



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE
PSIQUIATRÍA
UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 6, VOLUMEN 6, Nº 1 MARZO DE 2010

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 "Dr. José Horwitz", Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador, Santiago. Se ha desempeñado como encargada de Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (1991-1995). Actualmente es Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, donde realiza docencia de postgrado y pregrado. Directora del Curso oficial de Psiquiatría de Escuela de Postgrado. Directora del Curso de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental, entre otros. Investigación y publicaciones se han centrado en estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, Discapacidad de causa Psíquica, Evaluaciones de impacto de programas nacionales FONADIS y Esquizofrenia MINSAL, Trauma infantil y su impacto en psicopatología del adulto; Subjetividad de los médicos en tiempos de cambio.



CLAUDIA ALMONTE KONCILJA

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



FÉLIX BACIGALUPO I.

Médico Psiquiatra, Académico Universidad de Los Andes.



MARÍA LUZ BASCUÑÁN RODRÍGUEZ

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



ALBERTO BOTTO VALLE

Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta de la Universidad de Chile. Postítulo en Psicoterapia Psicoanalítica Focal de la Corporación Psicoterapéutica Salvador/Universidad de Chile. Diplomado en Psicopatología Clínica (mención adolescencia y violencia) del Instituto 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 "Dr. 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 Terapia 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-ZUIVIC R.

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

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

de Chile.

Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesor Escuela de Psicología Universidad La República.



ENRIQUE JADRESIC

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

de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), y representante de SONEPSYN ante la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). En la Clínica Psiquiátrica Universitaria fue Jefe de la Unidad de Hospitalización de Mujeres y Subdirector Clínico, y como representante de la psiquiatría y la salud mental, fue miembro de los Grupos de Estudio de Medicina del Fondo Nacional para el Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT). Autor y/o 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 Psicanálisis da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre* y del Consejo Editorial de la *Revista Brasileira de Psicoterapia* del Centro de Estudios Luis Guedes. Numerosas publicaciones en revistas nacionales e internacionales dirigidas a la investigación de diversos aspectos del proceso analítico, desarrollos del concepto de transferencia, la bilógica de Matte Blanco, la relación entre realidad externa e interna, entre otros temas.



MARIANE KRAUSE

Mariane Krause realizó sus estudios de pregrado en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se doctoró en el Departamento de Psicología Clínica y Comunitaria del Instituto

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



JUAN FRANCISCO LABRA JELDRES

Médico Cirujano U. de Chile.
Médico Psiquiatra U. de Chile.
Profesor Asistente Fac. de Medicina U. de Chile.
Formación en Administración de RR.HH. en

Salud en PIAS.

Formación en Bioética en U. de Chile.

Formación en Terapia Conductual Dialéctica con Marsha Linehan en USA.

Subdirector Departamento de Psiquiatría Oriente de la Facultad de Medicina U. de Chile.

Socio de SONEPSYN.



JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO

Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes.
Jefe Unidad Adolescencia Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar.
Miembro SOPNIA.

Fellow of International Society of Affective Disorders (ISAD).

Membership of International Society of Bipolar Disorders (ISBD).

Co-coordinador de la Sección Psiquiátrica Infanto-Juvenil de APAL.



ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI

Formado como psiquiatra en el Servicio Nacional de Salud y Universidad de Chile, y en la University of Ottawa, de Canadá. Certificado como psiquiatra por el Royal College of Physician and Surgeon of Canada.

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



CÉSAR OJEDA

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

Universidad Católica de Chile. Subdirector y Director de la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 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 drpolivos.googlepages.com

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



GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL

Médica Cirujana. Universidad de Chile. 1979-1985. Especialidad Beca Primaria Ministerial en Psiquiatría de Adultos, Universidad de Chile 1986-1989. Certificado de Especialista otorgado por la Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1990. Certificado de Especialista acreditado por CONACEM. Título profesional de especialista en Psiquiatría de Adultos, Universidad de Chile 1996. Profesora asistente, Departamento de Psiquiatría y salud mental, Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de

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

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

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

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

Miembro de la Cognitive Neuroscience Society.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.



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.

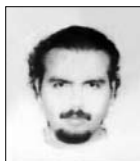


GRACIELA ROJAS

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



LUIS TAPIA VILLANUEVA

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

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

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

Miembro de la Society for Psychotherapy Research.

Miembro de la International Society for Humor Studies.

