual será analizado posteriormente.

⁵ El término *enacción* es de difícil traducción en español. Del inglés “enact” significa “actuar” en el sentido de representar un rol o un papel escénico. Enfatiza el rol activo la acción del sujeto en el mundo.

Por su parte, dentro de los tipos de entorno no objetivables que Gendlin distingue, está el de la identidad reflexiva (en # 2), el cual es inseparable del proceso de vida de un organismo. Es decir, este entorno es una *consecuencia* del proceso de vivir mismo y se va haciendo *mientras* el organismo vive y funciona en algo particular. Por ejemplo, desde este nivel no se puede definir “aire” y “pulmones” (lo cual sería un acto de distinción para un observador externo, desde el “en # 1”) sino el “aire entrando a los pulmones” como parte de una función vital: el respirar continuo. Ambos, entorno y cuerpo se implican mutuamente ya que los pulmones no pueden ser separados, desde su vitalidad, del aire que continuamente los está forjando. Asimismo, la dureza del suelo sólo puede ser referida por un sistema “pierna-músculo-hueso” que camina sobre él; es decir, el pie implica la dureza del suelo. En este nivel, cuerpo y entorno se implican mutuamente porque son parte de un *proceso interactivo, de una organización* (Gendlin, 1997).

Del proceso de interacción cuerpo-entorno anteriormente descrito, surge para Gendlin un tercer tipo de entorno (“en # 3”), el cual consiste en el *resultado* del proceso de vida. En este nivel, el organismo y el cuerpo se pueden considerar como un todo resultante de la multiplicidad de interacciones (virtualmente imposibles de enumerar) que el organismo va estableciendo en su permanente irse constituyendo a sí mismo. La estructura del cuerpo no sólo está hecha sino mantenida por un continuo proceso vital que, si se detiene, se desintegra. En otras palabras el cuerpo constituye el entorno en el que se va generando a sí mismo. Como ejemplos de este nivel, Gendlin menciona la concha del molusco, la tela de araña, el pelo, la piel y el propio cuerpo. Cabe mencionar que existe un cuarto tipo de entorno descrito por Gendlin (“en # 0”) que no será considerado en este texto, pero que sin lugar a dudas implica un salto epistemológico de gran interés para quien quiera profundizar en la filosofía de lo implícito (y por cierto, de sorprendente semejanza al nivel del “orden implicado” dentro de la línea del pensamiento complejo sistematizado por David Bohm).

Del análisis acerca de las distinciones que Varela y Gendlin realizan sobre el “mundo del organismo viviente” y de los “en # 2” y “en # 3”, resalta a la vista el carácter autorreferencial que éstos tienen para el ser viviente, lo cual difiere tajantemente de la clásica visión de medio ambiente propuesta por las ciencias positivistas. Con esto los autores devuelven al ser vivo su autonomía, no sólo en materia de supervivencia, sino de ir vinculándose con el mundo desde una lógica que es *autoguiada*

y *procesal*: es el propio individuo quien va determinando los aspectos relevantes de su entorno, en un continuo devenir. Desde Varela, la cualidad autónoma de los seres vivos es explícitamente sostenida a lo largo de toda su obra como un aspecto crucial e inherente al proceso vital. La siguiente cita muestra claramente este aspecto:

(...)¿Qué le falta a HAL?⁶ ¡El cuerpo! HAL no está encarnado en una flexibilidad de percepción y acción que le confiere una autonomía en relación con su mundo.

Y precisa más adelante:

¿Por qué lo que veo en mi computador no es algo vivo? Porque este objeto no es autónomo, no tiene existencia separada de este universo informático inerte. En los años 50-60 se pensaba que se podían explorar, mediante la simulación, todas las posibilidades. Pero se llegó a un callejón sin salida: el mundo es demasiado rico para que (un sistema) posea una representación previa o incluso útil (Varela, 1997 en Varela, 2000 pp. 44-45)

De esta cita resalta no sólo la dificultad sino la incompatibilidad con la vida que para Varela tiene el poner del lado del entorno la especificación de cualidades o características, que luego van a ser re-presentadas por el individuo para desenvolverse en él. Es decir, no es el entorno sino el individuo quien va “decidiendo” los aspectos relevantes del entorno que constituyen su mundo, necesarios para que la vida continúe.

Curiosamente y en sincronía con la noción de identidad autopoietica, Gendlin (1997) ha distinguido el concepto de “ciclo funcional” en referencia a la secuencia de sucesos que se encuentran relacionados implícitamente con un evento del individuo. Al encontrarse el individuo experimentando (*experiencing*) en un momento particular, existe un orden de eventos implicados que pueden ocurrir, que no son ni aleatorios (del lado del entorno), ni predeterminados (del lado del sujeto) pero que sí presentan una secuencia lógica (no lineal), dada por el modo cómo el individuo se va organizando en dicho experimentar. Citando a Gendlin:

“Muchos animales inteligentes pueden re-incluir un feedback desde lo que hicieron, de modo de permitirles comenzar desde el inicio de una acción interrumpida, pero esto también implica una secuencia diferente que meramente el continuar la acción interrumpida. El vivir no puede ser pensado como una unidad de eventos relacionados con otros eventos sólo por ubicación de eventos que uno pudiese reacomodar en cualquier orden”. Y agrega: “Implicar nunca es exacto a ocurrir. Entonces implicar nunca es un ocurrir que no ha aún ocurrido. No es un ocurrir en una posición diferente dentro de una línea de tiempo” (Gendlin, 1997 pp. 8-10).

Nuevamente nos encontramos con que es la organización propia del individuo la que va determinando no sólo los aspectos significativos circundantes sino el curso temporal de eventos que se van sucediendo. Es importante precisar que, para estos autores, no es que el entorno no se pueda considerar desde las características que le asignamos como observadores; el punto es que esto no es lo más relevante para el proceso vital del individuo. Lo que va siendo relevante del medio es aquello que va surgiendo como *significativo* para el organismo. Y, aquí, nos encontramos de frente con un cuarto punto de convergencia entre estos de Gendlin y Varela: el de la génesis de los significados personales.

EXPERIENCIA Y SURGIMIENTO DE SIGNIFICADOS

En el caso de Gendlin, sus desarrollos teóricos respecto al tema están centrados en la experiencia humana individual, social y política, y realiza una crítica política a la noción psicoanalítica del “orden impuesto desde fuera”. Varela, por su parte, se enfoca hacia el orden de lo vivo en general, no obstante, establece implicancias hacia el ámbito de lo humano, social y científico-cultural.

En uno y otro caso, el concepto de significado está cargado de valores relativos al organismo, al proceso vivencial y experiencial del individuo, por lo cual debe ser distinguido de la noción meramente simbólica, abstracta o lógica que usualmente se entiende por este concepto. Este punto es de suma trascendencia en la elaboración epistemológica de los dos autores, y alude a la manera cómo las ciencias positivistas han comprendido la noción de significado, la cual implica un “algo” que está “fuera” de los sujetos o, dicho de otro modo, en “la realidad por sí misma”, a lo cual accedemos mediante la razón, o un acto cognitivo abstracto. Esta idea se puede graficar así (Fig. 1):

⁶ HAL es la máquina inteligente que soñó Kubrick en su afamada película “2001: La Odisea del Espacio”.

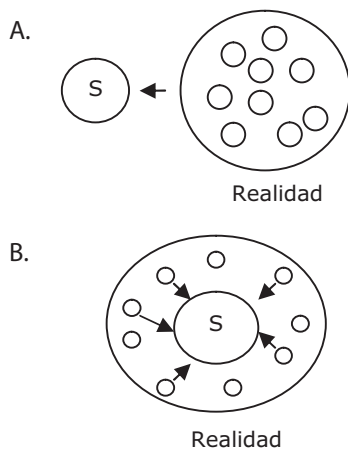


Fig. 1: Tanto en A. como en B. el sujeto (S) conoce la realidad mediante un acto de internalización (o de re-presentación) que suele entenderse como abstracto, cognitivo. La realidad existe independientemente del sujeto y está compuesta por elementos discretos (objetos, personas) que son independientes entre sí.

Esta lógica externalizadora es la que Gendlin discute en la *Crítica política del darse cuenta* (1984). De manera sintética, Gendlin ve que la psicología tradicional psicoanalítica entiende la condición humana básica como caótica y conflictiva, puesto que nuestras tendencias primarias derivan de las pulsiones del ello, o de “la caldera de impulsos caóticos”. El proceso de socialización es producto de una internalización más o menos exitosa de las reglas y normas sociales, lo cual implica, en el mejor de los casos, la represión de estas pulsiones. Es decir, es el orden social, externo, quien entrega las vías mediante las cuales canalizamos nuestras formas de acción y de interacción, y, por ende, nuestras formas de interactuar no pueden exceder las formas socialmente dadas. El siguiente esquema expresa de manera simple esta idea (Fig. 2):

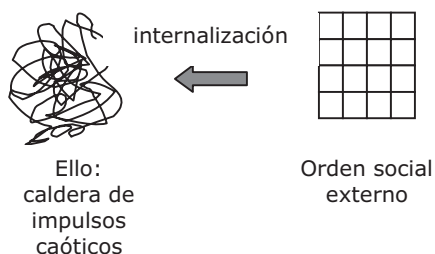


Fig. 2: El orden social es categorial y su internalización por parte del sujeto permite poner orden al caos generado por las pulsiones internas.

El psicoanálisis –dice Gendlin– no tiene ningún sitio en donde poner nuestra complejidad experiencial actual, excepto en aquel cajón primitivo (anterior al yo) (Gendlin, 1984 en Alemany, 1997 pág 265). De alguna manera, la experiencia interna debe ser ordenada desde fuera, lo cual consiste, para Gendlin, en un principio político, puesto que define la existencia de una fuente externa (lo social) de opresión interna (sobre el ello o la complejidad de la experiencia interna).

Contrariamente a estos principios, para Gendlin la experiencia interna dista mucho del caos y el conflicto, y es entendida más bien desde un *nivel de complejidad* que muchas veces excede las capacidades lógicas de comprensión. Aquí, el cuerpo no hace una mera *internalización* de aspectos externos, sino que *interactúa* permanentemente con el entorno por el solo hecho de estar vivo, experimentando y, en esa interacción, surgen sensaciones, sentimientos y significados, totalmente cargados de valores situacionales. En otras palabras, los cuerpos son, reflejan e implican las situaciones que vivimos. En este sentido, los significados pueden permanecer en un nivel implícito (no consciente aunque accesibles a la conciencia) o pueden ser explicitados mediante un proceso de simbolización (la simbolización incluye las diferentes formas de lenguaje, mediante palabras, imágenes y figuras metafóricas).

Por lo tanto, no existe una oposición entre una realidad externa y otra interna, sino que ambas interactúan permanentemente hasta tal punto que Gendlin no distingue entre los estados corporales y las situaciones vividas. Además, desde esta información corporal el sujeto no sólo conoce “el” entorno circundante sino que debe ser capaz de acompañar una diversidad infinita de entornos que, momento a momento, se siguen, ya que la naturaleza de la experiencia es versátil. Y, para ello, la información corporal (la sensación sentida y los significados sentidos, o corporales) va cambiando, abriendo al sujeto un abanico de significados imposibles de explicitar o simbolizar en su totalidad –puesto que contienen la complejidad total de las situaciones–, y posibilitando para el sujeto formas novedosas de expresión, de funcionamiento y de conductas. Dicho con otras palabras, *la sola realidad externa no puede definir de modo alguno las nuevas formas de funcionamiento o de adaptación del sujeto a las circunstancias actuales* (Fig. 3)

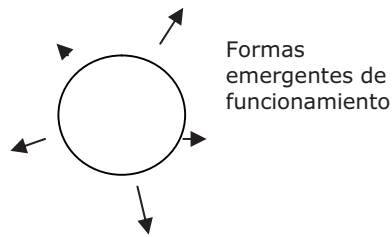


Fig. 3: Adaptación del sujeto a la circunstancia

Varela, por su parte, no es menos explícito a la hora de criticar la atribución externa de los significados del sujeto⁷. Toda vez que un sistema autopoietico (o cualquier ser vivo) va conservando su identidad autónoma, distinguiéndose de su entorno circundante, en ese mismo acto va definiendo dicho entorno, creando una perspectiva que le es propia. Desde el medio externo no se puede definir aquello que es significativo para el sujeto, ya que sólo el sujeto, en su operar, puede reconocer aquello que va necesitando para su conservación, y, consecuentemente, guiar su acción para obtener aquello que le falta.

Varela también critica las formas de subjetivismo (o “la posición del huevo”: el sujeto crea su propio mundo acorde a sus leyes internas de funcionamiento), puesto que implican una lógica similar a las formas de externalismo (“posición de la gallina”: leyes del mundo exterior que deben ser aprehendidas por el sujeto). La posición enactiva enfatiza un camino intermedio y que consiste en una *definición mutua* o *co-determinación* entre sujeto y entorno:

“El proceso continuo de vida ha modelado nuestro mundo en una ida y vuelta entre lo que describimos, desde nuestra perspectiva perceptiva, como limitaciones externas y la actividad generada internamente. Los orígenes de este proceso se han perdido para siempre, y en la práctica nuestro mundo es estable (excepto cuando se desmorona). Pero esta aparente estabilidad no tiene por qué obstaculizar una búsqueda de los mecanismos que la hicieron emerger. Lo que marca la diferencia entre el enfoque enactivo y cualquier forma de

constructivismo o neokantismo biológico es este énfasis en la co-determinación del huevo y la gallina” (Varela, 1990 pág 102).

Para este autor, el aspecto interaccional sujeto-entorno (todo conocimiento es *intencional*, es decir, “acerca de”) es también clave en su epistemología. La enacción surge como una propuesta alternativa ante la denominada “angustia cartesiana” o la falta de fundamento que los filósofos modernos han encontrado al reflexionar acerca de la verdad última de las cosas, o del mundo (y que ha teñido el modo de hacer ciencias y también la vida cotidiana). Ante esta aparente falta de solidez del mundo, o bien hay un volcamiento hacia los fundamentos cayendo en una especie de absolutismo y de fundamentalismo (“todo está allí”), o bien no se cree en nada yéndose, así, hacia el polo del relativismo y el nihilismo (pérdida de valores). Al enfatizar la *interacción* permanente con el entorno, esta dualidad extrema tiende a desaparecer, puesto que se abre la posibilidad de un “ir encontrándose” permanentemente con las diversas situaciones, con la variedad de contextos que el sujeto vive y, en ese encuentro, ir definiendo lo que es relevante para ese momento, para luego dar paso a un próximo encuentro.

DEL ORGANISMO A LA CULTURA

Los encuentros con el entorno por cierto que implican a otras personas; no es un entorno meramente cargado de objetos sino de otros significativos con los cuales el sujeto va conjuntamente modulando su organización y expresión. En este devenir conjunto tanto Varela como Gendlin hacen reflexiones profundas de las implicancias que tiene el postular una visión procesal del organismo, y ambos han soñado con las posibilidades social y culturalmente transformadoras de sus enfoques.

La visión biológica ampliada de Varela (aunque no por ello imprecisa), al aplicarse a todo orden de seres vivos, también se entiende en los niveles de complejidad que el ser humano vive, en sus dimensiones lingüística, social y cultural. Para él, la conducta inteligente está dada por la posibilidad de que el sujeto “haga emerger” (enactúe) mundos o *significados nuevos* (que le posibiliten conservar su integridad), pero también por la posibilidad de ingresar a un mundo de *significados compartidos*. En la especie humana este espacio compartido está dado por los dominios sociales y culturales, los cuales son enactuados (“se hacen emerger”) por la interacción de todos los individuos que comparten un nicho local. Desde aquí se puede entender la diversidad cultural no sólo a escala planetaria sino también

⁷ Las nociones de “mundo pre-dado”, “independencia entre sujeto y objeto” y “representación como medio para conocer el mundo” son abordadas y criticadas con detalle en Varela F, Thompson E y Rosch E (1994) “De Cuerpo Presente”(Referencia 11).

aquella diversidad que existe al interior de un país, de una ciudad (culturas urbanas) e, incluso, la diversidad familiar.

Como hemos señalado, para Gendlin y Varela los significados emergen desde el *cuerpo*. Gendlin trabaja más finamente la distinción entre significados implícitos y explícitos. Varela no hace tal distinción, para todos los seres vivos los significados operan fundamentalmente en el nivel de lo implícito y el dominio del lenguaje permitiría una complejidad añadida al funcionamiento en ese nivel. Él enfatiza la historia del sujeto o, dicho con mayor precisión, su historia corporal y social, su historia de acoplamientos estructurales, de encuentros con el entorno, o de transformaciones. Es decir, es el cuerpo quien guarda un registro histórico de sus experiencias, las cuales van definiendo el modo cómo el sujeto percibe su entorno, y lo significa. Esto no es una suerte de determinismo histórico y, menos aún, biológico, sino que existe una coherencia entre lo que el sujeto percibe en la actualidad, en su contexto inmediato, lo que hace y su devenir biográfico previo. Y ese devenir no se encuentra meramente en el aparato cognitivo lógico y abstracto, sino en todo el organismo, en una *identidad biológica* (Varela y Cohen, 1989 en Varela, 2000). Y esta identidad es la que el sujeto percibe no sólo como una estructura física (*Korper*), sino como un *cuerpo vivenciado* (*Leib*), concepto al que aluden recursivamente.

Todos estos conceptos (proceso de vida, experiencia, entornos, significado y cuerpo) son expuestos tanto por Varela como por Gendlin bajo una propuesta paradigmática, en el sentido más abarcativo de este concepto; es decir, no sólo como un modelo de funcionamiento del ser vivo y del ser humano, sino como supuestos básicos para comprender la realidad, y más específicamente, las relaciones entre los seres vivos y las relaciones humanas. Ambos autores pesquisaron la necesidad de entender la realidad y la experiencia de una manera renovada, trascendiendo las categorías y abriéndose hacia los procesos, resaltando, así, la cualidad dinámica de la vida y la realidad. Esta comprensión se debiera traducir en procesos de cambio social desde la práctica disciplinada de estos principios.

A Varela le interesaba sobremanera la formación de una comunidad científica abierta a la búsqueda de un medio disciplinado y genuino para afrontar la falta de fundamento e internarse más allá de éste, basada en valores como la bondad genuina y la compasión. Por ejemplo, menciona que el conocimiento genuino es vacío de fundamento y lleno de sabiduría, acorde a las enseñanzas de las prácticas budistas que él realizó gran parte de su vida:

“¿Cómo se puede alentar y corporizar en nuestra cultura esa actitud de interés abarcador, des-centrado y compasivo? Obviamente no se puede crear a partir de normas y exhortaciones racionalistas. Se debe desarrollar y corporizar a través de una disciplina que facilite el abandono de hábitos yoicos y permita que la compasión se vuelva espontánea y sostenida” (Varela, 1992 pág 287).

Para él, la experiencia y la ciencia deben estar en una relación circular; la disciplina científica debe nutrirse de la experiencia cotidiana, debe abrirse a integrar la fenomenología del investigador y del sujeto experimental. Y, a su vez, la vida cotidiana debe ser nutrida por los hallazgos científicos porque la ciencia ocupa un papel preeminente en la cultura. Esta cita refleja plenamente el espíritu transformador para la ciencia que él pretendía:

“Cuando ensanchamos nuestro horizonte para incluir enfoques transformadores de la experiencia (...) obtenemos una perspectiva del mundo que podría emerger si aprendemos a abrazar la falta de fundamento como compasión en una cultura científica” (*Ibid*, pág. 289).