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



BENJAMÍN VICENTE

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

Jefe Servicio Psiquiatría Hospital Guillermo Grant Benavente, de Concepción.

Bachiller en Filosofía (Universidad de Concepción).

Médico Cirujano (Universidad de Chile).

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

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



MARIO VIDAL CLIMENT

Estudios en Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Título: médico-cirujano, marzo de 1952.

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

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

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

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

Libros publicados:

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

“Temas de Psiquiatría”. Edit. Lom 1999.

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



HERNÁN VILLARINO HERRERÍA

Médico-Psiquiatra (Universidad Complutense de Madrid). Magister en Filosofía (UAH). Master en Bioética (Institut Borja-UDD). Diplomado en Teología (UAH). Autor de diversos artículos de psiquiatría y filosofía,

y de los libros *Medicina y Humanidades* (UDP 2005), y *Karl Jaspers: La comunicación como fundamento de la condición humana* (Mediterráneo 2008). Ejerce como psiquiatra clínico en el Servicio de Psiquiatría del CABL, y es Profesor Asistente de Bioética en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Campus Sur).

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

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

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

ÍNDICE

10 EDITORIAL

- 10 LA PSICOTERAPIA: ¿UNIDAD EN LA MULTIPLICIDAD?
César Ojeda

14 RESONANCIAS NUCLEARES

18 ACADÉMICAS

21 COMENTARIO DE LIBROS

- 21 UN CAMINO RECORRIDO: DEL ANÁLISIS BIOENERGÉTICO A LA PSICOTERAPIA CORPORAL ANALÍTICA
ANALYTISCHE KÖRPERPSYCHOTHERAPIE: EINE BESTANDSAUFNAHME
Autor: Peter Geissler
Editorial: Psychosozial-Verlag, Giessen, 2009
Comentarista: *André Sassenfeld*

24 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

29 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

- 29 FELIPE LECANNELIER. LA NUEVA CIENCIA DE LOS BEBÉS: APEGO E INTERSUBJETIVIDAD

38 ENSAYO

- 38 VENTANAS DE OPORTUNIDAD Y CAPACIDAD DE ESTABLECER VÍNCULO AFECTIVO EN NIÑOS FERALES V/S NIÑOS ABANDONADOS EN INSTITUCIONES
Anneliese Dörr, Cecilia Banz
- 46 PATOGRAFÍA DE UN PERSONAJE DE FICCIÓN: ANÁLISIS SEMIOLÓGICO DEL DELIRIO DEL QUIJOTE
Sergio Peña y Lillo

51 INTEGRACIÓN TEÓRICA

- 51 FUNDAMENTOS DE LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN LA PSICOTERAPIA CORPORAL RELACIONAL
André Sassenfeld

63 COMPRENSIÓN PSICONEUROTERAPÉUTICA

- 63 UNA APROXIMACIÓN ADAPTATIVO-EVOLUTIVA A LAS ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL (O.S.P.) DE VITTORIO GUIDANO: NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA PSICOTERAPIA POST-RACIONALISTA
Bernardo Nardi, Cesario Bellantuono, Andrés Moltedo

71 TEORÍA

- 71 SUFRIMIENTO, LENGUAJE Y SU MÁS ALLÁ: APROXIMACIONES PSICOANALÍTICAS
Niklas Bornhauser

79 REVISIÓN

- 79 UN NUEVO CONCEPTO PARA LA COMPRENSIÓN E INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA: MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA
Marcelo Cárcamo, Laura Moncada

92 INVESTIGACIÓN

- 92 ESTUDIO DESCRIPTIVO EXPLORATORIO DE LA CO-TERAPIA
Gino Ravera, Germán Morales, Adriana Pedrals, Constanza Recart, Lilian Tuane
- 98 EL SONIDO DE LA PSICOTERAPIA: VISIÓN GENERAL DE UNA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
Alemka Tomicic, Claudio Martínez, Susanne Bauer, Alejandro Reinoso, Marco Guzmán, Luis Diego Chacón

LA PSICOTERAPIA: ¿UNIDAD EN LA MULTIPLICIDAD?



Es imposible dejar de impresionarse por la cantidad de formas de psicoterapia que ostentan un nombre propio. Ya en 1986 Kazdin identificaba 400 tipos diferentes¹. Desde entonces, con seguridad la lista podría ampliarse. En inglés hay sólo cinco letras del alfabeto que no representan el inicio de un nombre psicoterapéutico: la K, la Q, la X, la Y y la Z. Tal vez, si actualizamos la búsqueda, pueden haber aparecido las King Therapy, la Queen Therapy, la Zen Therapy, y otras (ver recuadro final). Se tiende a pensar que todas esas formas derivan de unos pocos troncos fundamentales y, por lo mismo, cabría organizarlas de acuerdo a este origen. Sin embargo, los creadores de psicoterapia parecen desear lo contrario: no ser reducidos a formas tradicionales y tener un nivel esencial de originalidad. Lo sorprendente es que, sin necesidad de establecer algún tipo de clasificación, las psicoterapias presentan un orden natural, a condición de considerar que cada modelo de ellas es un *nodo*, y que cada

adhesión a un nodo por parte de un terapeuta es un *"link"* (enlace). Entonces podemos considerar a la psicoterapia como una red, pues el material de las redes son nodos y links. Y, ¿qué podemos decir acerca de la adhesión de los terapeutas a determinados modelos? Pareciera que *muy pocas formas de psicoterapia tienen la mayor parte de las adhesiones, y muchas tienen muy pocas*. Por ejemplo la "psicoterapia sensorio-motora" o la psicoterapia "Hakomi" seguramente tienen mucho menos adherentes que las formas de psicoterapia más conocidas, como las de orientación analítica o cognitivo-conductual. Esta distribución de "pocos tienen mucho" y "muchos tienen poco" se conoce con el nombre de *"power law"* (ley de poder) y rige a los sitios web, pero también a la distribución del ingreso de los países, a las redes aéreas, económicas, metabólicas, ecológicas y sociales, por citar tan sólo unos pocos casos.

Luego, la psicoterapia –entendida como red– está lejos de ser un caos, es decir, lejos de ser un montón de sistemas inconexos. Tiene un orden, el de *power law* y, por lo mismo, podemos hacernos preguntas acerca de ese orden.

¹ En: Roth Anthony y Fonagy Peter. *What Works for Whom?* The Guilford Press, New York, 1996.

EL CRECIMIENTO

Como señalamos en otra oportunidad², el físico Albert-László Barabási publicó en octubre de 1999 en la revista *Science* un artículo titulado "Emergence of Scaling in Random Networks", en el cual presenta el fenómeno de *autoorganización* de las redes complejas y que va más allá de las particularidades de los sistemas individuales que las componen. Si los modelos psicoterapéuticos y sus adherentes forman un entramado que sigue una distribución *power law*, eso es posible porque, al igual que todas las redes que siguen esa ley, *está en permanente crecimiento*. En términos absolutos, hay cada vez más psicoterapeutas en el mundo y cada vez más modelos de psicoterapia. La expansión continua es un mecanismo genérico para esa autoorganización, pero que no opera sino en consonancia con otro: los nuevos links que ingresan a la red *se adhieren preferentemente a los nodos que ya poseen muchas conexiones*. Esto ha sido denominado el principio de "*rich get richer*". Es decir, los terapeutas nuevos tenderán a adscribirse a modelos que sean conocidos y que tengan gran cantidad de adherentes. Un ejemplo análogo y evidente de lo dicho es lo que ocurre en el ámbito editorial: un nuevo artículo de psicoterapia tiene mayor probabilidad de citar artículos famosos y conocidos (por lo tanto muy citados) que artículos menos conocidos. A este fenómeno se le ha llamado también "conectividad preferencial". Así, *crecimiento y conectividad preferencial* son comunes a las redes de los sistemas complejos que adquieren la distribución *power law*³.

MODELO Y VERDAD

A la capacidad de un nodo para generar adhesiones, podemos llamarla *fitness* (aptitud), la que es distinta en las distintas formas de psicoterapia: como ya señalamos, muy pocas formas concentran la mayor cantidad de links. La probabilidad de que los modelos que están situados más allá del número veinte tengan nuevos adherentes es muy baja.