En el caso de Gendlin, la visión procesal de la experiencia implica que la experiencia interna puede traducirse en formas novedosas de interacción del sujeto, en la medida que la complejidad del organismo –su alta organización– es abierta a su expresión. Para Gendlin, la naturaleza del organismo es prosocial. Esto se entiende desde la perspectiva de que el apoyo social es un aspecto básico para la supervivencia, sobre todo si se considera el alto grado de dependencia de nuestra especie para su conservación desde el nacimiento. Esto es, en la medida en que existe la receptividad en el sujeto para atender y expresar la información que señala el cuerpo en relación a las situaciones, la persona puede abrirse a nuevas formas de adaptación (que compatibilizan de manera más ajustada sus necesidades organizmicas y los elementos contextuales):

“El organismo está altamente organizado. La investigación reciente también muestra que los recién nacidos llegan con más información de lo que se había asumido. Los patrones sociales organizan al individuo, pero los organismos son también una fuente de orden que elabora los patrones sociales” (Gendlin, 1984 en Alemany, 1997).

No obstante este abierto reconocimiento de la complejidad y organización del organismo, Gendlin es

enfático al señalar que éstas se expresan en la medida en la que encuentran un soporte social adecuado. No cualquier entorno promueve la expresión abierta de la complejidad del organismo, ya que existen formas sociales restrictivas ante las cuales el organismo reacciona, se “acopla estructuralmente” (en términos de Varela) de una manera que tiende a ser estereotipada y repetitiva. El costo de esta restricción es el malestar y la enfermedad: el *experiencing* se estrecha al punto de lo que tradicionalmente se llamaba neurosis y, en su extremo, en los fenómenos psicóticos.

CONCLUSIONES

En su práctica mancomunada, el enfoque experiencial se traduce en un compromiso político, transformador, en el cual el practicante se compromete con la transformación social a través de la enseñanza de los pasos experienciales a otros. La transformación social requiere de la participación colectiva ya que un individuo, por sí solo, no puede generar un cambio de cultura. La diversidad humana que surge de la diferenciación experiencial (es decir, el cómo cada sujeto se va diferenciando al profundizar en su experiencia) es conciliable con la universalidad de valores, ya que las capacidades humanas aumentan y la conciencia y responsabilidad social se amplían.

La confluencia de los conceptos analizados en los dos autores a los que hemos dedicado este trabajo, puede favorecer una visión del ser humano que abre complejidad en diferentes niveles de su existencia. Varela aporta herramientas para desnudar la existencia desde los niveles más básicos, molecular y celular, permitiéndonos entender la dinámica de esos niveles como las hebras de un tejido que tiene como cualidad fundamentar el estar vivo, el *ser vivo* (se podría decir incluso: el *siendo vivo*). Lo orgánico es la base de la experiencia, por ende, los valores fundamentales de la vida se encuentran allí donde el cuerpo debe actuar para conservar su integridad. Gendlin, por su parte, incluye este nivel y lleva su complejidad hacia la dimensión de lo psicológico, hacia una psicología encarnada que tiene como ancla el cuerpo y su devenir experiencial. Los valores de la práctica social no son por tanto el producto de una reflexión ética sino un referente interno continuo, que siempre está “aquí”, a la mano, para guiar de manera silenciosa e implícita el comportamiento (aunque accesible a la conciencia). Gendlin ha bautizado este referente con el nombre de *sensación sentida* (*felt sense*). El encuentro de los valores internos con los espacios socialmente ofrecidos es un aspecto que ha capturado la atención de estos dos grandes epistemólogos. Las ciencias sociales y, en particular la Psicología,

deben revisar hasta qué punto incluyen de manera explícita, teórica y metodológicamente consistente, este aspecto fundamental de la existencia en su génesis. Si la cultura es el resultado de los encuentros e interacciones entre los sujetos que comparten un espacio común, en la escala que sea (familiar, comunal, regional o planetaria), es muy relevante, por lo tanto, promover aquellas interacciones que favorecen el acercamiento del sujeto a sus valores internos. Es probable que el resultado de este tipo de interacción resulte en formas socialmente renovadas, que es lo que a una agrupación de interés común le sucede cuando sus integrantes encuentran un espacio para la exploración personal genuina y de auténtico acompañamiento mutuo. Formas creativas y novedosas para encarar problemas o situaciones difíciles pueden surgir, para dar lugar a un orden social emergente más complejo y arraigado en el valor de la vida. El siguiente diagrama refleja los conceptos revisados e integrados acorde a los niveles de emergencia (Fig. 4):

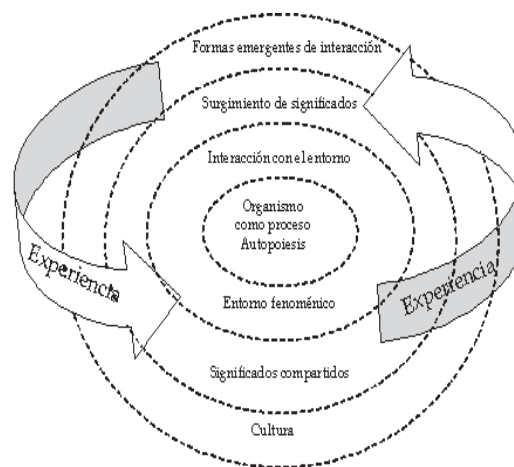


Fig. 4: Esquema que sintetiza los niveles de complejidad emergentes desde la visión procesal del organismo desarrolladas por Gendlin y Varela.

REFERENCIAS

1. Gendlin ET. (1966) Existencialismo y Psicoterapia Experiencial. En: Alemay C (Ed.) (1997) *Psicoterapia Experiencial y Focusing: la aportación de E. T. Gendlin*. Ed Desclée de Brouwer: Bilbao, pp. 31-56
2. Gendlin ET. (1967) Therapeutic Procedures in dealing with Schizophrenics. En: Alemay C (1997) *Psicoterapia Experiencial y Focusing: la aportación de E. T. Gendlin*. Ed Desclée de Brouwer: Bilbao, pp. 71-93
3. Gendlin ET. (1973) Psicoterapia Experiencial. En: Alemay C (1997) *Psicoterapia Experiencial y Focusing: la aportación de E. T. Gendlin*. Ed Desclée de Brouwer: Bilbao, pp. 143-195

4. Gendlin ET. (1984) Crítica política del "darse cuenta." En: Alemany C (1997) *Psicoterapia Experiencial y Focusing: la aportación de E. T. Gendlin*. Ed Desclée de Brouwer: Bilbao, pp. 263-278
5. Gendlin E. (1997) *A process model*. New York: The Focusing Institute
6. Luisi L, Lazcano A, Varela F. (1996) Autopoiesis: the very idea. En: Rizzotti M. (Ed.) *Defining life: The central problem in theoretical biology*. Università de Padova, Padova, pp. 146-167
7. Maturana H, Varela F. (1998) *El árbol del conocimiento* (12 ed.). Ed. Universitaria: Santiago de Chile
8. Varela F. (2000) *El Fenómeno de la Vida*. Dolmen: Santiago de Chile
9. Varela F, Cohen A. (1989) El cuerpo evocador: una relectura de la inmunidad. En Varela F. (2000) *El Fenómeno de la Vida*. Dolmen: Santiago de Chile, pp. 117-144
10. Varela F, Thompson E. (2001) *The Unity of Consciousness: Binding, Integration and Dissociation*. New York: Oxford University Press
11. Varela F, Thompson E, Rosch E. (1992) *De Cuerpo Presente: las ciencias cognitivas y la ex-periencia humana*. Gedisa: Barcelona
12. Varela F. (1990). *Conocer*. Gedisa: Barcelona
13. Varela F. (1997) Patrones de vida: Entrelazando identidad y cognición. En Varela F. (2000) *El Fenómeno de la Vida*. Dolmen: Santiago de Chile, pp. 49-73

CLÍNICA

CÁNCER DE MAMA Y MASTECTOMÍA: ENLACE PSICOSOMÁTICO DESDE EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

(Rev GPU 2009; 5; 4: 499-506)

Carolina Alessandri B¹

Pensé esto y sentí lo que todos sabemos pero nunca decimos en voz alta, porque es a la vez un misterio y una evidencia. Miré a Angel Aparecido y me vi reflejado en él no como en un espejo, sino sólo en una pregunta: somos cuerpo, somos alma y jamás sabremos cómo se unen la carne y el espíritu.

Carlos Fuentes
La voluntad y la Fortuna, 2008

Este artículo responde a la siguiente pregunta: ¿Es posible una práctica clínica psicoanalítica sobre la relación psique-soma en pacientes con cáncer de mama en el contexto hospitalario, donde no se realizan tratamientos sino intervenciones de máximo diez sesiones? Para esto se entrega primeramente una visión general del concepto de psicósomática para pasar desde ahí a un marco conceptual del psicoanálisis relacional que contribuye a definir la relación psique-soma como interdependencia y complementariamente como regulación intersubjetiva. Dados los efectos de disociación cuando se trata de una mastectomía, se pondrá especial énfasis en el concepto de imagen corporal a partir de fuentes teóricas diversas que complementan el modelo relacional.

¹ Carolina Alessandri B es Licenciada en Psicología, con post-título en Psicoterapia Psicoanalítica del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak". Actualmente trabaja en la Unidad de Mastología del CRS Cordillera – Hospital Dr. Luis Tisné B.

Este trabajo surge de la experiencia como psicóloga clínica miembro del equipo de salud de la *Unidad de Patología Mamaria* en el CRS Cordillera Oriente ligado al Hospital Dr. Luis Tisné B. En esta unidad sólo se trata el cáncer de mama. El principio desde el cual arranca este artículo es que el cáncer es más que un problema estrictamente médico, pues no sólo enferma el órgano sino la paciente en toda su integridad: corporal, mental, familiar, social, espiritual. Es probablemente una de las enfermedades más complejas y temidas en nuestra cultura, ya que pese a los avances de los tratamientos, verse enfrentado a un diagnóstico de cáncer aún se escucha como una condena a muerte. El objetivo de la función relacional consiste en brindar atención psicológica a la paciente y su familia durante el proceso de la enfermedad; práctica que se sitúa en el campo clínico de las subespecialidades de *Enlace* y de la *Psico-oncología*. La intervención puede llevarse a cabo en la fase de diagnóstico, tratamiento o seguimiento. Para efectos de este trabajo, se contemplará sólo la fase de tratamiento, específicamente cuando se trata de una mastectomía –la extirpación de la mama. El impacto de la pérdida de la mama es una de las consecuencias más dolorosas y difíciles de sobrellevar durante el tratamiento. La alteración-fragmentación de la imagen corporal es vivida, en la mayoría de los casos, como un daño profundo a la autoestima, como un ataque violento a la identidad maternal, sexual, femenina. En esta amenazante y dolorosa experiencia ya no se habita el cuerpo como la propia casa, y el espejo puede llegar a transformarse en el peor enemigo.

En la actualidad, la psico-oncología ha logrado una validación al interior del campo de la medicina. Su enfoque, centrado principalmente en la “calidad de vida”, ha permitido el desarrollo de investigaciones que legitiman la intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual, considerado de mayor funcionalidad en el ámbito médico institucional. Sin descartar en absoluto su eficacia, por lo demás demostrada, se intentará reflexionar sobre una aproximación de práctica clínica desde la teoría psicoanalítica, específicamente desde el *modelo relacional* como otra manera posible de aproximarse a un campo donde el sufrimiento es psíquico y también orgánico.

PSICOSOMÁTICA: DESARROLLOS CONCEPTUALES

El enfoque psicosomático ha realizado importantes contribuciones en el ámbito de la clínica hospitalaria como discurso que amplía el campo psicoanalítico. Sin embargo, en los últimos 30 años ha tenido poco impacto (Taylor, 1987). Aun cuando en 1920 fue Groddeck

(1981, 1989) quien primero sostuvo la visión oposicionista de lo psíquico y lo somático, tanto Freud (1895, 1916) como Weizsacker (1956) fueron grandes inspiradores para un enfoque psicoanalítico de la enfermedad orgánica. Las concepciones freudianas de la neurosis fueron retomadas por los psicoanalistas norteamericanos entre los años 30 y los 50. Pero sabemos que muy atrás ha quedado el reduccionismo teórico de Dunbar y Alexander centrados en la relación entre tipos de personalidad y enfermedades específicas, así como conflicto intrapsíquico y enfermedad respectivamente.

En Francia, entre 1950 y 1960, la Escuela Psicosomática de Marty (1984,1992) realizó importantes contribuciones al proponer un enfoque psicosomático de la enfermedad que no quedaría reservado a cierto tipo de enfermos. Sin embargo, en la *clasificación* de una personalidad definida como “carencia mental”, “pobreza de investiduras” y “ausencia de vida fantasmática”, el autor limita de alguna manera la comprensión y tratamiento de la enfermedad a la experiencia en un sujeto que la padece según su propia manera de hacer sentido. No obstante, el aporte de la Escuela Psicosomática de París a la clínica y práctica en pacientes psicosomáticos tiene, sin duda, una gran relevancia. Volveremos sobre este punto más adelante.

Paralelo a lo anterior, Joyce McDougall (1989) elabora los conceptos de Marti aludiendo a los normópatas y a la alexitimia. Destaca las enfermedades psicosomáticas como defensas frente a temores psicóticos. Fundamentales también han sido Sami Ali (1991) y Didier Anzieu (1987,1990) en la importancia de la piel en el desarrollo del psique-soma. Durante los años 1970, con Lipowsky (1977), (citado en Taylor, 1987), surge la Psiquiatría de Enlace como puente clínico entre la medicina y la psiquiatría. Las nuevas terapias médicas han suscitado problemas psicosociales y psiquiátricos que requieren ser investigados para un mejor manejo de los pacientes.

En la década de 1980 la medicina psicosomática está sólidamente construida sobre el modelo biopsicosocial de la enfermedad. En esto, nuevas subespecialidades como la psico-oncología, abren posibilidades a la inserción de psicólogos clínicos en el ámbito hospitalario. La pregunta es cómo insertarse. Marty (1992) advierte sobre el requisito fundamental de una formación especializada del terapeuta como psicosomatista. Y la razón de este requisito, entre otras, es que una escucha que no contemple estos conocimientos en un enfermo somático, puede llevar a intervenciones o interpretaciones que aumenten la tensión endosomática donde las consecuencias pueden ser impredecibles. Por lo tanto, si bien la intervención es a través de la palabra, ésta

no puede quedar exenta de un tono y un ritmo relacional que no perturbe los movimientos y emociones del paciente (Marty, 1992; D'Alvia y Maladesky, 1996; Pally, 2000). La razón es una sola: el paciente tiene cáncer. La difícil tarea, dice Winnicott (1964), consiste en formarse una idea *unificada* del paciente y la enfermedad, porque podríamos pensar que de no ser así se corren algunos riesgos. Aulagnier (2004) afirma sin rodeos: "ha habido razón en comunicar lo que puede tener de terrorista el saber, la teoría, los teóricos: pero en nuestra disciplina también habría que recordar lo que la ignorancia tiene de aterradora por sus consecuencias" (p.13). Si en rigor no tenemos en Chile la formación especializada del terapeuta como psicopatista, ¿qué marco conceptual elegir donde el enfoque psicoterapéutico no esté dirigido solamente a la interpretación de contenido y donde la *patología* del psique-soma no se entienda únicamente como problema de "carencia mental"?

PSICOANÁLISIS RELACIONAL E INTERDEPENDENCIA

Propongo comenzar por un conocido supuesto: habría un *salto misterioso* del cuerpo a la mente del cual todavía sabemos muy poco. Es Freud quien advirtió sobre este salto misterioso, el cual permanece hasta hoy día. Pero al mismo tiempo podría ser oportuno considerar una hipótesis de McDougall (1996): "La creatividad psíquica del ser humano bien puede constituir un elemento esencial de protección contra la destrucción biológica" (p.304). Hay misterio y al parecer está lejos de resolverse. Aceptarlo como un desafío donde surjan nuevas interrogantes puede ser un nuevo camino para pensar la clínica de los fenómenos psicopatistas, teniendo en cuenta que un proceso psicoterapéutico es siempre y ante todo un proceso creativo: la posibilidad de generar una nueva experiencia: "Con dos cuerpos presentes y dos inconscientes en juego, cualquier experiencia es posible" (Wrye, 1998, p.105). En otras palabras, no quedar atrapados en *una* teoría o *una* técnica.

Para esto, lo primero es mitigar la *ilusión* psicopatista. Es cierto, hoy nadie duda de que toda experiencia psíquica tenga efectos en el cuerpo, así como toda experiencia somática repercute en la mente, aunque el registro de los efectos no sea siempre consciente; el mensaje silencioso del cáncer es un ejemplo. Sin embargo, es de vital importancia tener en cuenta que aun cuando el psiquesoma funciona como entidad, como lo plantea Winnicott (1949), psique y soma no actúan bajo las mismas leyes de funcionamiento (McDougall, 1978). Es por esta razón, entre otras, que el paciente psicopatista constituye un desafío a la com-

preensión y tratamiento de la enfermedad. Por lo tanto, pensar el psiquesoma como una relación en continua *interdependencia*, pero advertidos de sus diferencias, evitará caer en errores metodológicos que han llevado a confusiones teóricas en este campo de práctica clínica (McDougall, 1978). Vemos que la necesidad de un trabajo interdisciplinario en pacientes que sufren de una enfermedad orgánica, en este caso un cáncer de mama, cobra relevancia.

El concepto de *interdependencia* va iluminando una nueva manera de situarse frente a la clínica de lo psicopatista. Interdependencia entre psique y soma, entre disciplinas, entre teoría(s) y práctica e interdependencia entre paciente y terapeuta. Estamos frente a una perspectiva relacional del psicoanálisis (Mitchell, 1993) donde las relaciones con los otros y no las pulsiones son el fundamento de la vida mental. El objeto de estudio, desde esta perspectiva, es el campo interaccional de las configuraciones intrapersonales e interpersonales (Aron, 1996). Es decir, se concibe una interacción entre factores psicológicos, biológicos, culturales y sociales. Por lo tanto, podríamos pensar que trabajando en un contexto hospitalario, en una interfase entre el concepto de enlace y la psico-oncología, el psicoanálisis relacional es el que mejor se ajusta a la comprensión y tratamiento donde el sufrimiento es psíquico y también orgánico. Sin duda, la perspectiva relacional abre un campo de investigación interesante para el psicoanálisis. Establecer encuentros, tender puentes y acercamientos entre teorías y disciplinas representa una nueva forma de hacer clínica (Scott, 2006).

PSICOANÁLISIS RELACIONAL, INTERSUBJETIVIDAD Y REGULACIÓN PSICOPATISTA

Como una manera de complementar lo anterior y de ampliar el fundamento de la *interpretación de contenido* y la tendencia a sobreinterpretar los síntomas intrapsíquicos excluyendo las expresiones corporales, Susan Mailer y Edy Herrera (2004) proponen un enfoque psicopatista donde lo mental y lo corporal *emergen* momento a momento como aspectos de una *totalidad* expresada *entre* los mundos de experiencia de la diada paciente terapeuta de manera *integrada*. Las expresiones en el psiquesoma de ambos, paciente y terapeuta, van a regular o des-regular la interacción de los estados psicopatistas de la diada. Para dar cuenta de este proceso, las autoras consideran la interrelación entre *afecto, regulación mutua y disociación*.