Pero, ¿qué tiene ver la adhesión de los terapeutas a un modelo con la "verdad" de él? Podemos responder esta pregunta a través de un simple modelo: las terapias psicoanalíticas no podrían sostenerse sin postular un inconsciente dinámico. Por su parte, las terapias

conductual-cognitivas no pueden postular ese mismo inconsciente dinámico y sostenerse como tales. La consecuencia de esto es que, aplicando el venerable principio lógico del tercero excluido, no es posible que el inconsciente dinámico exista y no exista (como verdad) al mismo tiempo. Si existe como verdad, las terapias conductual-cognitivas serían teóricamente falsas y, si no existe, las terapias psicoanalíticas serían entonces teóricamente falsas. El punto es que ambas operan perfectamente bien con "verdades" incompatibles y, en muchos sentidos, contradictorias. Naturalmente estamos usando el concepto de verdad como postulado y de manera muy general sin entrar en mayores complejidades. Sin embargo creemos que el lector comprende lo que sostenemos: que la "verdad postulada" de un modelo de psicoterapia no parece relevante para el *fitness* de él. Perfectamente bien, con algún criterio explícito de "verdad", podríamos concluir que es más verdadero el modelo número 317, que el número 2, aunque el modelo 317 tenga un solo adherente: su creador.

LA PARADOJA DE LA "EQUIVALENCIA"

Lo dicho generó innumerables disputas por muchos años. Sin embargo, la eficacia absoluta de la psicoterapia (respecto del no-tratamiento) está hoy sólidamente documentada. El punto en discusión es acerca de qué aspecto de ella pudiese explicar ese resultado. Como es de sobra conocido, la eficacia relativa (entre distintas formas de psicoterapia), después de muchos esfuerzos empíricos de evaluación, ha concluido en el conocido efecto Dodo, también llamado "la paradoja de la equivalencia", es decir, la comprobación de que todas las formas de psicoterapia evaluadas, *grosso modo*, son igualmente eficaces. Como consecuencia, la controversia entre múltiples y diferentes modelos de psicoterapia ha cedido lugar a una ampliación del campo conceptual, para dar cabida a dos "meta-modelos" conocidos como "modelo médico" y "modelo contextual", que –por así decirlo– cortan a los modelos específicos transversalmente. El modelo médico postula que la acción psicoterapéutica es eficaz porque contiene ingredientes técnicos específicos y consistentes con la teoría, que actúan selectivamente sobre aspectos psicopatológicos también específicos, del mismo modo en que un hipoglucemiante actúa específicamente sobre, por ejemplo, los receptores a insulina, en pacientes con diabetes tipo II. La predicción de este modelo es que la adherencia del terapeuta a esas especificaciones técnicas tiene como consecuencia una mayor eficacia en el resultado del tratamiento, respecto de la no-adherencia a ellas, del mismo modo en que la administración de un activador de los receptores a insulina tiene mayor eficacia en la

² Para una ampliación de este tema ver Ojeda C. (2005) Modelos, Teoría y Psicoterapia. Rev GPU: 1, 1, 102-107.

³ Posteriormente, en 2002, Barabási publicó un hermoso libro en el que amplía todos estos conceptos: Barabási A-L. *Linked*. Ed. Plume, New York, 2002.

estabilización del metabolismo de los hidratos de carbono respecto de no administrarlo. Es decir, la predicción señala que el buen resultado terapéutico dependerá de *poner en contacto una técnica tipificada con una clase de trastorno, también tipificado*. La persona del terapeuta y la persona del paciente intervendrían en el proceso sólo de modo marginal, en la medida que en se supone –y se espera– que, merced a la definición de la clase de trastorno y de la técnica específica, terapeutas adecuadamente entrenados para seguir el proceso y pacientes adecuadamente tipificados sean intercambiables (serialidad).

Después de muchos años de esfuerzo en investigar este modelo en psicoterapia los meta-análisis han tirado del mantel: en vez de validar las hipótesis y predicciones del modelo médico, han validado las hipótesis de contraste para cada uno de los puntos señalados. La eficacia de la psicoterapia depende en un 70% de factores “generales”, y sólo en un 8% de factores técnicos específicos. De este conjunto de resultados empíricos surgió lo que se ha llamado “modelo contextual”⁴.

EL MODELO CONTEXTUAL Y LA PARADOJA DE LA “CREENCIA”

Observando los resultados señalados, ¿cuáles son esos “factores generales” que explican la mayor parte de la varianza positiva (algún grado de mejoría) de los pacientes? Tres fenómenos fundamentales han sido señalados: la “creencia” del terapeuta y el paciente en el modelo de psicoterapia en el que ambos están involucrados, la “consistencia” con él y, finalmente, el complejo emocional y relacional conocido como “alianza terapéutica”. Para que la psicoterapia sea efectiva el paciente y el terapeuta deben *creer* firmemente en el modelo al que adhieren, *ser consistentes* con él y, mediante esa experiencia compartida y ejecutada, generar, más

que un contrato *de trabajo*, un vínculo afectivo condicionado por el encuadre terapéutico.

Dadas la importancia práctica y la modelización e investigación en psicoterapia, la alianza terapéutica y la consistencia han recibido mucha atención en los últimos años, no así el tema de la creencia. ¿En qué creen el paciente y el terapeuta? ¿Por qué utilizar la palabra “creencia” en un campo que se pretende científico? Porque los terapeutas, en algún grado, creen en las narrativas teóricas respecto de la psicoterapia que practican. *Contrario sensu*, es difícil, imaginar un terapeuta que practique una forma de psicoterapia en la que sencillamente no cree. Esta creencia, paradójicamente, es respecto de los factores específicos de esa forma de psicoterapia. Con otras palabras, los factores generales al parecer ocurren como contexto con independencia de cuáles sean los factores específicos en los que el terapeuta y el paciente creen. Si bien estos últimos factores por sí mismos no explican el cambio terapéutico, forman la base, el núcleo de sentido, del que surgen contextualmente los factores generales que sí lo explican. ¿Es entonces indiferente en qué factores específicos se crea? No creo que pueda sostenerse con claridad eso, pero lo que sí podemos decir es que para que la psicoterapia sea exitosa los psicoterapeutas deben creer en algunos.

Cabe preguntarse si los factores contextuales podrían refinarse para aumentar el éxito terapéutico, es decir, transformarlos en factores específicos sin dejar de ser terapéuticamente eficaces. Estoy seguro que muchos de nuestros lectores tienen opiniones formadas sobre este punto. Hasta el momento pienso que la psicoterapia es eficaz porque es contextual, pero ese contexto sólo es posible si existe un texto, es decir, factores específicos verosímiles para el terapeuta y el paciente.

CÉSAR OJEDA

⁴ Wampold, BE. *The Great Psychotherapy Debate*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, New Jersey, London, 2001.

FORMAS DE PSICOTERAPIA POR ORDEN ALFABÉTICO

A

Acceptance and commitment therapy (ACT),
Adlerian therapy Adventure therapy
Analytical psychology
Art therapy
Attack therapy
Attachment-based therapy (children)
Attachment therapy
Attachment-based psychotherapy
Autogenic training

B

Behavior modification
Behavior therapy
Biodynamic psychotherapy
Bioenergetic analysis
Biofeedback
Bionomic psychotherapy
Body psychotherapy
Brief therapy

C

Classical Adlerian psychotherapy
Characteranalytic vegetotherapy
Chess therapy
Child psychotherapy
Client-centered psychotherapy
Co-counselling
Cognitive analytic psychotherapy
Cognitive behavior therapy (CBT)
Coherence therapy
Collaborative therapy
Concentrative movement therapy
Contemplative psychotherapy
Conversational model
Conversion therapy
Core process psychotherapy

D

Dance therapy
Depth psychology
Daseinsanalytic psychotherapy
Developmental Needs Meeting Strategy
(DNMS)
Dialectical behavior therapy (DBT)
Dreamwork
Drama therapy
Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP)

E

Ecological Counseling
Emotion Focused Therapy
Emotional Freedom Techniques (EFT)
Encounter groups
Etiotropic Trauma Management (ETM)
Experiential Therapy
Eye Movement Desensitisation and Reproces-
sing (EMDR)
Existential therapy
Exposure and response prevention
Expressive therapy

F

Family Constellations
Family therapy
Feminist therapy
Functional Analytic Psychotherapy (FAP)

Focusing

Freudian psychotherapy

G

Gestalt therapy
Gestalt Theoretical Psychotherapy
Grinberg Method
Group Analysis
Group therapy
Guided Imagery Therapy

H

Hakomi
Holistic psychotherapy
Holotropic Breathwork
Holding therapy
Humanistic psychology
Human givens psychotherapy
Hypnotherapy

I

Integrative body psychotherapy
Integral psychotherapy
Integrative psychotherapy
Intensive short-term dynamic psychotherapy
Internal Family Systems Model
Internet based psychotherapy
Interpersonal psychoanalysis
Interpersonal psychotherapy