Lo primero a tener en cuenta es la necesidad de una *conciencia psicopatista* como prerrequisito para sostenerse en el interjuego de aquellas tres nociones,

sus dinámicas y sus efectos. Es así que la posibilidad de esta integración, primero como sensación corporal-emoción y luego su traducción en la mente-afecto o significados emocionales (Kristal 1988; citado en Stolorow y Atwood, 2004) estará siempre supeditada a la relación con un *otro* que va regulando su emergencia, lo que Stolorow y Atwood (2004) definieron como contexto intersubjetivo facilitador. En ese contexto se constituye el interjuego de reciprocidad afectiva guiada por el ritmo de una sintonía empática continuada y recíprocamente regulada.

Resulta fundamental tener en cuenta que aquello que facilita la mantención de una regulación estable de los estados afectivos en el psiquesoma como unidad, no se configura en la noción del tiempo y su evolución como cambios en las etapas del desarrollo. La regulación está presente en una continua mutualidad que transcurre desde el momento del nacimiento (y antes) hasta la adultez y el momento final. Respecto a este punto, Pally (2000) advierte que también la función de la emoción es coordinar la relación mente-cuerpo *entre* individuos. Pues bien, si una característica de la emoción es que produce cambios físicos y que éstos pueden afectar la condición psicosomática, la función de regulación en sintonía empática parece ser fundamental como un modo posible de restablecer el equilibrio cuando se ha desregularizado la continuidad en el ritmo de la unidad. Las autoras Mailer y Herrera (2004) definen este proceso como regulación mutua bio-psi-co-afectiva.

La principal característica de la desregulación es que los estados afectivos han sido disociados. Winnicott (1949) sostiene que el fracaso materno en la adaptación (regulación) a las necesidades es vivenciado como un ataque al psiquesoma ante el cual tiene que reaccionar. Si estas reacciones se dan de manera reiterada, se produce una exigencia al funcionamiento mental donde la consecuencia es que la psique es seducida por la mente interrumpiendo la unión que anteriormente mantenía con el soma. Es aquí donde puede desarrollarse una oposición-disociación entre mente y psiquesoma. Y lo que hace que los fracasos maternos o del ambiente lleguen a convertirse en trauma, son los "ataques" o "intrusiones" del medio ante los cuales el infante está obligado a reaccionar para seguir viviendo. Pero más que las intrusiones mismas, son las reacciones reiteradas las que van sembrando un terreno fértil en el devenir de una experiencia traumática (Winnicott 1956, 1965). En este sentido, Pally (2000) dirá que no es la intensidad de la emoción lo que resulta dañino para la salud, sino la desregulación de los estados afectivos psicobiológicos. Concordante con el modelo psicobio-

lógico, Stolorow y Atwood (2004) afirman que el dolor en sí mismo no equivale a patología. Es la ausencia de sintonía empática con las reacciones emocionales del otro lo que hace que la experiencia sea intolerable y pueda entonces convertirse en un evento traumático. En esta comprensión del trauma, el reconocimiento de los efectos emocionales de la conmoción es lo central.

Por otra parte, Looker (1998, citado en Mailer y Herrera, 2004), plantean que la disociación puede producirse tempranamente en la díada madre-hijo y más adelante en las relaciones afectivas. En la díada terapeuta-paciente la disociación puede expresarse como la manifestación de un afecto no tolerado por el paciente o por el analista. En estos casos, se desintonizan los mecanismos que regulan la díada. Por lo tanto, la psicobiorregulación mutua es influenciada y afectada por los mecanismos de disociación en cualquiera de los miembros de la díada.

SITUACIONES CLÍNICAS, FUNCIÓN RELACIONAL E IMAGEN CORPORAL

En la experiencia del hospital somos testigos de algunas situaciones donde puede fallar la capacidad de reconocimiento y de sintonía empática con los estados emocionales de la paciente, lo que conlleva un riesgo potencial de desregulación en su condición psicosomática. El riesgo potencial es que aquello que se presenta como estado de vulnerabilidad puede llegar a convertirse en un evento traumático. Esto es lo que puede suceder en el discurso médico. En él, cuerpo y lenguaje son separados. De este modo, el signo de la semiología médica decide el diagnóstico e indica un tratamiento, pero en este acto se independiza de su subjetividad, desaparece el hecho humano y su angustia existencial, quedando el sujeto reducido a una pura enfermedad objetivable, donde ya no hay una enfermedad del enfermo; no hay sujeto; el enfermo ha sido desplazado por el objeto de la enfermedad (Clavreul, 1983; Canguilhem, 2005).

Podemos pensar que lo que ocurre en este momento de des-encuentro entre el médico y su paciente, es que ha fallado la capacidad de reconocimiento y así la relación médico-paciente queda sujeta a la dinámica del "amo y el esclavo". En vez de una relación dialéctica que va construyendo subjetividad, surge el sometimiento, se anula la espontaneidad. Se impone la percepción del estado de ánimo del médico, lo que lleva a tener que adaptarse, a reaccionar, a someterse para mantener el vínculo (Winnicott, 1956, 1965). Por ejemplo, en aquellas situaciones donde las pacientes del hospital expresan "sentir miedo", miedo a pregun-

tar, miedo a ser “retadas”; lo que se une a lo que Winnicott (1964) definió como “dispersión de agentes responsables”, es decir, la disociación entre los pacientes y los distintos profesionales del equipo de cuidados que van realizando sus funciones de acuerdo a las etapas de la enfermedad: el cirujano, oncólogo, quimioterapeuta, radioterapeuta, fisiatra, enfermera. Ello contribuye decisivamente a la separación del cuidado de la psique del cuidado del soma.

Una disociación distinta es la que tiene lugar en el discurso familiar. En una situación de enfermedad como el cáncer de mama no sólo enferma la paciente; se produce también una disfuncionalidad familiar. Emergen sentimientos de miedo, rabia, culpa, impotencia. A veces se instala como dinámica familiar la “conspiración del silencio” que en nada ayuda a la expresión de las emociones. Desde la noción de trauma en Ferenczi (1931, citado en Díaz, 2004), la negación expresada como “aquí no ha pasado nada” sería lo que transforma el trauma en patógeno. Suele ocurrir que algún miembro de la familia o amigos o compañeros de trabajo, amenazados en su propia existencia por la proximidad de la experiencia, así como una necesidad genuina de querer proteger a su familiar, tiendan a invalidar, desconocer, minimizar sus sentimientos de angustia, miedo y desvalimiento. Si el entorno social-familiar de la paciente no valida la conmoción, la paciente queda expuesta a tener que reaccionar frente a estas “intrusiones” bajo una exigencia traducida en su “incapacidad para enfrentar la realidad”: *“Todos me dicen que no puedo llorar, que todo depende de mí para salir adelante”*

Dadas estas condiciones, ¿cómo intentar evitar que el estado “vulnerable” en que se encuentra la paciente no llegue a ser vivenciado como un evento traumático? Cobra sentido la función de “enlace” entendida más allá de una respuesta a la solicitud de interconsulta por la emergencia de una “patología psiquiátrica”. Podríamos pensar en un nuevo concepto: un “enlace psicósomático”² que en acuerdo a un enfoque intersubjetivo e intercorporal tiene como función ir en búsqueda de momentos de encuentro, regulando de manera recíproca y en sintonía empática al paciente y su padecimiento, a su médico, a aquello que emerge de la relación entre ambos, a la relación con el resto de los equipos de cuidados, a la familia del paciente, y a la institución albergante.

Para avanzar en ello, la idea de imagen corporal cobra la mayor relevancia pues la mastectomía es *vivenciada por la mayoría de las pacientes* como un ataque al cuerpo y, la pérdida de la mama, como una pérdida de su identidad; sexual, maternal, femenina. *“Me siento mutilada... esto es como un atentado a todo mi ser mujer”*. Es Schilder (1958, citado en Grinberg, 1976) quien inaugura el concepto de imagen corporal. Pensó la imagen del cuerpo como una estructura antropológica, al mismo tiempo que psicológica y fisiológica. Así, nuestra identidad se constituye en esa imagen como representación inconsciente que nos formamos de nuestro propio cuerpo. Se refirió a la identidad como un sentimiento de estar en casa en el cuerpo de uno mismo. El impacto de la mastectomía vivenciado como un ataque al cuerpo, provoca un quiebre, una fragmentación de la imagen corporal, una discontinuidad en el sentimiento de identidad. Ya no se habita el cuerpo como la propia casa.

Como se planteó anteriormente, para Winnicott (1949) la integración psicósomática dependerá de que la continuidad del existir no se vea perturbada ante los fracasos del medio. Aun cuando en su teoría el fundamento de la ruptura en la continuidad estaría dado por las reacciones reiteradas más que por el ataque mismo, es posible pensar que en este caso, donde la intrusión ha tenido lugar directamente en el cuerpo y de una manera tan violenta, la repetición no es necesaria y el yo –ahora debilitado– poco puede hacer para impedir la pérdida de identidad. Con la mastectomía representada como fragmentación de la imagen corporal, la psique ha perdido su *residencia* en el soma (Winnicott, 1964). Ya no se habita el cuerpo como la propia casa.

¿Y no estamos aquí frente a una posible paradoja? La mastectomía como indicación de tratamiento cumple la función de cuidado para una “continuidad del existir” y, al mismo tiempo, es vivenciada como un “ataque al cuerpo” y, por lo tanto, una amenaza de derrumbamiento de la integración psicósomática. El supuesto en esta paradoja estaría en que el buen medio es un mal medio si pensamos que la única elaboración imaginativa es la que experimenta el paciente (Winnicott, 1949). El gran desafío es la posibilidad de elaborar el trauma en pequeñas dosis intentando ligar los pedazos fragmentados, para reconstituir la continuidad de la existencia que ha sido interrumpida. ¿Será posible una modificación de la imagen corporal, aunque sea de manera gradual?

La noción de imagen corporal es compleja. Françoise Dolto (2005) hace una distinción entre imagen corporal y esquema corporal. El *esquema corporal* nos pone en contacto con el mundo físico, la dimensión de la realidad, la vivencia del cuerpo como cuerpo

² El concepto surgió en la supervisión de este trabajo. Su autora: Susan Mailer.

de la apariencia. Por el contrario, la *imagen del cuerpo* pertenece a la singularidad de cada uno y se constituye en la relación del sujeto con su historia, en la memoria inconsciente que cada uno guarda como biografía de nuestra vivencia relacional, desde el nacimiento (y antes) hasta la adultez y el momento final de la vida.

Las diferencias culturales en el lenguaje nos entregan algunas claves para la comprensión de esta distinción conceptual. En alemán, existen dos palabras para referirse al cuerpo. Leib se refiere al cuerpo que *se es*. Körper al cuerpo que *se tiene* (Jiménez, Ravoletti, 1995). Mientras el Körper es la anatomía de las relaciones fisiológicas y la praxis médica, el Leib es el lugar de las relaciones del deseo y del temor; el lugar de la representación de la experiencia. En este sentido, propongo que el esquema corporal equivale a Körper y la imagen corporal a Leib. Las metáforas siempre ayudan. El esquema corporal, Körper, representa la casa –vista por fuera– y la imagen corporal Leib representa la intimidad, el hogar. La diferencia entre Körper y Leib nos remite a esa compleja relación entre lo público y lo privado, que en el caso de la extirpación de la mama se desdibuja.

Ahora bien, si el contacto con el otro, las relaciones del deseo y el temor, la vergüenza, la evitación se asienta en la *imagen del cuerpo* portada a su vez por el *esquema corporal*, ¿qué comunica, cómo interpreta entonces un cuerpo mutilado, aquella memoria inconsciente de las vivencias relacionales luego de una mastectomía? La respuesta a esta pregunta depende en cada caso de la singularidad de cada experiencia relacional.

Un aporte interesante a la comprensión de la relación entre el yo y su cuerpo lo plantea Piera Aulagnier (2004) con *otra* pregunta que resulta pertinente: “¿Qué ocurre cuando el Yo encuentra ya no al “cuerpo placer” sino al “cuerpo sufrimiento?” El cuerpo, de quien nos sentimos sus dueños, puede llegar a hacernos una mala jugada y, sin que el Yo tenga noticia alguna, puede transformarse en fuente y lugar de sufrimiento. De este modo, la relación entre el Yo y su cuerpo entrará en un campo de batalla, revelándose el cuerpo ya no como una unidad psicosomática, sino como una exterioridad ajena al Yo imponiendo un sufrimiento al cual no se puede escapar porque la realidad lo hace inevitable: “Este cuerpo masacrado que lo odio... me siento amenazada por mi cuerpo ahora... ésta yo no soy... daría cualquier cosa por volver a ser la misma de antes” (Paciente).

Dolor, negación y deseo. La disociación surge aquí como mecanismo de sobrevivencia, como una manera de soportar el dolor de ver y verse en su cuerpo dañado, expuesto a la vez a la mirada de los otros. “Esa yo no soy, el espejo se ha transformado en mi peor enemigo” (paciente) es decir, la des-integración, la pérdida de

unidad, el negativo de un positivo, como definió Winnicott (1964) la enfermedad psicosomática. Ya no se habita el cuerpo como la propia casa.

Vemos cómo la enfermedad nos confronta con la fragilidad de nuestra existencia corporal. Antes de esta invasión corporal, el cuerpo habitado como un sentimiento de estar en casa, es vivido de manera más o menos inadvertida, pero jamás disruptiva. La casa puede ser grande o pequeña, cómoda o incómoda, puede sufrir los deterioros propios del paso del tiempo, pero sigue siendo nuestro espacio, aquel que habitamos en lo habitual de lo cotidiano. Con la irrupción de la cirugía y la amputación de la mama ya no se habita el cuerpo como la propia casa. Como en las catástrofes, la destrucción, el derrumbe, deja un estado profundo de desorientación e incertidumbre. La continuidad ha sido violentamente interrumpida. Y en la ruptura de esa unidad anterior –la unidad psicosomática– emergen sentimientos de desamparo e impotencia. No poder escapar de la situación amenazante, la sensación de quedar atrapado frente a la imagen de un espejo que refleja la fragmentación, la asimetría, el sufrimiento entre el yo y su cuerpo. Y el miedo que amenaza la existencia y que también puede llevar a la desconfianza y sospecha de *los otros*, precisamente lo que más se necesita: “¿El Doctor habrá hecho lo que tenía que hacer, era acaso necesario que me sacaran toda la mama?” (Paciente).

¿Y cómo ayudar en esta reconstrucción? ¿Podrá el yo volver a habitar su cuerpo como la propia casa? El trabajo psicoterapéutico en el contexto hospitalario con pacientes sufriendo de un cáncer de mama es una práctica que nos confronta con muchas interrogantes. Por de pronto la primera: ¿Es el cáncer de mama una enfermedad psicosomática? Por supuesto que lo es; lo psicosomático tiene en cuenta el doble aspecto: lo psíquico y lo somático, pero estamos frente al nombre de un problema. En la historia del psicoanálisis clásico y su intento por pensar la enfermedad orgánica desde lo psicoanalítico, ha caído en algunos errores que poco han ayudado a la inserción de psicólogos clínicos definiendo una posición desde esta orientación. El énfasis en la interpretación de contenido, la búsqueda de causas –psicogénesis– y la atribución a una “carencia mental” como la razón de los trastornos orgánicos han contribuido, por una parte, a la asociación del cáncer con sentimientos de culpa y, por otra, han limitado los desarrollos en este campo de práctica clínica. Los médicos nada quieren saber del psicoanálisis en la salud pública y al parecer, razones ha habido. De este modo, resulta motivador pensar que estamos frente a un desafío y que no tendríamos por qué creer que la psicosomática arriesga su supervivencia. La pregunta sería ¿cuál es la

nueva concepción teórica-clínica cuando intervenimos en el sufrimiento psíquico y también orgánico?

Tal vez una conciencia psicósomática (Looker, 1998) sea lo primero a tener en cuenta, lo que vamos a entender no sólo como estar atentos al lenguaje del cuerpo, sino también y sobre todo al riesgo que implica no tener una formación como “psicosomatista” donde una “des-regulación” en la palabra o en el gesto, el movimiento, el tono, puede producir una tensión endosomática que tratándose de pacientes gravemente enfermos, las consecuencias pueden ser imprevisibles. Por lo tanto, la comprensión de los procesos que actúan en un proceso psicoterapéutico puede modificar la manera cómo escuchamos, cómo *sentimos* y cómo cuidamos a nuestros pacientes.

El Psicoanálisis relacional y su enfoque intersubjetivo ha realizado importantes contribuciones al pensar los fenómenos psicósomáticos ya no como una patología, sino como un campo interaccional entre factores psicológicos, biológicos, culturales, sociales. La práctica clínica hospitalaria es una práctica de relaciones, y por lo tanto, una práctica que se enriquece con los diálogos entre disciplinas. Es así que los conocimientos actuales acerca de la relación mente cuerpo en la vida temprana (Ainsworth 1991; Fonagy 1991; Main 1995; Stern 1974, Thöma, Kächele, 1987; Tustin 1994), (citado en Kächele, H., Schumucker, G., Buchheim, A, 2001), sumados a los hallazgos de la neurobiología, van ayudando a la difícil tarea de integrar el cuidado del cuerpo con el cuidado de la psique, esa difícil tarea de llevar a cabo un “enlace psicósomático”. Pensar la relación psique-soma, mente-cuerpo como emergente entre los mundos de experiencia constituidos por la subjetividad corporal del terapeuta y la subjetividad corporal del paciente, nos ofrece un nuevo modelo sobre el enfoque psicoterapéutico del psiquesoma como unidad. En términos muy generales, el psicoanálisis contemporáneo ha interrogado los postulados de la técnica clásica y de este modo las nuevas propuestas apuntan a la idea de que no sólo el inconsciente se haga oír desde el silencio, sino más bien co-estar atentos al lenguaje del cuerpo; un cuerpo que, podríamos decir, también se hace *sentir*. El enfoque intersubjetivo se amplía a lo que podríamos denominar un enfoque intersubjetivo-*intercorporal*.

A partir de la idea de un *emergente* del campo intersubjetivo e intercorporal, el fenómeno psicósomático ya no queda reducido a una pura falla en la mentalización y la exigencia de tener que elaborar psíquicamente el síntoma. Se derriba el mito de la “mente aislada” y surge la reciprocidad afectiva como fundamento para los procesos de regulación entre emoción

y condición psicósomática. Claramente puede llegar a ser una nueva experiencia de la enfermedad cuando se trata de la extirpación de una mama, aunque es cierto que la singularidad de cada encuentro es esencial, siempre será caso por caso. Cada paciente habitará esa imagen de su cuerpo fragmentado según la memoria inconsciente de su biografía relacional. Pero lo que es difícil de negar es que la experiencia de una regulación mutua interactuando en sintonía empática puede ayudar a la sensación de volver a habitar el cuerpo como la propia casa.

Finalmente, para un(a) terapeuta de orientación analítica, enfrentarse a las exigencias institucionales es una tarea no siempre fácil de alcanzar, y la riqueza mayor no pasa por los tratamientos efectivamente realizados y concluidos, sino por el aporte en las intervenciones. Seguir profundizando en esta línea teórica de interés permite enfrentar las propias limitaciones y corregir errores, así como también ir tomando una posición que contribuya al alivio del sufrimiento humano cuando se trata de una enfermedad orgánica, pero la enfermedad no como una traición que el cuerpo le ha hecho a la mente, sino como unidad enlazada psicósomáticamente.

REFERENCIAS

1. Ali S. (1991). *Pensar lo somático*. Buenos Aires: Paidós
2. Anzieu D. (1987). *El yo Piel*. Madrid: Biblioteca Nueva
3. — (1990). *Las envolturas psíquicas*. Buenos Aires: Amorrortu
4. Aron J. (1996). *A meeting of Minds*. N.Y.: Analytic Press
5. Aulagnier P. (1991). *Cuerpo, historia, interpretación*. Buenos Aires: Paidós
6. — (2004). *Los destinos del Placer*. Buenos Aires: Paidós
7. Beebe. B & Lachman. F. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co constructing Interactions*. N.Y.: Analytic Press
8. Clavreul J. (1983). *El orden médico*. España: Argot
9. Canguilhem G. (2005). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI
10. D'Alvia R, Maladesky A. (1996). Modelos de abordaje en psicósomática. En Bekei M. (Comp) *Lecturas de lo Psicósomático*. Buenos Aires: Lugar
11. Díaz M. (2005). Efectos traumáticos de la represión política en Chile: una experiencia clínica. *Revista Chilena de Psicoanálisis*. Vol 22; N° 1, 19-28
12. Dolto F. (2005). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós
13. Freud S. (1895/1992). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “Neurosis de angustia”. En *Obras Completas Vol. III* (3ª Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu
14. — (1916/1992). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras Completas Vol. XV* (3ª Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu
15. Grinberg L. ((1976). *Culpa y depresión*. Buenos Aires: Paidós
16. Groddeck G. (1981). *El libro del ello*. Madrid: Taurus
17. — (1989). *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*. Buenos Aires: Paidós

18. Jiménez JP. (1995). El cuerpo y el método psicoanalítico. En *Corporalidad, Mente y salud. Coloquio de filosofía, psiquiatría y psicoanálisis*
19. Kächele H, Schumucker G, Buchheim A. (2001). Desarrollo, apego y vínculo, nuevos conceptos psicoanalíticos. En *Psicoanálisis focos y aperturas*. 176-205 Montevideo: Psicolibros Editorial
20. Looker T. (1988). Mama Why don't your feet touch the ground? Staying with the Body and the Healing Moment. En Aron and Sommer Ed. (1998) *Relational Perspectives on the Body*. N.Y.: Analytic Press
21. Mailer S, Herrera E. (2004). Psique y soma, mente y cuerpo. ¿Dos caballos para un jinete? *Revista Chilena de Psicoanálisis*. Vol. 21; N° 2, 140-149
22. Marty P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu
23. — (1984). *Los Movimientos individuales de vida y muerte*. Barcelona: Editorial Tovar
24. McDougal J. (1978/1996). *Alegato por una cierta anormalidad* (3ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós
25. — (1989). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes
26. Mitchell S. (1993). *Conceptos relacionales en el psicoanálisis*. (1ra Edición en Español). Mexico: Siglo XXI Editores
27. Pally R. (2000). *The mind-brain relationship*. N.Y. Karnac Books
28. Ravoletti ML. (1995). La objetivación del cuerpo o el cuerpo como simulacro biológico. En *Corporalidad, mente y salud. Coloquio de filosofía, psiquiatría y psicoanálisis*
29. Scott C. (2006). Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica. *Revista Gaceta Universitaria, Escuela de Medicina Universidad de Chile*. Año 2, Vol 2; N° 4, 370-374
30. Stolorow R, Atwood G. (2004). *Los contextos del Ser*. Barcelona: Herder Editorial, S.L
31. Taylor G. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. International, Connecticut: Univ. Press
32. Weizsacker V. von. (1956). *El hombre enfermo*. Barcelona: Luis Miracle
33. Winnicott DW (1949/1992). Mind and its relation to the psyche-soma. En *Trough paediatrics to psycho-analysis*. N.Y. Brunner/Mazel
34. — (1956/1992) Primary Maternal Preoccupation. En *Trough Paediatrics to Psycho-Analysis*. N.Y. Brunner/Mazel
35. — (1964/2006). El trastorno psicósomático: Aspectos positivos y negativos de la Enfermedad psicósomática. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós
36. — (1965/2006). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós
37. — (1969/2006). El trastorno psicósomático: Nota adicional sobre el trastorno psicósomático. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós
38. Wrye HK. (1998). The embodiment of desire, relinking the bodymind within the analytic dyad. En Aron and Sommer Ed. *Relational Perspectives on the body*. N.Y. Analytic Press

REVISIÓN

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DE LA OBSTETRICIA

(Rev GPU 2009; 5; 4: 507-515)

Silvia Lucía Gaviria¹

A través del ciclo vital, la adolescencia y la madurez son etapas en que las mujeres asumen innumerables funciones y responsabilidades, es más probable que experimenten violencia sexual y doméstica, asuman múltiples roles y con frecuencia se encuentren en desventaja en términos de condición social y financiera. Simultáneamente ejercen la maternidad, sin por ello renunciar a las múltiples tareas que el contexto sociofamiliar les asigna. Hasta hace pocos años el embarazo era considerado como un periodo de total bienestar emocional para las mujeres, sin embargo estudios recientes sugieren que las recurrencias de una condición preexistente o la emergencia de un nuevo trastorno mental pueden ocurrir con frecuencia durante el embarazo. El posparto es considerado como un periodo de gran vulnerabilidad para enfermar mentalmente debido a los grandes cambios hormonales y a las implicaciones emocionales y familiares que implica el ser madre. La evidencia sugiere que las enfermedades psiquiátricas que ocurren durante el embarazo y el posparto pueden afectar negativamente el desarrollo del niño y causar significativa morbilidad en la madre.

INTRODUCCIÓN

El interés en la salud de las mujeres ha crecido notablemente en las dos últimas décadas. Aparte de aspectos y enfermedades propias de ellas, tales como las condiciones ginecológicas y obstétricas, otras enfermedades se expresan de manera diferente en las mujeres en relación con los hombres, pudiendo tener formas más severas, diferente curso o distinta respuesta a las intervenciones terapéuticas.

Mientras que en el pasado la salud de las mujeres se enfocaba casi exclusivamente en el área reproductiva, hoy en día existe una aproximación amplia y multidisciplinaria. Hasta hace pocas décadas las mujeres

eran excluidas de las muestras clínicas en las investigaciones y los resultados que se obtenían de los estudios realizados en hombres se aplicaban indistintamente a las mujeres. De otro lado, en los estudios que incluían mujeres los datos no eran analizados por género, simplemente se asumía que no había diferencias en cuanto a la forma de enfermar en hombres y mujeres o en la respuesta a los tratamientos. En el momento actual se aceptan importantes diferencias de género y, en el caso de algunas enfermedades mentales, se sabe hoy que pacientes mujeres tienen diferentes síntomas, curso, y factores de riesgo. Se han detectado, asimismo, diferencias de sexo en la farmacocinética, la cual puede variar con terapias y cambios hormonales (1, 2).

¹ sgaviria2@hotmail.com

El propósito de este capítulo es enfatizar en los aspectos psicopatológicos relacionados con el embarazo y posparto, tema del cual se ocupa la psiquiatría perinatal, disciplina de gran relevancia en el momento actual, debido al impacto que tienen los problemas de salud mental de las mujeres embarazadas o lactantes, no sólo en su propio bienestar sino en el desarrollo y salud del niño y en el entorno sociofamiliar.

EPIDEMIOLOGÍA

El género es una ventana para entender la enfermedad mental, puede afectar virtualmente todos los aspectos de la psicopatología, incluyendo prevalencia de las enfermedades mentales, expresión de los síntomas, el curso de la enfermedad, la búsqueda de ayuda por parte de los pacientes, y la respuesta al tratamiento. Uno de los más consistentes hallazgos epidemiológicos es que la depresión unipolar es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (3). Numerosas teorías han surgido para explicar por qué hay un súbito aumento en la tasa de depresión en niñas púberes en una relación 2:1 respecto a los hombres. Factores como estado puberal, edad y mecanismos hormonales pueden aumentar la vulnerabilidad depresiva de las mujeres a eventos negativos. Las oscilaciones hormonales características del premenstruo, embarazo, posparto y menopausia se asocian con la presencia de síntomas o exacerbación de enfermedades psiquiátricas preexistentes, lo que convierte a la edad reproductiva en una etapa de mayor vulnerabilidad para las mujeres enfermar mentalmente (4). En el estudio realizado por Angold *et al.* (5) se demostró que el estadio Tanner III más que la edad cronológica, se correlaciona con el incremento de depresión en adolescentes jóvenes. El estudio de Cyranowsky *et al.* (6) sugiere que cambios hormonales, necesidades de filiación y eventos negativos predisponen a las adolescentes a sufrir depresión. Los cambios hormonales de la pubertad, particularmente el incremento en la oxitocina, pueden conducir a un incremento en la necesidad de comunicación emocional, intimidad, y responsabilidades en las adolescentes.

En general, los estudios sugieren que una combinación de carga genética, factores hormonales y eventos estresantes explicarían la mayor prevalencia de depresión durante el periodo reproductivo de la vida de las mujeres. Merecen gran consideración los siguientes periodos: premenstruo, embarazo, posparto y menopausia.

Las mujeres son también más proclives a experimentar trastornos de ansiedad y alrededor del 90% de los casos de trastornos de la conducta alimentaria

ocurren en mujeres. Las tasas de trastorno bipolar son similares en ambos sexos, pero las mujeres tienden más a desarrollar ciclaje rápido y a presentar mayor proporción de episodios depresivos y fases mixtas. Aunque el alcoholismo es mucho más prevalente en los hombres, la tasa de mortalidad entre individuos con alcoholismo es considerablemente mayor en las mujeres (3, 7).

De otro lado, las mujeres están más expuestas a ciertas circunstancias ambientales que pueden influir sobre el desarrollo de la enfermedad, como por ejemplo el abuso sexual. Los hombres en cambio, estarían más expuestos al abuso físico.

A través del ciclo vital, la adolescencia y la madurez son etapas en que las mujeres asumen innumerables funciones y responsabilidades, es más probable que experimenten violencia sexual y doméstica, asuman múltiples roles y con frecuencia se encuentran en desventaja en términos de condición social y financiera. Simultáneamente ejercen la maternidad, sin por ello renunciar a las múltiples tareas que el contexto sociofamiliar les asigna (8-10).

La investigación cada vez se ocupa más de develar la compleja relación entre género y patologías mentales, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, y cómo éstas interactúan de manera compleja con factores socioculturales para producir la enfermedad mental.

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DEL EMBARAZO

Hasta hace pocos años el embarazo era considerado como un periodo de total bienestar emocional para las mujeres, sin embargo, estudios recientes sugieren que las recurrencias de una condición preexistente o la emergencia de un nuevo trastorno mental pueden ocurrir con frecuencia durante el embarazo (11).

La evidencia sugiere que las enfermedades psiquiátricas que ocurren durante el embarazo y el posparto pueden afectar negativamente el desarrollo del niño y causar significativa morbilidad en la madre. Solamente en las últimas décadas se ha podido comprender que nuestra vida fuera del útero es determinada en gran parte por las casi cuarenta semanas que vivimos dentro de él. Existe suficiente evidencia respecto a que muchos de los trastornos neurológicos y del comportamiento, los cuales se hacían evidentes después del nacimiento, tienen sus orígenes durante la vida fetal (12, 13).

Frecuentemente las mujeres con historias de enfermedades psiquiátricas se preocupan por su futuro obstétrico y desean resolver sus inquietudes en torno al tratamiento durante el embarazo. El 50% de los em-

barazos que ocurren en el mundo no son programados (14), por lo tanto, es necesario insistir en su planeación, especialmente en las mujeres que padecen enfermedades crónicas y que están sometidas a tratamientos farmacológicos.

El embarazo y el posparto son periodos de profundos cambios biológicos, psicológicos e interpersonales en la vida de muchas mujeres. Las reacciones transitorias de ansiedad y tristeza son comunes, sin embargo hay un grupo de mujeres que sobrepasan la línea de normalidad y experimentan síntomas compatibles con un trastorno mental, haciendo su debut o presentando recurrencias de una enfermedad preexistente.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DURANTE EL EMBARAZO

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

DEPRESIÓN

A pesar de que las tasas de depresión no difieren significativamente entre mujeres embarazadas y no embarazadas, aproximadamente 10% de las mujeres embarazadas experimentan síntomas depresivos clínicamente significativos (depresión prenatal). Otros estudios revelan que aproximadamente el 20% de mujeres gestantes padece síntomas depresivos significativos. El riesgo de depresión se incrementa durante el embarazo en mujeres con historia previa de depresión, en circunstancias de aislamiento, deficiente apoyo social, discordia marital, embarazo no deseado, eventos vitales recientes y de carácter adverso, bajo nivel socioeconómico y la existencia de otros hijos (15).

Si bien las formas severas de enfermedad afectiva pueden ser realmente detectadas, la depresión que emerge durante el embarazo es frecuentemente ignorada. Muchos de los síntomas y signos neurovegetativos característicos de la depresión mayor (por ejemplo trastornos del sueño y del apetito, disminución de la libido, baja energía) son observados en mujeres depresivas y embarazadas. Además, ciertos trastornos médicos comúnmente vistos durante el embarazo, tales como la anemia, diabetes gestacional, y disfunción tiroidea pueden estar asociados con síntomas depresivos y complicar el diagnóstico de depresión. Las características clínicas que podrían respaldar el diagnóstico de depresión durante el embarazo son anhedonia, sentimientos de culpa y desesperanza, pensamientos suicidas. La ideación suicida es frecuente, sin embargo el riesgo de presentar comportamientos suicidas o lesiones autoinfligidas es relativamente bajo entre las

mujeres embarazadas (16). La depresión que ocurre durante el embarazo triplica la posibilidad de padecer depresión posparto (15).

La investigación actual sugiere que la depresión materna en sí misma puede afectar negativamente el desarrollo del feto. A pesar de que ha sido difícil evaluar el impacto de la depresión prenatal sobre el desarrollo fetal y el bienestar neonatal en humanos, varios estudios han encontrado una asociación entre depresión materna y factores que predicen pobre desarrollo neonatal, incluyendo parto pretérmino, bajo peso al nacer, disminución en el tamaño de la circunferencia cefálica, y menor puntaje en el Apgar (17).

Las mujeres con depresión mayor recurrente, quienes han permanecido en tratamiento con medicación antidepressiva antes de la concepción, parecen estar en alto riesgo para recaer durante el embarazo. Aunque existe buena cantidad de datos acumulados que respaldan la seguridad de usar ciertos antidepressivos durante la gestación, las mujeres frecuentemente eligen o son aconsejadas para discontinuar el tratamiento antidepressivo. Una extensa literatura en poblaciones no grávidas indica que la discontinuación del tratamiento de mantenimiento farmacológico está asociada con altas tasas de recaída. Los datos preliminares sugieren que el embarazo no protege contra la recaída después de suspender la medicación. En un estudio prospectivo realizado por Cohen *et al.* con 32 mujeres con depresión mayor recurrente, se encontró que el 75% de las mujeres que discontinuaron el tratamiento recayeron; en su mayoría, durante el primer trimestre (18).

Hasta hace poco tiempo hubo escasez de datos sobre el efecto de los tratamientos no farmacológicos para depresión durante el embarazo. Hoy en día se recomienda para las mujeres con síntomas depresivos leves o moderados, iniciar el abordaje con las intervenciones no farmacológicas tales como la terapia interpersonal, terapia cognitiva comportamental y terapia de apoyo. Estas intervenciones también refuerzan y mejoran el resultado del tratamiento de las mujeres que reciben medicación (19).

Respecto al manejo farmacológico existen muchas publicaciones que describen los riesgos asociados con la exposición prenatal a antidepressivos. Aunque la información acumulada en los últimos 30 años sugiere que algunos antidepressivos pueden usarse en forma segura durante el embarazo, todavía falta conocimiento respecto al *spectrum* de riesgos de la exposición prenatal a psicotrópicos (20).

Cuando se considera el uso de antidepressivos o cualquier tipo de medicación psicotrópica durante el embarazo, el clínico debe tener en cuenta cuatro aspectos

básicos de riesgo con respecto a al desarrollo del feto: a) riesgo de aborto, b) riesgo de malformaciones anatómicas, c) Riesgo de toxicidad neonatal o de síndrome de discontinuación durante el periodo perinatal agudo d) Riesgo a largo plazo de las secuelas neurocomportamentales. La FDA (*The Food and Drug Administration*) establece un sistema que clasifica las medicaciones en cinco categorías de riesgo (A, B, C, D y X) basada en datos en humanos y animales. La mayoría de los psicotrópicos son clasificados en la categoría C, incluyendo los antidepresivos. En esta categoría estarían los fármacos para los cuales faltan suficientes estudios en humanos y el riesgo no puede ser descartado. Los antidepresivos más estudiados para su uso durante el embarazo son los antidepresivos tricíclicos y los ISRS. Los primeros no se han asociado a problemas mayores sobre la salud del feto. La dificultad de su uso resulta de los efectos colaterales en la madre, lo cual dificulta el cumplimiento, siendo menores con la nortriptilina y la desipramina (21). Los ISRS, gracias a su perfil farmacológico, son bien tolerados por las pacientes; sin embargo estudios epidemiológicos recientes acerca del desenlace clínico de embarazos en los que se ha dado seguimiento a la exposición materna a antidepresivos en el primer trimestre del embarazo, han reportado un aumento en el riesgo de malformaciones congénitas, particularmente cardiovasculares y en especial asociados con el uso de paroxetina, por lo tanto la FDA ha recomendado cambiar este fármaco de categoría C a D (22). Entre los ISRS, los fármacos más estudiados son la fluoxetina y el citalopram. La fluoxetina ha sido asociada a un incremento en el riesgo de malformaciones menores en niños expuestos a nivel prenatal; estas malformaciones son defectos estructurales sin importancia funcional o cosmética. La información respecto a la venlafaxina va en crecimiento: un reporte reciente que incluye 150 pacientes embarazadas que usaron venlafaxina no muestra un incremento en la tasa de malformaciones por encima de la cifra basal. La duloxetina y la mirtazapina aún no tienen suficiente documentación acerca de su uso durante el embarazo. Se necesitan más estudios y muestras mayores para establecer la seguridad reproductiva de estos nuevos antidepresivos. No se recomienda el uso de inhibidores de la monoaminoxidasa por estar asociado con malformaciones anatómicas y crisis hipertensiva durante el trabajo de parto (19).

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es un desorden serio y recurrente, con una prevalencia de vida por encima del 1%. El trastorno empieza típicamente en la adoles-

cencia o en la adultez temprana, y tiende a ser una condición permanente a lo largo de la vida caracterizada por altas tasas de recaída, ansiedad comórbida, trastorno por uso de sustancias, morbilidad subsindromal persistente y disfunción, mortalidad prematura debida especialmente a la alta tasa de suicidio.

Su prevención y tratamiento son particularmente importantes y complicados para la mujer en edad reproductiva. A pesar de su indudable importancia clínica, poco se conoce acerca del impacto del ciclo reproductivo de la vida de la mujer –ciclo menstrual, embarazo, posparto, lactancia y menopausia– sobre el curso del tratamiento del TAB (23).

Como señalaba anteriormente, la observación clínica así como los estudios recientes apuntan a desvirtuar la idea del embarazo como factor protector para las enfermedades mentales. Parte del estudio sobre iniciativa genética realizado por el *National Institute of Mental Health (NIMH)* ha evaluado a 139 bipolares embarazadas, de las cuales un tercio reporta un episodio anímico durante el embarazo y el 45% haber presentado problemas emocionales severos durante el curso de éste o durante el primer mes del puerperio (24).