J

Jungian psychotherapy

L

Logotherapy

M

Marriage counseling
Milieu Therapy Mindfulness-based Cognitive
Therapy
Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)
Mentalization based treatment (MBT)
Method of Levels (MOL)
Morita Therapy
Motivational Interviewing
Multimodal Therapy
Multitheoretical Psychotherapy
Music therapy

N

Narrative Therapy
Neuro-linguistic programming (NLP)
Nonviolent Communication

O

Object Relations Psychotherapy
Orgonomy

P

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
Pastoral counseling/therapy
Person-centered (or Client-Centered or
Rogerian) psychotherapy
Personal construct psychology (PCP)
Play therapy
Positive psychology
Postural Integration
Primal therapy

Primal integration

Process Oriented Psychology
Process Psychology
Prolonged Exposure Therapy
Provocative Therapy
Psychodelic psychotherapy
Psychoanalytic psychotherapy
Psychoanalysis
Psychodrama
Psychodynamic psychotherapy
Psychosynthesis
Psychosystems Analysis
Pulsing (bodywork)

R

Radix therapy
Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)
Rational Living Therapy (RLT)
Rebirthing-Breathwork
Recovered Memory Therapy
Re-evaluation Counseling
Reiki
Relationship counseling
Relational-cultural therapy
Relational Empowerment Therapy
Reprogramming
Reality therapy
Rubinfeld Synergy
Reichian psychotherapy
Rolfing

S

Self-relations Psychotherapy or *Sponsorship*
Sensorimotor Psychotherapy
Sexual Identity Therapy
SHEN Therapy
Social therapy
Solution focused brief therapy
Somatic psychology
Sophia analysis
Status dynamic psychotherapy
Symbolic-Experiential Therapy
Systematic desensitization
Systematic Treatment Selection (STS)
Systemic Constellations
Systemic therapy

T

T Groups
Thought Field Therapy
Transactional Analysis (TA)
Transactional Psychotherapy (TP)
Transference Focused Psychotherapy
Transpersonal psychology
Trauma Resolution Therapy (TRT): The Clinical
Component of Etiotropic TMT
Traumatic Incident Reduction
Twelve-step programs

U

Unitive Psychotherapy

V

Vegetotherapy

W

Wilderness therapy

RESONANCIAS NUCLEARES

por Pu-Edser

LA HISTORIA DE FLUYAMA

El 13 de agosto de 1965 en la calle Fillmore en el distritito de la Marina, en San Francisco, California, fue concebido Fluyama, la misma noche que se inauguraba el primer club nocturno folklórico: *The Matrix*. Sonaban en vivo *The Jefferson Airplane* mientras Annabelle de dieciséis años y un marinero japonés fundían Oriente y Occidente en un acto de pasión que daría origen a un niño particular.

La adolescente era hija del jefe de maquinarias del puerto y una vez que el padre supo de su embarazo estuvo a punto de enviarla a Alcatraz. La isla en medio de la bahía californiana habría sido el punto geográfico ideal para el escarmiento, pensaba enojado el ingeniero. Sólo allí podría encarcelar el espíritu libre de su hija y por fin ubicarla y educarla.

Por otra parte, el nipón que engendra: zarpa y se pierde tras el horizonte sin decir agua va. Escribió un par de veces ciertos poemas de amor cortos y sin rima a los que Annabelle respondió con un equivalente en lágrimas. Así ameritaba la situación de abandono figurado. Decidió no contarle la hazaña reproductiva de ambos. No compartiría su hijo con ningún extranjero.

La madre de Annabelle había muerto el año anterior y la niña desde entonces cuidaba del hogar familiar: una casa flotante cerca de Sausalito, donde vivía sola con su padre. El embarazo, sin embargo, precipitó el fin de su vida californiana. El padre la envió a Chile en el primer carguero disponible. No quería cargas ajenas. Ella había escuchado las descripciones del país materno, cargadas de nostalgia y deformaciones. El cerro Santa Lucía era una especie de pequeño Amazonas en el medio de la ciudad; el río Mapocho un futuro Sena navegable; y la Costanera de Viña del Mar el lugar para enamorarse. La recibió en Santiago la única hermana de la madre, quien resultó ser una conservadora, cató-

lica sin hijos, de malas pulgas. Nacido el niño la solidaridad de la tía cayó al piso, se extinguió como estrógeno en menopausia y de muy buenas maneras le solicitó a Annabelle que se fuera de su casa. Pecado y castidad no se llevan, se justificó para sí y su confesor.