Aunque el riesgo de recaída del trastorno bipolar durante la gestación ha sido hasta ahora pobremente caracterizado, varios estudios han identificado que en ausencia de farmacoterapia continua, 50%-60% de las mujeres con trastorno afectivo bipolar recaen durante el embarazo. Las tasas de recaída son más altas después de la suspensión abrupta del litio, siendo menos conocido el curso después de la discontinuación abrupta de otros estabilizadores del ánimo (25).

El periodo posparto es considerado como un estado de alto riesgo para exacerbación de los síntomas, existe un riesgo siete veces mayor de admisión por un primer episodio y dos veces mayor para un episodio recurrente en las mujeres púerperas, comparadas con las mujeres no posparto y no embarazadas. Entre las mujeres con TAB, en quienes eligen discontinuar la terapia con litio en el puerperio, el riesgo estimado de recaída es tres veces mayor que en las no embarazadas y las no púerperas (26).

El manejo de las mujeres con trastorno afectivo bipolar embarazadas amerita evaluar riesgos y beneficios, las implicaciones de no tratar una mujer gestante con este diagnóstico puede generar ciertos problemas, como por ejemplo consumo de sustancias psicoactivas, conductas desinhibidas sexuales, falta de control prenatal, ausencia de vínculo materno fetal y complicaciones obstétricas que finalmente comprometerán la salud de la diada madre-hijo. Para tomar decisiones respecto al tratamiento es necesario conocer la historia

de la enfermedad, respuesta a tratamientos previos, duración de los períodos de eutimia, cumplimiento del tratamiento y estilo de vida.

Todos los aspectos relacionados con la terapia, teratogénesis, efectos colaterales, riesgos y beneficios de tratar o dejar de hacerlo, deben ser discutidos con la paciente, el padre del bebé y demás personas significativas (27).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Aunque niveles leves de ansiedad pueden acompañar el embarazo, la ansiedad patológica puede ocurrir en ciertas mujeres. Los trastornos de ansiedad son comunes entre las mujeres pero poco se conoce de su prevalencia durante el embarazo y el periodo posparto. En un estudio prospectivo longitudinal con una muestra de 8.323 mujeres embarazadas, llevado a cabo en Inglaterra, se observó que el 21,9% de las mujeres tuvo síntomas de ansiedad clínicamente significativos. Entre las mujeres que reportaron elevados niveles de ansiedad durante la gestación, la mayoría (64%), también reportó elevados niveles de ansiedad después del parto. Además, la ansiedad prenatal predijo depresión posparto a ocho semanas y a ocho meses, aun después de haber sido controlada la variable de depresión prenatal (28). Existen pocos datos respecto al impacto del embarazo sobre el curso de los trastornos específicos de ansiedad. Varios reportes anecdóticos de casos y series de casos han descrito una reducción en la severidad y frecuencia de los síntomas durante el embarazo. Otros autores han observado que algunas pacientes fueron capaces de discontinuar la medicación antipánico durante el embarazo sin presentar recaídas. En un estudio realizado por Cohen *et al.* con 36 mujeres con historia de trastorno de pánico previo al embarazo, 44% experimentó síntomas recurrentes graves durante el embarazo, aquellas que discontinuaron el tratamiento antipánico fueron tres veces más propensas a recaer durante el embarazo en relación con quienes mantuvieron el tratamiento farmacológico (29). El curso del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) no ha sido estudiado sistemáticamente. Algunos estudios indican que el embarazo incrementa el riesgo para la aparición del primer episodio o para recaídas. Igualmente ocurre con el periodo posparto. En un estudio realizado con 39 mujeres se encontró que el 64% de ellas recayó o tuvieron su primer episodio de TOC durante el embarazo. Este grupo de mujeres está en alto riesgo para recaer en caso de discontinuar la medicación (30). El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es dos veces más prevalente en mujeres que en hombres. A pesar de

esta alta prevalencia entre las mujeres, su curso ha sido poco estudiado entre las mujeres embarazadas, y muchos de los datos se basan en reportes de casos. El TEPT ha sido descrito durante el embarazo en casos donde las mujeres han experimentado complicaciones en partos anteriores. El TEPT puede presentarse también en el posparto, especialmente cuando el trabajo de parto es prolongado, parto complicado, dolor severo durante el alumbramiento y sentimientos de pérdida del control durante el alumbramiento. El TEPT puede afectar las decisiones de la mujer respecto a futuros embarazos, disminuir la habilidad para lactar al bebé y puede deteriorar el vínculo madre-hijo.

Respecto al manejo, es importante evaluar la severidad de los síntomas, la historia de la enfermedad y la respuesta a tratamientos previos para medir riesgo-beneficio y tomar una opción farmacológica. Para aquellas pacientes con casos severos de ansiedad la intervención farmacológica puede ser una necesidad clínica. Las benzodiazepinas, los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, la venlafaxina, pueden ser alternativas. La terapia cognitivo conductual sigue siendo la opción desde el punto de vista psicoterapéutico. La información clara y precisa ayuda a tranquilizar tanto a la paciente como a su pareja y demás personas cercanas (19).

ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA POSPARTO

El periodo posparto ha sido claramente definido como una época de incremento en la vulnerabilidad para enfermedades psiquiátricas. Uno de los estudios más frecuentemente citados es el de Kendell *et al.*, en el cual demostró el dramático incremento del riesgo de enfermar mentalmente en los tres meses siguientes al parto (31). Durante el periodo posparto las mujeres pueden experimentar desde la suave disforia o tristeza posparto, seguida en rango de severidad por la depresión mayor y en casos extremos, la psicosis posparto. Aunque los trastornos del humor en el posparto son relativamente comunes, los síntomas depresivos que emergen son con frecuencia ignorados tanto por las pacientes como por sus cuidadores, incluyendo familia y personal de atención en salud.

La enfermedad afectiva puerperal expone tanto a la madre como al niño a diferentes riesgos. Estudios recientes muestran los efectos a largo plazo sobre el desarrollo y bienestar del niño. Por lo tanto, el reconocimiento temprano de los trastornos puerperales del humor es esencial.

Aunque la enfermedad psiquiátrica posparto fue considerada inicialmente como un grupo de trastornos

específicamente relacionados con el parto y por lo tanto diagnosticadas como entidades diferenciadas de otras enfermedades psiquiátricas, la evidencia más reciente sugiere que la enfermedad afectiva que emerge durante el periodo posparto es clínicamente indistinguible de las enfermedades afectivas que ocurren en otras épocas de la vida de las mujeres. La mayoría de las mujeres con enfermedad posparto tendrán episodios del humor que no estarían relacionados con el embarazo y el posparto (32).

El DSM IV-TR ha definido la enfermedad psiquiátrica posparto como un episodio que tiene su comienzo durante las cuatro primeras semanas después del alumbramiento; otros autores, en cambio, han descrito un amplio periodo de riesgo para su comienzo. El riesgo es mayor durante el primer mes posparto; sin embargo, varios estudios indican que el riesgo más alto se extiende hasta los tres primeros meses, pudiendo persistir durante el primer año posparto. La Sociedad Marcé, una organización internacional dedicada al estudio de los trastornos psiquiátricos posparto, la define como cualquier episodio de enfermedad psiquiátrica que ocurra durante el año siguiente al parto (33).

DISFORIA O TRISTEZA POSPARTO

Durante la semana que sigue al parto muchas mujeres experimentan un breve periodo de inestabilidad afectiva. Dependiendo de los criterios usados para el diagnóstico de la disforia posparto, este cuadro clínico se presenta en el 50 a 80% de las púerperas. Dada la alta prevalencia de este tipo de trastorno del humor, algunos la consideran como una experiencia normal asociada con el parto más que un trastorno psiquiátrico. Las mujeres con disforia posparto reportan una variedad de síntomas, incluyendo fluctuaciones rápidas del humor, llanto, irritabilidad, ansiedad, fatiga, cefalea y confusión. Estos síntomas aparecen típicamente entre el cuarto o quinto día posparto y pueden durar desde unas pocas horas hasta algunos días. Remiten espontáneamente dentro de las dos primeras semanas después del parto. Algunas mujeres con síntomas más severos pueden evolucionar a depresión, aproximadamente el 20% de los casos (34).

La etiología de la disforia posparto es desconocida, sin embargo ha surgido una gran cantidad de investigación enfocada en los cambios dramáticos que ocurren durante el trabajo de parto, el parto y el periodo posparto inmediato. De particular interés ha sido la hipótesis de la caída abrupta de los niveles de estrógenos y progesterona hacia el quinto día después del alumbramiento. Factores psicosociales y de personalidad tales

como sentimientos de ambivalencia hacia el embarazo, miedo al trabajo de parto, pobre ajuste social, escasa red de apoyo social, conflictos de pareja y un estilo de crianza sobreprotector se han descrito como factores asociados. Desde el punto de vista biológico son relevantes los antecedentes personales y familiares de depresión, y el trastorno disfórico premenstrual (35).

El abordaje se hace siguiendo el modelo de intervención en crisis. Se intenta tranquilizar a la madre, validar su experiencia como mujer, promover asistencia y ayuda por parte de la familia, monitorear o vigilar la evolución de los síntomas, brindar educación y apoyo a la madre y a la familia, haciendo énfasis en que ésta es una sintomatología frecuente, que en la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente (36).

DEPRESIÓN POSPARTO

Durante el posparto 10% - 15% de las mujeres presentan síntomas depresivos significativos o depresión posparto. En contraste a la disforia posparto, la depresión es más severa y puede interferir significativamente con la habilidad de la madre para funcionar y cuidar de su bebé. La depresión tiene generalmente un desarrollo insidioso durante los tres primeros meses posparto, sin embargo algunas mujeres manifiestan un comienzo agudo de los síntomas poco después del parto y el periodo de riesgo puede extenderse hasta los seis meses posparto (37). Una significativa subpoblación de mujeres experimenta el comienzo de los síntomas durante el embarazo (38).

Clínicamente la depresión posparto es indistinguible de otros tipos de depresión mayor no psicótica. Los síntomas típicos incluyen humor depresivo, llanto, irritabilidad y pérdida del interés en sus actividades usuales. Insomnio, fatiga, y pérdida del apetito aparecen con frecuencia. Las mujeres a menudo expresan ambivalencia o sentimientos negativos hacia su hijo recién nacido, es común que las madres manifiesten dudas o preocupación respecto a sus habilidades para cuidar de sus hijos. En su forma más severa, la depresión posparto puede resultar en un fuerte problema disfuncional. La ideación suicida es reportada con frecuencia, sin embargo las tasas de suicidio son relativamente bajas en los casos de depresión mayor no psicótica (32).

Los síntomas de ansiedad pueden ser prominentes en esta población, y la depresión puede coexistir con ansiedad generalizada, trastorno de pánico, o hipocondriasis. En un estudio realizado por Nonacs y Cohen, se encontró que el 30% de las mujeres con depresión posparto reunían criterios para trastorno de ansiedad, en especial para ansiedad generalizada

(39). Aunque el trastorno obsesivo compulsivo no es frecuente en el posparto, las mujeres con depresión posparto a menudo tienen experiencias intrusivas y rumiaciones obsesivas. Estas obsesiones suelen involucrar al niño y ser de naturaleza violenta (por ejemplo, pensamientos acerca de cómo ahogar al niño, tirarlo por las escalas o arrojarlo por una ventana). Es importante anotar que estos pensamientos son egodistónicos, las madres sienten gran preocupación y culpa por tener estas experiencias a nivel del pensamiento y quieren estar seguras de que su hijo va a estar protegido. En contraste con las pacientes con psicosis posparto, quienes pueden tener también pensamientos de carácter peligroso para el niño pero sin juicio de realidad conservado, como sí ocurre en las mujeres con depresión posparto no psicótica (40).

Existe la evidencia de que una historia personal o familiar de depresión, depresión o ansiedad durante el embarazo, y disforia posparto, son todos factores de riesgo para el desarrollo de una depresión posparto. En adición, el antecedente de una previa depresión posparto se ha encontrado como un considerable riesgo para que las mujeres tengan recurrencia en futuras gestaciones. Aspectos psicosociales, incluyendo dificultades de adaptación, problemas maritales o de pareja, niños con problemas de salud, embarazo no planeado o no deseado, falta de apoyo social, bajas condiciones socioeconómicas y eventos vitales estresantes durante el embarazo, también incrementan el riesgo (15).

La forma más documentada de intervención psicoterapéutica para las mujeres con depresión posparto es la psicoterapia interpersonal. La premisa de este tipo de psicoterapia es que las mujeres con depresión posparto típicamente experimentan problemas en sus relaciones interpersonales, por lo tanto esta terapia se dirige a mejorar estos comportamientos. La terapia cognitiva comportamental podría combinarse en los casos de ansiedad comórbida. La psicoterapia podría servir como tratamiento en mujeres con depresión posparto leve a moderada, quienes se encuentran lactando y no desean tomar medicación (41).

No existen datos que sugieran que la depresión posparto debe ser tratada de manera diferente a la depresión mayor no puerperal. Sin embargo, los clínicos tienden a manejar la depresión posparto con menos intensidad de la que ellos hacen uso al tratar pacientes no puérperas. Esta práctica aumenta el riesgo de morbilidad materna y por consiguiente afecta la estabilidad del bebé. Se considera de gran relevancia tener en cuenta los riesgos de una enfermedad mental no tratada. Evaluar riesgo-beneficio antes de tomar una decisión terapéutica, y discutir estos aspectos con la

paciente y demás personas significativas. La mayoría de las mujeres que desarrollan depresión en los primeros dos meses posparto insisten en continuar lactando a pesar de la severidad de los síntomas (42).

El uso de medicación antidepresiva para madres que están lactando ha sido un tema revisado por múltiples grupos de expertos. Todos los psicotrópicos que han sido investigados se excretan por la leche materna. El grupo de Stowe *et al.* ha realizado detallados estudios con sertralina, paroxetina y fluoxetina, demostrando un complejo patrón de excreción, pero indicando que la dosis oral máxima que ingiere el niño durante 12 meses (miligramos por año) de lactancia, es menor que el triple de la dosis que ingiere la madre diariamente (dosis materna diaria $\times 3 >$ la dosis del niño $\times 12$ meses) (43). Existen estudios importantes con antidepresivos tricíclicos, sin embargo la información sobre los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en la lactancia, en el momento actual, excede la literatura disponible sobre otra clase de medicación. Los informes sobre el monitoreo sérico para los ISRS con mayor número de datos se refieren a fluoxetina y sertralina. La medicación antidepresiva no descarta la posibilidad de lactar, pero algunos niños pueden presentar efectos colaterales tales como trastornos gastrointestinales, especialmente cólicos, y trastornos del sueño. En estos casos se recomienda suspender la lactancia. Los ISRS son recomendados como los antidepresivos de primera línea en el tratamiento de la depresión posparto, sin embargo el tratamiento debe basarse en la historia de la paciente, es decir, tener en cuenta medicaciones a las cuales haya respondido previamente. Una medicación puede tener más datos disponibles sobre su uso durante la lactancia pero ser inefectiva en controlar la enfermedad de la madre. En ausencia de historia personal de depresión, los datos disponibles sobre el uso de la medicación en la lactancia y los efectos colaterales, son los determinantes para la elección del antidepresivo, por lo tanto se debe evitar el uso de medicaciones nuevas en el mercado. La monoterapia a cualquier dosis es preferible a introducir otro fármaco. La duración óptima del tratamiento aún no está clara, sin embargo la aproximación más conservadora recomienda una duración de un año como mínimo.

En los casos en los cuales las pacientes presentan ideación activa de muerte o intento de suicidio, síntomas psicóticos tales como alucinaciones y delirios, se recomienda la hospitalización. La Terapia electroconvulsiva también se recomienda en dichos grados de severidad o cuando ha habido resistencia al tratamiento farmacológico (39, 42).

PSICOSIS POSPARTO

La psicosis puerperal, la forma más severa de la enfermedad psiquiátrica posparto, es un evento que ocurre aproximadamente en 1-2 por 1.000 mujeres púerperas (15). Su presentación suele ser dramática, con un comienzo de los síntomas tan temprano como las primeras 48 – 72 horas después del parto. Los síntomas suelen aparecer en las dos primeras semanas posparto. Los estudios longitudinales indican que la mayoría de las mujeres con psicosis puerperal tienen un trastorno afectivo bipolar. Los síntomas tienden a evolucionar rápidamente a un episodio maniaco o mixto. Los signos más tempranos son inquietud, agitación, irritabilidad e insomnio. Las púerperas con este trastorno muestran cambios rápidos, oscilando entre la depresión y la euforia, desorientación y confusión, y un comportamiento desorganizado. La variabilidad y volatilidad de la psicosis es su característica más notable. Es común la presencia de creencias delirantes, y a menudo focalizadas en el bebé. Comúnmente manifiestan que el niño es un detective o que está muerto, que el bebé tiene poderes especiales o que es Satanás o se trata de Dios. Las alucinaciones auditivas dan instrucciones a la madre para hacerle daño al bebé. Los riesgos de infanticidio como de suicidio son altos en esta población. Desde el punto de vista etiológico se postula que la disminución de los estrógenos en el posparto podría precipitar la psicosis al hipersensibilizar los receptores dopaminérgicos. Como también se sugiere una predisposición inherente a la bipolaridad que se manifiesta debido a los cambios hormonales que suceden al parto (36). La psicosis posparto es considerada una emergencia psiquiátrica y debe ser abordada a nivel hospitalario. Su manejo aún permanece siendo ampliamente empírico, con pocos datos definidos y escasez de estudios controlados. Conociéndose la relación entre psicosis posparto y trastorno afectivo bipolar, los expertos recomiendan tratarla como una psicosis afectiva. El tratamiento agudo con antipsicóticos atípicos y estabilizadores del ánimo estaría indicado. La terapia electroconvulsiva es bien tolerada y rápidamente efectiva. El no establecer un tratamiento agresivo en estos casos incrementa el riesgo para la madre y el bebé. Las tasas de infanticidio asociadas con psicosis puerperal no tratada se estima que pueden llegar al 4%. Respecto a la duración del tratamiento no existe consenso, algunos autores recomiendan la discontinuación de los medicamentos psicotrópicos poco después de que la psicosis se resuelva, otros clínicos sugieren una mayor duración del tratamiento, argumentando el riesgo de recaída. Conocido el riesgo de discinesia tardía, es preferible

evitar el uso de antipsicóticos típicos o minimizar su uso. Los antipsicóticos atípicos pueden ser más seguros para una terapia a largo plazo. El tratamiento con estabilizadores del ánimo debería extenderse más allá de la resolución de los síntomas activos para reducir el riesgo de recaída. Se ha demostrado que la mayoría de las pacientes con psicosis puerperal tienen un trastorno afectivo bipolar, y tendrán episodios no puerperales recurrentes de manía o depresión. Algunos autores han sugerido tratamiento de mantenimiento permanente para mujeres que tienen su primer episodio psicótico puerperal (31, 32, 38).

CONCLUSIONES

Tanto el embarazo como el posparto son periodos de riesgo para manifestación de la enfermedad mental en las mujeres. El embarazo ha dejado concebirse como un periodo de gracia y de bienestar total y el posparto se considera un estadio de alta vulnerabilidad. Los clínicos que atienden mujeres embarazadas y púerperas deben estar atentos a la presentación de los síntomas, intervenir a tiempo y sopesar los riesgos de la intervención contra los riesgos para la madre y el niño de no tratar una enfermedad psiquiátrica.

REFERENCIAS

1. Kornstein S, Clayton A. Preface. En Kornstein S., Clayton A. (Ed.), *Women's Mental Health*. New York: The Guilford Press; 2002
2. Stotland N. Gender-based biology (editorial). *Am J Psychiatry* 2001; 158: 161-162
3. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*. 1993; 29(2-3): 85-96
4. Parry BL. Reproductive factors affecting the course of affective illness in women. *Psychiatr Clin North Am*. 1989; 12: 207-220
5. Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 1998; 97: 251-264
6. Cyranowski JM, Frank E, Young E, *et al*. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57: 21-27
7. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 486-92. Review
8. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase Me, *et al*. Gender differences on chronic major and double depression. *J Affect Disord* 2000; 60: 1-
9. Kessler RC. Gender differences in major depression: Epidemiologic findings. p. 61-84. In: Frank E. (Ed.), *Gender and its effects on psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
10. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and phobias: the genetic and environmental sources of comorbidity. *Psychol Med*; 23 (2):361-371. 1993

11. Cohen LS, Nonacs RM, Bailey JW, *et al.* Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: a preliminary prospective study. *Biol Psychiatry* 39: 950-954, 1996
12. Dayan j, Creveuil C, Herlicoviez M, *et al.* Role of anxiety of depression in the onset spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 155: 293301, 2002
13. Gaviria A. Estrés Prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol 35 N° 2 Bogotá. Abril-Junio 2006
14. Viguera AC, Cohen LS, Tondo L, *et al.* Reproductive decisions by women with bipolar disorder alter pregnancy psychiatric consultation. *Am J Psychiatry* 159: 2102-2014, 2002
15. Burt V, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry*; suppl7: 9-5, 2002
16. Faglioli L *et al.* Course of Psychiatric Illness during pregnancy and postpartum. En Cohen L, Nonacs R. (Ed). *Mood and Anxiety disorders during pregnancy and postpartum*. American Psychiatric Publishing 2005
17. Dayan *et al.* Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 155: 293-301, 2002
18. Cohen L *et al.* Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: a preliminary prospective study. *Arch Women Mental Health* 217-221, 2004
19. Nonacs R *et al.* Diagnosis and treatment of mood and anxiety disorders in pregnancy. En Cohen L, Nonacs R. (Ed). *Mood and Anxiety disorders during pregnancy and postpartum*. American Psychiatric Publishing. 2005
20. Cott AD, Wissner KL. Psychiatric disorders during pregnancy. *Int Rev Psychiatry* 15: 217-230, 2003
21. Altshuler LL *et al.* Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 592-606
22. FDA Public Health Advisory Paroxetine. Sitio en internet disponible en: The Food and Drug Administration. Consultado Noviembre 4 de 2008
23. Viguera AC *et al.* Reproductive Decisions By Women With Bipolar Disorder After Prepregnancy Psychiatric Consultation. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 2102-2104
24. Blehar MC *et al.* Women with bipolar disorder: findings from the NIMH genetics initiative sample. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34(3): 239-43
25. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of Recurrence of Bipolar Disorder in Pregnant and Nonpregnant Women After Discontinuing Lithium Maintenance. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 179-184
26. Yonkers KA *et al.* Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2004; 161(4): 608-20
27. Gaviria S. Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. Vol 46 No 1 2008
28. Heron J, O'Connor TG, Evans J, *et al.* The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 80:65-73, 2004
29. Cohen LS, Sichel DA, Dimmock JA *et al.* impact of pregnancy on panic disorder: a case series. *J Clin Psychiatry* 55: 289-292
30. Altemus M. Obsessive compulsive disorder during pregnancy and postpartum. In: Yonkers, Kimberly and Little Bertis (Ed). *Management of Psychiatric Disorders in Pregnancy*. Arnolds publishers. 2001
31. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal Psychoses. *Br J Psychiatry* 150:662-673, 1987
32. Riecher A, Rohde A. Diagnostic Classification of Perinatal Mood Disorders. In: Riecher- Rossler A. and Steiner M. (Ed) *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders*. *Bibliotheca Psychiatrica* No 173
33. Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis. A research Agenda for DSM -V. First Edition. Washington DC. American Psychiatric Association. 2007
34. Cooper P. Non psychotic psychiatric disorder after childbirth. *Br J Psychiatry*. 152: 776-806.1998
35. O'Hara M, Schlechte JA, Lewis DA, *et al.* Prospective study of postpartum blues: biological and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry*. 48: 039-1045
36. Gaviria S. Síndrome posparto. En: Téllez Jorge, Gaviria Silvia, Burgos Cecilia (Ed). *Afrodita y Esculapio: Una Visión Integral de la Medicina de la Mujer*. Nuevo Milenio Editores. 1999
37. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173, 639-645. 1995
38. Nonacs R *et al.* Postpartum mood disorders. In Cohen L, Nonacs R. (Ed). *Mood and Anxiety disorders during pregnancy and postpartum*. American Psychiatric Publishing. 2005
39. Nonacs RM, Cohen LS. Postpartum symptom expression. Presentation at the 154 th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. New Orleans LA. May 5-10, 2001
40. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, *et al.* Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clinical Psychiatry* 60: 176-180. 1999
41. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, *et al.* Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 57: 1039-1045, 2000
42. Dennis CL, Stewart DE. Treatment of postpartum depression, Part 1: a critical review of biological interventions. *J Clin Psychiatry* 65: 1242-1251, 2004
43. Stowe ZN, Strader JR, Nemeroff CB. Psychopharmacology during pregnancy and lactation. In A. F. Schatzberg CB Nemeroff (Eds), *APA, Textbook of Psychopharmacology*. American Psychiatric Press

EL TIEMPO EN EL CUERPO Y EL CUERPO DE NUESTRO TIEMPO¹

(Rev GPU 2009; 5; 4: 516-524)

Eleonora Casaula²

Hace algunos años comencé a interesarme en el tema de las cirugías plásticas, muy difundido en el medio chileno. Ello me llevó a una reflexión que se sintetiza en el título de esta ponencia. Distintas lecturas, apreciaciones pictóricas y cinematográficas me permitieron llegar a hilvanar las ideas que expongo a continuación. ¿Por qué presentar esto aquí? Porque considero ésta una audiencia apropiada, ya que los conceptos de Ignacio Matte Blanco sobre la estratificación emocional, atravesada por la variable tiempo, pudieran iluminar la comprensión de la dificultad para aceptar los límites deseables o indeseables de nuestra apariencia, también la vejez y sobre todo la condición de perecible de todo ser vivo³.

Algunas de las nuevas propuestas quirúrgicas y estéticas del Siglo XXI son atractivas y seducen, pues nos hacen creer que es posible satisfacer todo deseo acerca de la estructura de nuestro cuerpo. Cuando una madre, por ejemplo, puede llegar a emular a su hija adolescente mediante diversos cambios físicos, sin advertir que ellos no cambian la interioridad, y desconoce

su tiempo vivido con comportamientos adolescentes, parece estar guiada parcialmente por una simetrización⁴ en algún punto, permitiéndole la coexistencia de dos edades: al borrar la diferencia generacional se borra la noción de tiempo. Pasado, presente y futuro coexisten en el momento actual. Asimismo aparece una especie de compulsión a concretar materialmente

¹ Este trabajo fue presentado el año 2008 en Helsinki, en el contexto de *The VI International Bi-logic (Matte Blanco) Conference. "The suffering of body and mind: a bi-logical approach"*, organizado por la Finish Psychoanalytical Society en Helsinki, Finlandia, entre el 29 y el 31 de agosto de 2008.

² Psicóloga, Psicoanalista, Licenciada en Estética.

³ La autora se refiere a lo que se conoce como "Bi-lógica", desarrollo teórico creado por el chileno Ignacio Matte Blanco en la década de 1960, y que es estudiado por grupos especializados en Italia, Inglaterra y otros países desarrollados. El lector interesado puede encontrar una introducción a este tema en el libro: Casaula E, Coloma J, Jordan JP. *Mente y conjuntos infinitos*. Ananké, Santiago, 1993.

⁴ "Simetrización" se refiere a la característica esencial del proceso primario descrito por Freud y re-analizado por Matte. En lo fundamental consiste en la desaparición del tiempo y de las localizaciones espaciales de los objetos: así, el dentro puede ser fuera, el antes después y, especialmente, la parte puede ser igual al todo. En la lógica "a-simétrica", propia del proceso secundario, si algo está fuera no puede a la vez estar dentro, el efecto no puede preceder a la causa y el todo no es igual a la parte.

sueños o ilusiones sobre nuestro cuerpo, como si los pensamientos en tanto fantasías no nos bastaran dado su carácter etéreo.

Existe además otro sesgo de esta nueva realidad que es la oportunidad de reparar muchos daños físicos, producto de accidentes. De alguna manera, la zaga del Hombre Biónico se posibilita cada vez más. ¿Cómo será el mundo interior de los nuevos hombres biónicos o de los cyborgs?

Los invito ahora a compartir este somero recorrido cultural.

Parto con una cita de Mark Dery, sociólogo americano destacado por sus estudios acerca de la cultura actual.

“En la cybercultura, el cuerpo es una membrana permeable cuya integridad es violada y su santidad amenazada por rodillas de aleación de titanio, brazos mioeléctricos, huesos y venas sintéticos, prótesis de senos y pene, implantes cocleares y caderas artificiales”



Figura 1

Ojeando una revista me detuve en una fotografía (Fig. 1) que llamó mi atención. Su tema es una exposición de modas de un afamado modisto. Es decir, la presentación de prendas destinadas específicamente a vestir cuerpos femeninos. Sin embargo lo que se muestra son diez soportes contruidos a partir de sutiles líneas de material ligero que sostienen diez trajes estructuralmente iguales. La pregunta salta a la vista: ¿dónde están los cuerpos de esas mujeres? Efectivamente ellos no aparecen. En su lugar aparecen vacíos sugerentes de una imagen virtual de mujer que se delata por la caída de las telas. Sólo se percibe un ropaje estándar para vestir a un ejemplar femenino único. Pequeños senos fabricados en serie, cintura y caderas estilizadas, piernas largas y brazos delgados. Hasta podría tratarse de una suerte de escuadrón entrenado para mantener una posición elegante en vez de una posición firme. La individualidad ha desaparecido del mismo modo como

en un escuadrón de uniformados desaparece la particularidad de cada sujeto.

Esta fotografía me permite introducir el tema que me interesa desarrollar y que guarda estrecha relación con lo planteado en la cita introductoria. Me refiero a la inscripción en el cuerpo de las marcas que deja la existencia y la creciente tendencia al “borramiento” de la individualidad original impresa a lo largo de la biografía.

A menudo encontramos personas a quienes percibimos levemente cambiadas. Su aspecto se nos presenta sorpresivamente diferente. Pronto nos damos cuenta que se ha “cometido” un procedimiento plástico. Bajo el rótulo de procedimientos plásticos se ubican todas esas pequeñas o medianas intervenciones que, con la finalidad de buscar un cambio que detenga o retroceda el reloj vital, terminan por matar algún registro biográfico inscrito en la apariencia física. Ceños inmóviles gracias al botox, por ejemplo, que ha borrado las marcas del asombro, del dolor y del miedo.

Las innumerables situaciones ante las cuales nos enfrenta el mero hecho de estar vivos plasman un repertorio de huellas en la materia moldeable de la carne otorgando a la presencia física una particularidad irrepetible.

Nada de eso encontramos en los maniqués invisibles de la mencionada fotografía. Esta exhibición “sintomatiza” la nueva era que nos describe Dobelle, una autoridad en biónica. Desde las simples inyecciones de colágeno pasando por toda suerte de cirugías reparatorias hasta llegar a la re-creación corporal. Efectivamente, el Dr. Dobelle sostiene que “con el cambio de siglo cualquier órgano importante, excepto el sistema nervioso central, tendrá un sustituto artificial”. El cuerpo primigenio se desvanece para dar lugar a otro, que es la proyección de una fantasía personal de cuerpo, desarrollada en forma completamente independiente de la determinación genética y biográfica.

Intencionadamente he hablado de “cometer” procedimiento plástico en analogía con la expresión cometer asesinato, dado que esas líneas de expresión o ese cuerpo, el de siempre, el portador de una identidad única, ya no está. Deliberadamente ha sido muerto. Desaparecido. Y, peor aún, olvidado. Quizás, sólo algún vestigio o cicatriz, recordatorios de la acción del bisturí. En su lugar, otro, abiógrafo, inicia un nuevo recorrido desencajado del conjunto y de la cronología previa.

La fuerza de gravedad no es grata al cuerpo de nuestro siglo. Ella anuncia el avance hacia la muerte. La flaccidez de las mejillas, de los labios, de los párpados, de los senos, de los genitales se vuelven inaceptables.

Esto no constituye novedad. A ningún siglo le ha parecido aceptable. Por algo las gargantillas, las cintas de terciopelo para el cuello, las pelucas, los lunares tuvieron su época. Los corsés, los polizones también tuvieron las suyas para no hablar del aparataje de fierro para modelar el cuerpo de épocas muy anteriores. Verdaderos arneses de tortura destinados a travestir según un modelo estético o al servicio del disimulo de lo ineludible: la perecibilidad, esencia constitutiva de los seres vivos.

Sin embargo, hoy día las cosas se han vuelto más radicales. La parafernalia cosmética y los bisturís son los nuevos aliados en la lucha contra la "moribilidad" y contra los límites que ella implica. El cuerpo se vuelve un envase que contiene progresivamente lo obsoleto, lo añejo, lo de ayer. Hoy no interesa, a menos que rinda culto a la eterna belleza, a la eterna potencia, a la eterna juventud que nos ofrece la cultura virtual. El cuerpo procesado cosmética y quirúrgicamente se constituye en una caparazón impermeable que aísla un interior rechazado, inaceptable o devaluado. Ese interior particularizante e irrepetible que proviene solamente del mero hecho de existir se está asfixiando. Los nuevos envases estandarizados desprecian el registro corporal de ese viaje con destino predeterminado que se inicia con el nacimiento. No hay lugar para mostrar la inquietud, el descubrimiento, la tristeza, la risa exagerada, el desasosiego. Sus marcas visibles se tornan vergonzosas. La sabiduría medida en sobrevivencia ya no cuenta. Sólo es fealdad. Apretemos el botón "delete".

Los aparatajes que antes eran desmontables paulatinamente han ido dando paso a una particular sociedad entre organismo y máquina, que el científico espacial Manfred Clynes en 1960 denominó cyborg. A su entender los avances de la ingeniería biomédica (marcapasos recargables, articulaciones artificiales) demostraban la permeabilidad de la membrana de separación entre organismo y mecanismo. Como señala el historiador David Channell, "cuando uno de estos aparatos mecánicos se convierte en una parte funcional de un humano, resulta más difícil decidir si el objeto asimilado es humano o máquina". Agregamos a esto que el cyborg, que además resulta un juego lingüístico entre cibernético y organismo, no es una combinación ordinaria. No es una persona que usa una máquina. Se trata, en su caso, de *una relación particular entre un humano y una máquina, en el sentido de que la máquina necesita funcionar sin conciencia para cooperar con los controles homeostáticos autónomos del propio cuerpo.*

Surge así una nueva anatomía, una nueva estética autogestada o gestada a partir del creador de un modelo. Mediante la cirugía de reconstrucción total. A modo de ilustración, vale la pena tener presente la película de Terry Gilliam, *Brazil* de 1985, el cyborg T-800, que fue interpretado por A.Schwarzenegger en "Terminator 2"; bien los mutantes de la película *Blade Runner*.

Efectivamente el cuerpo adquiere una sobre-presencia, pasando a ser un territorio donde se materializan sueños y fantasías. Todos aquellos que no se pueden materializar en el entorno. Al decir de los estudiosos del tema, se transformaría en el único reducto donde es posible imperar sin regulaciones ni límites. En otras palabras, el cuerpo se vuelve la única realidad capaz de ser modificada desde el individuo. El único espacio donde se puede construir el mundo deseado.

Entramos así al mundo de la acción del arte y de las performances. Allí el imperio del bisturí ya no sólo busca anular el paso del tiempo o contrarrestar la ley de la gravedad, sino que se torna en el artífice de una creación, llegando a constituir verdaderos movimientos artísticos donde el cuerpo ajeno y propio es el soporte donde se crea, dando lugar a un "arte del cuerpo". Hemos tenido también en nuestro medio (Santiago de Chile) expresiones de este orden a través de las varias versiones de "Cuerpos Pintados", cuyo gestor es el fotógrafo Roberto Edwards, destinada a utilizar el cuerpo vivo de modelos para que diferentes artistas plasmen en ellos sus creaciones.

En aras de la brevedad sólo me referiré a un par de ejemplos.

Uno de ellos es la artista de performance Orlan, quien desde 1990 se ha practicado siete operaciones destinadas a producir "La obra maestra absoluta; la reencarnación de santa Orlan".



Figura 2

Se trata esta obra de un arte carnal, en vivo. Orlan busca ser una nueva imagen postmoderna, que pueda ser adorada, y eternizada. De allí el adjetivo de "santa". Inspirándose en diferentes modelos de belleza, y valiéndose de la yuxtaposición como forma de composición, transforma su rostro en un collage de rasgos célebres. La frente de "La Gioconda", los ojos de la "Psique" de Gerome, la boca de la "Europa" de Bouchert, la nariz de una "Diana" de la Escuela de Fontainebleau y la barbilla de la "Venus" de Botticelli. Resulta interesante observar que mediante este acto disuelve trayectorias temporales y espaciales, para conjugar en su rostro de un solo golpe siglos de evolución y reflexión. Produce un borramiento del transcurrir, al mismo tiempo que borra las distancias entre los procesos incluidos en su acción de arte. Plasma en la instantaneidad siglos de historia. No obstante no termina allí su acción de arte. Cada operación se constituye como una escena en la cual cirujanos, paciente y enfermeras visten trajes de alta costura. Los patrocinadores se publicitan en carteles dentro del quirófano. Enormes proyectores digitales reproducen los distintos modelos a copiar. Orlan, por su parte, anestesiada localmente lee un libro de psicoanálisis mientras se comunica por fax y teléfono con los miles de espectadores del mundo entero que siguen la operación vía satélite.



Figura 3

Otro hito interesante de considerar está compuesto por el grupo de los que practican los tatuajes "biomecánicos". Se trata de un género que se inicia con el pintor surrealista suizo H.R.Giger, inventor de "Alien" y de otros monstruos hollywoodenses, el cual es tomado por diversos cultores del tatuaje para copiar sus producciones.



Figura 4

El ensayista David Lévi-Strauss plantea que en las culturas tribales "las manipulaciones del cuerpo son a menudo sagradas y mágicas, pero siempre sociales, se hace pasar al cuerpo de un estado natural y mudo a un estado social y expresivo mediante las marcas de civilización, tatuajes, perforaciones y escarificaciones". El artista de tatuajes Greg Kulz, a su vez dice que "la gente quiere *tener control* sobre su cuerpo. Aunque no

se pueda controlar el medio exterior, siempre se puede hacer algo en el interior de uno. Uno mismo se puede hacer una o varias marcas definitivas sobre las cuales nadie tendrá *nada* que decir". El cuerpo aquí y, más específicamente la piel, es el único espacio de expresión personal donde el interior fantaseado puede ser expuesto sin restricciones.

Por otra parte, Rosalind Coward (crítica norteamericana) explica esta tendencia a marcarse el cuerpo como una sustitución de la acción política por la emancipación personal. De este modo se desplazaría la responsabilidad de la escena sociopolítica hacia el individuo.