El niño resultó ser callado y tranquilo; la madre presentía que los movimientos sosegados de ese cuerpecito eran fruto de cierta sabiduría oriental y eso la ayudó misteriosamente a confiar en sí misma. Annabelle encontró trabajo en un instituto de idiomas haciendo clases de inglés, y con el sueldo pudo pagar una pieza en la casa de una señorona venida a menos que necesitaba arrendar la pieza de atrás de su semi mansión para pagar sus cuentas y seguir siendo señora bien. Por esto, el primer año de vida de Fluyama fue en calma, la casa estaba en la calle Lyon y la señora "ni sentía la guagua". En realidad la joven madre lo llevaba consigo adonde quiera que ella fuera, colgada en una manta atravesada sobre su abdomen.

Al segundo año el niño ya caminaba y era más difícil mantenerlo atado al cuerpo de la madre. Annabelle le pagó a la aseadora del instituto para que lo cuidara mientras ella hacía clases. El niño aprendió a limpiar, ordenar y ya a los tres años reconocía las carpetas de cada uno de los profesores. Eran sus ojos rasgados y su pelo oscuro tan distintos a la madre rubia, que entre los alumnos del instituto se había creado el mito que este niño era un vietnamita adoptado por la norteamericana rescatado de la guerra y traído a vivir a Chile. De orientales no se sabía mucho, como para distinguir las sub-razas.

La secretaria del instituto, por otra parte, le enseñó a leer, apostando con eso que el niño podría estar atento a otra cosa y la dejaría trabajar. En una semana, como quien aprende a regular esfínteres, el niño evacuaba frases de los libros.

El instituto tenía una biblioteca en inglés y Fluyama aprendió a imaginar y pensar en ese idioma. Los libros tenían un olor particular porque la tinta, los papeles y la impresión eran norteamericanos o europeos, muy distintos a los papeles amarillentos del país. Jugaba con ellos, cambiándolos de gavetas, apilándolos por colores, tamaños, peso, tipo de letras, contenidos y hasta editoriales, asunto que

le causaba mucha curiosidad. Se fascinó con el hábito de clasificar. A poco andar su cerebro empezó a clasificarlo todo, sentía que dentro de él había una biblioteca, un fichero de notas, gavetas con literatura clásica, universal, contemporánea, más toda la Enciclopedia Británica. Aunque siempre quedaba algo fuera de la clasificación que usara, esa biblioteca era como tener el mundo, como ser contenido por él en un gran abrazo, siempre a su disposición. Se sentía dichoso en este hogar bibliográfico que la madre, sin proponérselo, le había proporcionado.

Los fines de semana, en cambio, eran muy diferentes. La madre, durante el segundo año de vida de Fluyama, se había unido a un grupo de hippies y compartía una cabaña en Los Dominicos con otras siete personas. Había allí cuatro mujeres más y tres hombres. Uno de ellos se preocupaba del huerto. Tomaba de la mano a Fluyama y lo llevaba a arar con azadón, lo ayudaba a enterrar la horqueta dentro del corazón nutritivo de la tierra; lo hacía esparcir semillas y le enseñaba a liar porros. Los sábados daban el agua y Fluyama se levantaba temprano para poder embarrarse las piernas. Era una fiesta de deltas que terminaban anegando la plantación y el jardín que florecía jubiloso más adelante en el terreno. El hombre del huerto le había hecho unas alpargatas de neumático para que pudiera caminar sin cortarse con alguna piedra afilada o enterrarse alguna astillas de madera, así es que Fluyama podía retozar como cerdito en el barro sin riesgo de accidentes.

La mujer que cuidaba del jardín era suave como un algodón y le enseñaba a reconocer las flores por sus perfumes. Además sabía de las propiedades de sanación de las yerbas. El bailahuén para el hígado, manzanilla para el retorcijón de guata; la menta que es digestiva y la canela que tranquiliza por las noches de luna. Ella, a su vez, lo había aprendido de una machi que los visitaba, cada tanto, para hacer, entre los ocho, el ritual de la Unificación Divina: única ceremonia que aseguraba una convivencia sana y no jerarquizada entre ellos. La comunidad invitaba a las comunidades desde las del Cañón del Maipo, pasando por las de Horcón hasta las del Valle del Elqui: juntos, somos más: tú y yo en la misma energía cósmica,

se decía al comentar la experiencia vivida. Fluyama unía sus manos con todos los asistentes a estos rituales, muy incorporado. Era el encargado de mantener leña cerca del fuego.