Desde un punto de vista más individual y menos sociológico sería posible plantearse que esta necesidad de marcar en el cuerpo ciertas imágenes y creencias obedeciera a una paulatina pérdida de la capacidad de simbolización.

Ya no sería suficiente sostener ciertos principios o ideas, que den cuenta de una consistencia interior personal. Se hace indispensable portarlos a la vista. Hacer patente el modo de pensar o las creencias personales, tanto para los demás como para sí mismo.



Figura 5

A propósito de esto, recuerdo una persona que alguna vez me consultó cuyo nombre era Minerva. Ella era considerada por su familia la más inteligente. Sus padres habían invertido mucho empeño y dinero en educarla y lograr que fuera una profesional destacada. Su meta era que ella "sacara la cara" por toda la familia en este plano. En sus 20 años ella consideró necesario tatuarse una diosa Atenea, aunque sus padres eran muy contrarios a los tatuajes en general dado su tradicionalismo. Al preguntarle por qué ese motivo precisamente, ella explicaba que los atributos de esta diosa en particular la representaban muy bien. A mi entender, ella necesitaba tener en piel encarnadas dichas características, como si el pensarlas no fuera suficiente, o bien como si temiera olvidar los designios que sus padres habían fijado para ella. No obstante, le fue tan difícil encontrar el diseño que mejor representara su necesidad que finalmente se vio obligada a abandonar la idea de tatuarse. Así de idéntico a su sentir psicológico debía ser el diseño del tatuaje a fin de que pudiera representarla verdaderamente.

En contrapunto con estos abigarrados procedimientos plásticos, quisiera cambiar de plano lingüístico para referirme a otros procedimientos plásticos, donde el cuerpo lejos del maquillaje sobrecargado se manifiesta en toda su desnudez, dando cuenta en forma directa de su transcurrir emocional. Exento de encubrimiento, de disfraz, el cuerpo se presenta para una lectura cuyo desciframiento resulta espontáneo y natural. Para ello me referiré a la obra de dos grandes pintores Antonio López y Lucien Freud.

Resulta interesante contraponer la fotografía de la exhibición de modas (Figura 1) a la escultura "Hombre y Mujer" de Antonio López (Figura 6) expuesta en la Bienal de Venecia de 1995. Es el último resultado de lo que el artista considera una obra inacabada, tras una profunda reflexión, a lo largo de 20 años, en busca de un modelo genérico de hombre y mujer común. Exento de idealización y sin apego a un canon estético preestablecido, el desafío es, nada menos, que alcanzar la representación válida para nuestro tiempo del ser humano. Esta escultura junto a otras pinturas y relieves del autor rescatan la habitualidad. Eso que tolera el desgaste del diario vivir. Esa en la que el tiempo se inscribe sin sofisticación.

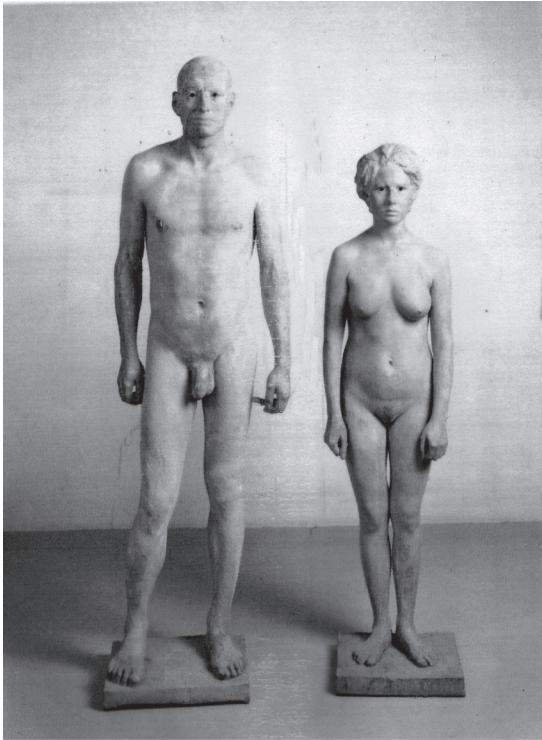


Figura 6

En ambos, hombre y mujer, vemos materia, músculos, también flaccidez, armonía pero también irregularidad. Esa que nos hace individuos únicos, provenientes de la mezcla, de una genética compleja e ignota.

Ninguno de los dos guarda semejanza con los modelos publicitarios trabajados mediante photoshop, que tan frecuentemente invaden la mente de los adolescentes y, cada vez más, también de los adultos. Exacerbando el contraste en uno manda un exterior seriado, efecto de una producción artificiosa y mercantil, sometida al poder de la marca. En el otro la particularidad aquello con lo que venimos equipados naturalmente.



Figura 7

En la pintura “Mujer en la Bañera” se representa un acto cotidiano. Una simple y estrecha tina de baño que acoge a una mujer. Pese a sus ojos entornados y a un aparente yacer en el agua tibia, apoyando la cabeza en el borde, sus pies se tensan en el fondo, vemos la tensión de sus piernas. La mano que se aferra al borde también busca sostenerse. Sólo su brazo izquierdo flota. Yace, pero inquieta. Aun en el simple acto de darse una tina se delata cierta ominosidad. ¿No dormirse, no ahogarse? Aun la laxitud incuba la incertidumbre.



Figura 8

El relieve “Mujer Dormida” delata nuevamente perturbación. López nos permite asistir a una escena íntima. Nos introduce en un dormitorio. Ella, rodeada de su cotidiano, sencillo, duerme. Zapatos, cubiertas recogidas, la elementalidad de la estancia. Si no reparáramos en su pecho desnudo, probablemente no habría nada inquietante. ¿Qué significa? ¿Qué ha ocurrido? Introduce el factor erótico, pero sin dar detalles. Reposa, sueña, muere. Aun así las huellas de la dimensión espacio temporal están allí. Los objetos diarios, zapatos, ropa, colchas denotan un día más, otro día de una secuencia. Vitalidad, continuidad de la existencia.

Lucien Freud, por otra parte, nieto del fundador del psicoanálisis y uno de los más grandes pintores vivos del realismo inglés al decir de la crítica europea, lejos de “cometer” en el sentido antes apuntado, viene practicando desde los años 55 en adelante una extensa obra que busca encarnar, hacer carne, a través de sus pinceles, espátulas y modelos, la plena naturalidad del cuerpo humano.



Figura 9

La mirada penetrante de Freud no soslaya deformaciones gestuales, ni sexos abiertos, ni rostros desaseados, ni rictus amargos. La vida naturalizada en toda su magnífica complejidad vitaliza a todos sus modelos, llevándolo a crear un modelo estético realista y exento de toda artificialidad.



Figura 10

La existencia se impone sencilla y compleja a la vez. La belleza reside en estar vivo. Desplegando toda

la gama emocional de la que el ser humano está dotado, cultiva al extremo la interioridad. Vierte en el soporte corporal sentimientos y vivencias hasta conseguir la complicidad del espectador.



Figura 11

Las sombras que por oposición a la luz hacen visible el trazo potente que construye cuerpos, rostros, cabezas, actitudes y gestos de poderosa individualidad que delatan en todo momento la ferocidad de la vida. La inquietante mansedumbre con que los seres humanos nos entregamos para que ella nos trabaje, nos moldee y hasta nos destruya.



Figura 12

Lucien Freud no trepida en la pincelada densa y granulosa (para poner de manifiesto en toda su grandilocuencia el transcurrir de la materia transformándose en el tiempo). Su obra es un análisis crudo y veraz acerca de la pequeñez del ser humano quien inmerso en un sistema, muchas veces incomprensible, depone su arrogancia contentándose con aquello que está al alcance de su mano.

El cuerpo adquiere para Lucien Freud un carácter único de soporte. De soporte que soporta y sostiene los pensamientos y fantasmas que el tiempo superpone y ensambla en la construcción de cada individualidad.

Por ello cuando enfrentamos un rostro acometido por la cirugía el desasosiego nos invade. ¿Cuántos instantes se descolgaron de esa cadena que mediante la memoria nos constituye? ¿Qué había en ese salto de la inscripción? ¿Qué se marginó de aquella expresión acuñada a partir de reiterados momentos de alegría?

Mientras que el entorno abomina cada día más del paso del tiempo repudiando sus huellas, los artistas, Antonio López y Lucien Freud en este caso, dan cuenta a través de la potencia de su obra de una dimensión humana donde no se artificializa, sino que se apela a la existencia y a sus intransables condiciones. Nos obliga al encuentro con una esencia, aquella donde la belleza persiste pese al deslizamiento hacia la perecibilidad.

COMENTARIO FINAL

He querido puntear estos estilos que, a mi modo de ver, permiten echar una ojeada a dos modelos estéticos muy disímiles. No podemos establecer entre ellos una secuencia cronológica, sino más bien una simultaneidad de desarrollos estéticos que muestran un pasaje desde la naturalidad a la artificialidad.

¿Qué ha venido aconteciendo en el transcurrir del hombre en el mundo desde mediados del siglo XX? Digo mediados del siglo XX porque los estudiosos del tema señalan como punto de partida del ritmo de evolución galopante de nuestro tiempo el momento en el cual se puso en marcha oficialmente el primer ordenador electrónico completamente programable. Es decir, 1946. Ahí se inicia una era de mundos virtuales que paulatinamente conducen a un olvido del cuerpo, a un cambio en la dimensión témporo-espacial, a un abandono de la conciencia de vitalidad proveniente de nuestro sustrato corpóreo, al menos en el modo en que lo presentan Lucien Freud y Antonio López.

La novedad que nos traen estos cambios es reinventar un cuerpo que dé cuenta de las nuevas proposiciones, de las nuevas experiencias provenientes de la hipertrofia virtual.

Resulta notable, sin embargo, que el instrumento para la re-creación sea el dolor. Orlan quiere ser santa Orlan. Para ello debe reconstruirse concretamente mediante el bisturí, buscando encarnar ese modelo imaginario de sí misma. El cuerpo material no la detiene, puede autodeterminarse físicamente excediendo sus propios límites. Asimismo, los clientes del tatuaje biomecánico se embarcan en la conquista de un nuevo territorio, el propio cuerpo, donde reinar a su propia voluntad ejerciendo una autonomía inviolable mediante el corte y la cicatrización. Lo que no se ha vuelto obsoleto es el dolor. Aunque el dolor sea desplazado hacia el cuerpo. Aun debe doler, no obstante que su apariencia parezca indolora. Orlan está extasiada ante la realización de la fantasía acerca de sí misma. Se inflige sufrimiento, bajo la apariencia de plenitud.

Como contrapunto a estas performances, me parece interesante citar a Lucien Freud, quién "...se interesa sólo en pintar a la persona; en hacer una pintura de ellos, no en usarlos para una ulterior finalidad artística... Para mí, usar a alguien haciendo algo que no le sea natural a él mismo, sería una equivocación". Más adelante agrega, "...No hay una voluntad libre (del pintor) y el único trabajo que puedo hacer es sobre ellos mismos. Yo pinto las pinturas que puedo, no aquellas que necesariamente quiero".

En referencia al modo cómo la así llamada cybercultura trata la dimensión espacio temporal, creo que vale la pena citar la película "El sol del membrillo", del cineasta Víctor Erice. En ella el propio Antonio López, nos invita a asistir al proceso de pintar los frutos de un membrillero. La sesión transcurre entre fines del verano e inicio del otoño. Valiéndose de muchas mediciones sobre la tela y el modelo, pretende atrapar el reflejo del sol que en un momento embellece al membrillo. Transcurren los días y el membrillo, sometido a los cambios de luz propios de la naturaleza, va tornando cada vez más difícil su cometido. Mediante esta metáfora percibimos la incapacidad humana para controlar ciertas constantes. Cada día la luz cambia y modifica el modelo, resultándole imposible al pintor detener y trasponer en la tela ese momento único de esplendor. El otoño avanza, el membrillo madura, cae, y finalmente se descompone. No podemos sustraernos al transcurrir de la naturaleza.

¿Por qué huimos de ese destino? No aceptamos morir y descomponernos como el membrillo. La vejez nos aterra y la artificialidad viene a prestarnos sus servicios para poder soñar con un presente infinito, negando la transitoriedad de todos los instantes.

El recorrido realizado me ha planteado varias interrogantes de las cuales es difícil dar cuenta dada su complejidad y su reciente novedad.

Los ejemplos seleccionados, tanto desde las perspectivas de López y Freud como desde las ciberculturas, muestran la convivencia de dos ámbitos culturales diferentes. ¿Significa esto que estamos asistiendo a un cambio evolutivo en el funcionamiento simbólico y por lo tanto al despliegue de una suerte de nueva etapa en la cultura?

Si es así, esta nueva modalidad, ¿contemplaría necesariamente la inclusión de estratos más profundos y por ende la presencia de mayor simetrización en el pensamiento asimétrico?

Entonces, ¿evolucionaríamos hacia estructuras biológicas donde hay un mayor predominio de 3ra y 4ta zona?

¿Están cambiado los modos de ser? ¿Deberán formularse otras lógicas? ¿Tendremos que agregar algunas pizcas más de simetrización a nuestra orgullosa asi-

metría racionalista para seguir considerando la lógica aristotélica?

¿Se tratará de caparazones barrocos bajo los que se esconde la misma “banda de corazones solitarios” de la que hablaban Los Beatles?

REFERENCIAS

1. Figura 1. Fotografía Revista El Sábado, en *El Mercurio*, 5 de mayo 2001, pág. 58
2. Figuras 2, 3, 4. “Antonio López”, Ediciones polígrafa S.A. y Globus comunicación S. A. Barcelona Ilustración 53, 36, 49
3. Figuras 5, 6, 7, 8. “Lucien Freud paintings”, Robert Hughes, Thames & Hudson, 2000, Londres. Ilustración 74, “Girl in Stripped nightdress”, Ilustración 87 “The painter’s mother”, 1984. Ilustración 58 “Naked man with rat” 1977-78. Ilustración 60 “night Portrait”. 1977-78
4. Mark Dery. “Velocidad de Escape”, ediciones Siruela, 2002

INVESTIGACIÓN

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE CONSUMIDORES PROBLEMÁTICOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

(Rev GPU 2009; 5; 4: 525-530)

Juan Pérez-Franco¹, Dania Jeldes², Carmen Gloria Fresno³

Se presentan los resultados de una evaluación de la eficacia del tratamiento grupal cognitivo-conductual en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas. Con metodología semiexperimental se compara un grupo de pacientes voluntarios que realizaron más del 70% del tratamiento (n = 26), con un grupo de pacientes que se inscribieron en el programa pero no lo realizaron (n = 24). A ambos grupos se les midió diversos parámetros (cantidad y frecuencia del consumo, grado de control del consumo, salud física, clima familiar, trabajo, conductas disruptivas, problemas legales, salud mental y autoestima) tanto al ingreso al programa como un año después. Después de un año los grupos muestran diferencias significativas, obteniendo mejores resultados el grupo tratado comparado con el grupo control. Sin embargo en el análisis intragrupal ambos grupos muestran una mejoría significativa en la mayoría de los parámetros estudiados. Los resultados plantean algunas dudas sobre la eficacia de los elementos específicos del tratamiento, y sugieren que los pacientes que se acercan espontáneamente a pedir ayuda en un tratamiento de rehabilitación, probablemente posean una serie de recursos que utilizan de manera espontánea, y se encuentren en un “periodo crítico” que les permite aprovechar cualquier información o ayuda que se les dé. Es posible que sean los elementos comunes a todas las psicoterapias los que contribuyen al cambio, y no sus elementos técnicos específicos.

¹ Unidad de Investigación en Adicciones. Departamento de Psiquiatría Sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. jperez@med.uchile.cl

² Psicóloga. Policlínico de Alcoholismo y Drogadicciones “Enrique Alvear”.

³ Asistente Social. Policlínico de Alcoholismo y Drogadicciones “Enrique Alvear”.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios en Chile han evaluado la eficacia de los programas de rehabilitación de consumidores de alcohol y otras sustancias psicoactivas (1-11), pero sus resultados son poco comparables dada la disímil metodología empleada (12).

En un trabajo previo (13) mostramos que los familiares de pacientes de un programa de rehabilitación sin un modelo definido de intervención tenían una percepción positiva del resultado. Pensamos que con un programa más estructurado, que abordara las carencias de habilidades de los adictos para enfrentar situaciones críticas que los llevan a consumir, con una base cognitivo-conductual (14,15), los resultados debían mejorar.

Se desarrolló así un programa con dos sesiones individuales de evaluación y motivación, seguidas de sesiones grupales semanales no estructuradas de acogida y luego diez sesiones grupales semanales con una modalidad de trabajo cognitivo conductual (CC) en las que se abordan los problemas derivados del consumo, estímulos ambientales, estrategias para afrontar recaídas, y otros similares. Los temas son trabajados con metas y técnicas CC específicas y tareas que los pacientes debían cumplir entre sesiones (por ejemplo, discriminar estímulos ambientales del consumo, elaborar estrategias para enfrentar el ansia, proyecto de vida y otras similares) con el objetivo de mejorar las estrategias para afrontar las situaciones de riesgo de recaída. Al término de las 10 sesiones los pacientes ingresan a un grupo que llamamos de acompañamiento, con sesiones mensuales hasta completar un año.

El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad a un año plazo del programa descrito.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no probabilístico de serie consecutiva. Entre los pacientes que consultan espontáneamente en el programa de rehabilitación ambulatoria del Policlínico de Alcoholismo y Drogadicciones Enrique Alvear (PADEA), se escogieron dos grupos con los primeros 50 pacientes que cumplieran algunos criterios de inclusión. Un primer grupo (N = 26) que hubiera asistido a más del 70% de las sesiones del grupo terapéutico (7 sesiones o más), que se consideró grupo experimental. Un segundo grupo (N = 24) con pacientes escogidos entre quienes abandonaron el programa sin asistir al grupo terapéutico y se le consideró grupo de comparación. El protocolo de evaluación de ingreso es una modificación del contenido en las Normas Técnicas y Programáticas del Beber Problema, elaboradas por el

Ministerio de Salud (16) y consta de datos demográficos, consumo de sustancias en el último mes (cantidad diaria, días de consumo al mes; en el caso del alcohol se consideró tragos al día y días de consumo de más de 4 tragos, considerando la norma chilena, en que un trago son 15 ml o 12 gr de alcohol puro (16)), y la recomendación de 60 ml como límite de alto riesgo propuesta por la OMS (17)), sustancia de consumo principal y secundaria, percepción del grado de control de la adicción, salud física, clima familiar, trabajo y finanzas, conductas disruptivas (como vender enseres personales para comprar drogas o alcohol, robo, etc.), problemas legales en el último año y últimos 6 meses, salud mental y autoestima (se aplicó un escalímetro tipo Guttman). Algunos de estos instrumentos ya habían sido aplicados en Chile en una evaluación de resultados de comunidades terapéuticas (18). Finalmente, cada uno de estos ítem (salvo el consumo y la autoestima) se resumió en una nota (de 1 a 7) que expresaba el grado de bienestar y adecuación que observaba el sujeto en cada uno de ellos, respondiendo a la pregunta: "¿Qué nota se pondría?". La nota del sujeto se promedió con una nota similar que colocaba el entrevistador y que medía su propia percepción acerca del grado de disfuncionalidad que tenía el ítem en el sujeto. Con este procedimiento se pretendía equiparar la evaluación subjetiva y objetiva de la conducta y estado del sujeto, obteniendo por este método 6 notas más el puntaje de autoestima (de 0 a 44 puntos), y las cifras de consumo. A ellas se agregó una nota promedio de los 6 ítem considerados. Al cabo del año desde el ingreso, los sujetos fueron contactados ya sea por teléfono o personalmente y se les aplicó nuevamente el mismo instrumento, considerando que la entrevista telefónica es un método suficientemente confiable de registro (19, 20-22). Fueron eliminados del estudio aquellos pacientes que obtuvieron un alto puntaje de problemas de salud mental al ingreso, y que luego fueron diagnosticados por psiquiatra, iniciando en ese caso un tratamiento específico. También fueron eliminados sujetos que en el curso del año habían asistido a un tratamiento en cualquier institución, o que habían reingresado al programa PADEA después de un abandono de 90 días.

Los datos fueron sometidos a análisis con el programa SPSS, utilizando la prueba *t* de Student para valores aislados y pareados, o la U de Mann-Whitney cuando correspondía.

RESULTADOS

La edad media de los sujetos fue de 31,2 años en el grupo de tratamiento incompleto (grupo I), y de 36,5

años entre los que sí lo completaron (grupo C). Hubo 5 mujeres en el grupo I y 3 en el grupo C. La escolaridad fue de menos de 9 años en 9 sujetos, entre 9 y 12 años en 29 sujetos y más de 12 años en 11 sujetos. Los sujetos declararon al alcohol como problema principal en 22 casos, a la pasta base de cocaína (PBC) en 20 casos, a la cocaína en 7 casos y sólo un sujeto declaró a la marihuana como problema principal. No hubo sujetos que declararan al tabaco como problema principal. Treinta y nueve sujetos (78,9%) no habían estado nunca en rehabilitación. Los 11 restantes habían tenido una media de 1,3 tratamientos previos. En ninguna de estas características hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

En el consumo, no hubo diferencias significativas al ingreso en ninguna de las variables entre ambos grupos. Los sujetos consumían una media de 13,7 tragos de alcohol al día durante 9,9 días al mes, con 8,9 días de consumo mayor a 4 tragos, una media de 4,1 papelillos de PBC diarios por 8,7 días al mes, 0,6 gramos de cocaína diarios por 4,1 días al mes, 0,6 pitos de marihuana diarios por 6,4 días al mes y 10,2 cigarrillos diarios por 24,2 días al mes. La única diferencia que marcó una tendencia (que sin embargo no fue estadísticamente significativa) es el consumo diario de alcohol, que tiende a ser mayor (16,8 tragos/día) en el grupo de tratamiento completo, que en el grupo de tratamiento incompleto (10,6 tragos/día). Consideramos, por lo tanto, que los grupos eran homogéneos.

En cuanto a la participación en el programa del PADEA, los sujetos del grupo I tuvieron un promedio de 2,7 intervenciones individuales (entrevista inicial, motivación y en ocasiones un examen médico general) y 0,33 sesiones de grupo de acogida, pero no tuvieron ninguna sesión del grupo terapéutico, por lo que fueron considerados sujetos no tratados. En cambio los sujetos del grupo C tuvieron un promedio de 4,8 intervenciones individuales, 2,2 sesiones de grupo de acogida y 7,7 sesiones de grupo terapéutico. Estas diferencias sí son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Los resultados de la evaluación a los 12 meses en relación al consumo son mejores para el grupo que completó el tratamiento, como puede verse en la Tabla 1. Los sujetos del grupo C consumen significativamente menos alcohol, durante menos días al mes, con menos crisis de ingestión de más de 4 tragos. Estas diferencias resultaron significativas ($p < 0,05$). También consumen menos PBC, menos cocaína, menos marihuana, por menos días al mes, aunque en este caso las diferencias no son significativas. El tabaco mostró un consumo prácticamente idéntico en ambos grupos.

Tabla 1
CONSUMO FINAL SEGÚN REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

	Tratamiento		Diferencia de medias
	Incompleto N = 24	Completo N = 26	
Tragos al día	6,92	2,85	4,07*
Días al mes	5,79	2,85	2,95*
Días + 4 tragos	4,00	1,96	2,04 ^a
PBC pp/día	2,42	1,19	1,22
PBC días/mes	3,50	1,23	2,27
Cocaína gr/día	0,25	0,02	0,23
Cocaína días/mes	0,58	0,19	0,39
Marihuana pt/día	0,38	0,14	0,24
Marihuana días/mes	1,42	1,42	-0,006
Tabaco cig/día	8,83	8,92	-0,09
Tabaco días/mes	18,25	24,0	-5,75 ^a

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

^a = no significativo pero marca tendencia

Así mismo, las notas que evalúan gravedad al año (Tabla 2) son todas mejores para el grupo C que para el grupo I, salvo para "Salud física", que resultó prácticamente idéntico en ambos grupos. Pese a estas diferencias que favorecen al grupo C, sólo alcanzaron significación estadística las notas de capacidad de control del consumo y autoestima.

Tabla 2
GRAVEDAD FINAL SEGÚN REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

	Tratamiento		Diferencia de medias
	Incompleto N = 24	Completo N = 26	
Control consumo	4,22	5,65	-1,43**
Salud física	5,55	5,50	0,05
Familia	4,95	5,48	-0,53
Escuela	5,75	-	-
Trabajo	4,95	5,03	-0,08
Conducta	5,82	6,12	-0,50
Problemas legales	6,44	6,57	-0,13
Salud mental	4,99	5,35	-0,36
Promedio	5,26	5,67	-0,41
Autoestima	27,75	34,38	-6,63*

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

^a = no significativo pero marca tendencia

Tabla 3
CONSUMO INICIAL VS. CONSUMO FINAL. MUESTRAS RELACIONADAS

Par	Tratamiento incompleto N = 24			Tratamiento completo N = 26		
	Media		Diferencia de medias	Media		Diferencia de medias
	Inicial	Final		Inicial	Final	
Par 1. Tragos al día	10,63	6,92	3,71*	16,77	2,85	13,92**
Par 2. Días al mes	8,83	5,79	3,04	11,15	2,85	8,31**
Par 3. Días + 4 tragos	7,57	4,00	3,57*	10,19	1,96	8,23**
Par 4. PBC pp/día	5,50	2,42	3,08	2,77	1,19	1,58
Par 5. PBC días/mes	11,38	3,50	7,88**	5,96	1,23	4,73*
Par 6. Cocaína gr/día	0,60	0,25	0,35	0,65	0,19	0,64 ^a
Par 7. Cocaína días/mes	2,63	0,58	2,94	5,54	0,19	5,35*
Par 8. Marihuana pt/día	0,50	0,38	0,125	0,74	0,14	0,60 ^a
Par 9. Marihuana días/mes	7,00	1,41	5,58*	5,73	1,42	4,31*
Par 10. Tabaco cig/día	8,79	9,83	-0,04	11,58	8,92	2,65 ^a
Par 11. Tabaco días/mes	22,71	18,25	4,46	25,65	24,00	1,65

* = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$ ^a = no significativo pero marca tendencia

Por otro lado, la prueba de muestras relacionadas (Tablas 3 y 4) mostró que, al comparar dentro de cada grupo los valores de inicio y final, ambos grupos habían mejorado significativamente casi todos los parámetros, tanto de consumo como de gravedad. Sin duda alguna, el cambio es mayor para el grupo C, pero en todos los parámetros estudiados el grupo I muestra también una significativa mejoría, siendo en este grupo más marcada en la cantidad de tragos de alcohol/día, en la cantidad de días de consumo excesivo de alcohol (más

de 4 tragos), y en la cantidad de días de consumo de PBC y marihuana. No hubo cambios significativos en el consumo de tabaco en ningún grupo. En cuanto a la medición de gravedad en los diferentes parámetros, los dos grupos tienen cambios positivos: tanto en percepción de la capacidad de control, salud física, clima familiar, trabajo, problemas de conducta, problemas legales, salud mental y autoestima, aunque la diferencia siempre tiende a ser mayor en el grupo que completó el tratamiento.

Tabla 4
GRAVEDAD INICIAL VS. GRAVEDAD FINAL. MUESTRAS RELACIONADAS

Par	Tratamiento incompleto N = 24			Tratamiento completo N = 26		
	Media		Diferencia de medias	Media		Diferencia de medias
	Inicial	Final		Inicial	Final	
Par 1. Control	2,46	4,22	-1,76**	2,95	5,65	-2,70**
Par 2. Salud física	4,88	5,55	-0,67*	4,44	5,50	-1,06**
Par 3. Familia	3,88	4,95	-1,08**	4,32	5,58	-1,26**
Par 4. Trabajo	3,89	4,95	-1,06*	4,44	5,22	-0,78
Par 5. Conducta	2,59	5,62	-3,03**	3,62	6,12	-2,50**
Par 6. Legales	5,42	6,44	-1,02*	4,85	6,57	-1,71**
Par 7. Salud mental	3,50	4,99	-1,49**	4,07	5,67	-1,60**
Par 8. Promedio	3,79	4,99	-1,20**	4,07	5,67	-1,60**
Par 9. Autoestima	23,42	27,75	-4,33**	27,58	34,38	-6,81**

* = $p < 0,05$ ** = $p < 0,01$

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que el grupo tratado alcanzó una mejoría significativamente mayor que aquella del grupo no tratado, un resultado concordante con diversos estudios (15, 23-26).

Esto parece sugerir que el programa del PADEA es relativamente exitoso en su objetivo. Se registraron cambios favorables en todos los parámetros evaluados del grupo tratado y éstos fueron mayores que en el grupo que abandonó el Programa precozmente. Es interesante notar que los mayores cambios, junto a la disminución en el consumo, ocurren en la autoestima de los sujetos.

Estos resultados tienen que ser observados con una natural cautela. En primer lugar el número de sujetos es bajo ($N = 50$), el diseño del estudio fue no probabilístico, y no fue calculado el tamaño de efecto, lo que dificulta su extrapolación a la población que consulta. Por otro lado se seleccionaron sujetos sin comorbilidad psiquiátrica, lo que podría indicar que estos sujetos son menos graves y más proclives a una mejoría espontánea. Sin embargo, no por eso estos sujetos sin comorbilidad psiquiátrica son menos adictos dados los bajos puntajes basales de control del consumo, de adecuación social, conductas disruptivas, familia, trabajo, etc. También se descartaron sujetos que habiendo abandonado el tratamiento, consultaron nuevamente dentro de un plazo de 90 días. Esta condición, que pudiera interpretarse como un sesgo, fue considerada un requisito para probar el efecto de un ciclo de rehabilitación, eliminando así el posible efecto de sumatoria de ciclos dentro del año.

Tampoco sabemos nada acerca del grado de motivación que tenían los sujetos que se acercaron a buscar tratamiento, ni sobre la cantidad y calidad de las respuestas de afrontamiento ('coping skills') que tenían previamente, ni sobre la confianza en sus propias acciones ('self-efficacy'), ni sobre sus compromisos para cambiar. Además los pacientes que abandonaron el programa en sus inicios es cierto que no realizaron ninguna sesión de terapia estructurada, pero fueron acogidos y recibieron en promedio 3 intervenciones, una de ellas una entrevista motivacional, lo que sí podría tener una gran incidencia en el resultado. Se ha demostrado la eficacia que tiene la entrevista motivacional aún con intervenciones muy breves (27). De cualquier modo, los resultados refuerzan la hipótesis de un "período crítico", y están en línea con los trabajos sobre el modo de iniciación de los cambios hacia la salud (26).

Una diversidad de autores sugiere que el cambio terapéutico en rehabilitación de adictos podría deberse a una variedad de factores: existencia de un "período crítico" en el cual los pacientes están mejor dispuestos al cambio (26), autoselección y motivación (28) o la motivación por sí misma (29), el compromiso previo con la abstinencia y con evitación de situaciones de riesgo (30, 31), madurez etaria y oportunidades de trabajo (18) y otros cambios con la edad (32-34), lo que obliga a pensar incluso que el cambio simplemente no se deba al tratamiento (28, 31). Hay estudios con un buen diseño metodológico que muestran que es la alianza terapéutica y no el uso de técnicas específicas la que determina un aumento de la autoeficacia y mejoría de los trastornos del consumo de sustancias (35, 36). Es posible que estos factores inespecíficos sean decisivos en la rehabilitación de adictos, y sería razonable encontrar un método que permitiera utilizarlos de modo más efectivo. Queda abierta siempre esta hipótesis que debería probarse con un diseño de investigación que tuviera un grupo control de adictos sometido a una condición únicamente de evaluación, sin siquiera una oferta de tratamiento o lista de espera.

Estos resultados muestran en general que una terapia cognitivo-conductual tiene efectividad en el control de una adicción, y que es una elección posible en el diseño de programas de rehabilitación. Pero debe tenerse en cuenta que, por una parte, los pacientes muestran recursos personales y, por otra parte, que existen factores inespecíficos de la terapia que parecen tener una incidencia importante en el resultado.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a los alumnos de medicina de la U. de Chile Srs. Andrés Castro, Sergio Álvarez, Norman Agurto, Ángelo Canales y Rodrigo Capora que participaron en la aplicación de los instrumentos y la recolección de la información; al Sr. Carlos Núñez del Departamento de Psiquiatría Sur por su apoyo metodológico, y a todo el personal del PADEA, en especial al sacerdote Sergio Naser, por su decidido apoyo al desarrollo del proyecto del Programa de Rehabilitación y a la investigación misma.

Declaración de conflicto de intereses

Ningún conflicto por declarar.

REFERENCIAS

1. Mahaluf J, Díaz B, Schmidt E. Conciencia de enfermedad y abstinencia absoluta en un grupo de alcohólicos en rehabilitación. *Rev Psiquiatría Clínica* 1985; 32: 65-73
2. Aravena R, Jacob M, Raffo S, Sagaceta A, Guerrero V. Evaluación: Programa de prevención secundaria y terciaria del alcoholismo en el nivel primario de atención de salud. *Cuad Méd Soc* 1986; 27: 74-81
3. Ministerio de Salud. Universidad de Chile. *Segundo Congreso Nacional de Alcoholismo*. Santiago, 1986
4. Pérez M, Quiroga P, Vargas R. Tratamiento antialcohólico en el Servicio de Psiquiatría de Concepción: descripción y evaluación de un año. *Cuad Méd Soc* 1987; 37: 154-159
5. Ivanovic-Zunic F, Salfate S, Véliz S, Espejo C, Ríos H, Latournerie M. Estudio descriptivo y factores pronósticos del alcoholismo en la comuna de Peñaflo. *Rev Psiquiatría* 1987; 4: 207-216
6. Bustamante E, Jara C. Motivaciones de tratamiento antialcohólico y de mantención de abstinencia en pacientes tratados en la posta antialcohólica del Hospital Psiquiátrico. *Bol Hosp SJ de Dios* 1988; 35: 279-282
7. Muñoz M, Navarrete A, Opazo D. Egresos por alcoholismo en Concepción: 25 años de evolución. *Rev Psiquiatría* 1992; 3-4: 1187-92
8. Miller P, García R, Véliz F. Centro de recuperados alcohólicos. *Boletín Hospital Viña del Mar* 1992; 48: 7-11
9. Thomas E, Alvarado L, Aracena L, Ramírez S, Rojas A. Factores que inciden en la incorporación a tratamiento antialcohólico y mantención de la abstinencia en afiliados a instituciones rehabilitadoras. *Cuad Méd Soc* 1993; 34: 56-62
10. Thomas E, Alvarado L, Rojas A, Aracena L. Características predictivas coadyuvantes a la rehabilitación integral del enfermo alcohólico. *Cuad Med Soc* 1996; 37: 89-95
11. Bunout D, De la Maza P, Hirsch S, Petermann M, Godoy C, Pérez C. Resultados a dos años de un programa de rehabilitación de enfermos alcohólicos. *Rev Med Chile* 1997; 125: 311-316
12. Florenzano R. Evaluación de métodos de tratamiento del alcoholismo: consideraciones metodológicas. *Cuad Méd Soc* 1984; 25: 49-55
13. Pérez J, Raffo S, Fresno C, Narváez V. Estudio prospectivo a dos años de pacientes consumidores de pasta base de cocaína. *Rev Psiquiatría* 2000; 17: 167-172
14. Marlatt GA. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* 1996; 91(Suppl.): 37-39
15. Longabaugh R, Morgenstern J. Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence. *Alcohol research and health* 1999; 23: 78-85
16. Ministerio de Salud. *Normas técnicas y programáticas en beber problema*. Publicación de Salud Mental 2. Santiago, 1993
17. World Health Organization. *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva WHO, 2000
18. Egenau P, Villatoro P. *Evaluación de las Comunidades Terapéuticas*. Área de riesgo social. Hogar de Cristo, Santiago, 2000
19. Alemagno SA, Cochran D, Feucht T, Stephens R, et al. Assessing substance abuse treatment needs among the homeless: a telephone-based interactive voice response system. *Am J Public Health* 1996; 86(11): 1626-28
20. Simpson TL, Kivlahan DR, Bush KR, McFall ME. Telephone self-monitoring among alcohol use disorder patients in early recovery: a randomized study of feasibility and measurement reactivity. *Drug Alcohol Depend* 2005; 79(2): 241-50
21. Gruenewald PJ, Johnson FW. The stability and reliability of self-reported drinking measures. *J Stud Alcohol* 2006; 67(5): 738-45
22. Grant KA, Arciniega LT, Tonigan JS, Miller WS, Meyers RJ. Are re-constructed self-reports of drinking reliables? *Addiction* 1997; 92: 601-606
23. Finney JW, Monahan SC. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *J Stud Alcohol* 1996; 57: 229-243 (eficacia del tto)
24. Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, et al. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 493-502
25. Morgenstern J, Longabaugh R. Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction* 2000; 95: 1475-1490
26. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71: 118-128
27. Vasilaki E, Hosier S, Cox W. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol&Alcoholism* 2006; 41: 328-35
28. Cutler RB, Fishbain DA. Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *BMC Public Health* 2005; 5: 75. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/75>. Consultado el 15 de enero de 2006
29. Ball SA, Todd M, Tennen H, Armeli S, et al. Brief motivational enhancement and coping skills interventions for heavy drinking. *Addictive Behaviors* 2007; 32: 1105-1118
30. Morgenstern J, Frey RM, McCrady BS, Labouvie E, Neighbors CJ. Examining mediators of change in traditional chemical dependency treatment. *J Stud. Alcohol* 1996; 57: 53-64
31. Morgenstern J, Bux D, Labouvie E, Blanchard K, Morgan T. Examining mechanisms of action in 12-step treatment: the role of 12-step cognitions. *J Stud Alcohol* 2002; 63: 665-72
32. Schutte KK, Byrne FF, Brennan PL, Moos RH. Successful remission of late life drinking problems: a 10-year follow-up. *J Studies Alcohol* 2001; 62: 322-34
33. Satre DD, Mertens JR, Areán PA, Weisner C. Five-year alcohol and drug treatment outcome of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program. *Addiction* 2004; 99: 1286-97
34. Brown S. Measuring youth outcomes from alcohol and drug treatment. *Addiction* 2004; 99(suppl. 2): 38-46
35. Ilgen M, Tiet Q, Finney J, Moos R. Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes. *J Stud Alcohol* 2006; 67: 465-72
36. Frank J. Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias. En: Mahoney M, Freeman A (Eds.) *Cognición y psicoterapia*. Paidós, Barcelona, Buenos Aires, 1988

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