Había también un músico en la comunidad, que componía, con su guitarra, canciones de amor y de paz. No a la guerra, no al consumo, sí a la paz, sí a lo natural: premoniciones de ecologistas ya hacían suponer en el planeta descalabros derivados del supuesto antropocentrismo de la especie. Tenía el pelo largo, no se bañaba muy seguido y por eso Fluyama lo evitaba. Prefería las flores. Sus canciones, al principio muy del corte The Beatles, se fueron como diluyendo en acordes con un toque más oriental y progresivo al estilo Led Zeppelin y se le escuchaban cuando estaba de ánimo los acordes de "Going to California" como un tributo a Annabelle... *As the children of the sun began to awake...* se colaban las frases entre los troncos del pequeño conjunto de eucaliptus con el cual la parcela fijaba su límite.

El otro hombre era un escultor. Tomaba trozos de madera y las transformaba en mujeres desnudas, hombres musculosos, enredos de cuerpos, y luego las vendía en Providencia, en el Drugstore.

Las otras dos eran hermanas gemelas y se parecían a la mamá de Fluyama, tenían el pelo largo y rubio, pero más ondulado y vestían pantalones muy anchos de bambula. Estaban siempre festejando lo que hacía el músico, el escultor y el hortelano con aplausos, risas y saltitos.

El 10, 11 y 12 de octubre de 1970 la comunidad organizó un festival hippie en la parcela aledaña. Fluyama tenía ya cuatro años y medio. Annabelle le hacía clases a un ejecutivo del Hipódromo Chile al que le comentó de la iniciativa: podemos hacer un Woodstock chileno, sería un éxito, invitamos a los nuestros: Los Jaivas; Lágrimas Negras; Los Blops; Los Trapos; lo entusiasma: sólo tenemos que publicitarlo y los jóvenes aparecerán. Fueron tres días de desorden desconocido hasta ese entonces en nuestra sociedad: el lugar se llamaba Piedra Roja y así fue nombrado el festival Rock de la época. Fluyama estaba encargado de darles agua a los cantantes, pero llegaron tantos grupos y tantas personas que no pudo cumplir bien su tarea. Durante el sábado, el domingo y el lunes (que

era el feriado por el día de la raza) los jóvenes se dispersaron: en carpas, sin carpas, cantando, durmiendo, abrazados y medio drogados o haciéndose los drogados como ocurre entre nosotros cuando algo está de moda, "si no lo haces, al menos, aparenta hacerlo". Fue tanta la trifulca que el alcalde de Las Condes, un joven aspirante a la política, hijo de ilustres, le pidió a la fuerza pública desalojara el lugar. Cuando llegaron carabineros al terreno, fueron recibidos por grupos de niñas que les regalaron flores y los invitaron a compartir. Carabineros no supo cómo actuar contra las flores. Llamaron por radio al capitán, el que haciéndose presente en el lugar de los hechos, ordenó evacuar el lugar sin violencia. El alcalde quedó tan enojado que interpuso una querrela contra los organizadores y fue el músico de la comunidad quien se presentó como representante legal, pero como su papá era miembro de la Corte Suprema, todo quedó en nada. Mientras tanto, entre dimes y diretes Annabelle se enamoró del joven alcalde. De enemigo pasó a ser su marido. Fernando, quien después lideraría el partido liberal, se enamoró perdidamente de esta profesora no titulada de inglés y la aceptó con "chinito" y todo. Así la madre de Fluyama contrae matrimonio el mismo día que el niño entra a estudiar a un prestigioso colegio inglés pagado por el abuelo postizo.

Pero el niño se aburría en clases. Ya sabía mucho más que sus compañeros. La profesora jefa lo nombró, como una forma de estimularlo, encargado de la cultura de ese primero Básico y lo enviaba seguido a la biblioteca a buscar alguna novedad. Fluyama traería ese primer año: una carta astral que explicaría a sus compañeros con entusiasmo; la carta de navegación que usó Américo Vespucio cuando descubrió América y la ruta de la seda de Marco Polo.

Cuando pasó a segundo básico sus intereses subieron de nivel hacia el espacio. Se interesó por las misiones a la luna. Ese año el Apolo 17 alunizaba en el Mar lunar Tranquillitatis y Serenitatis capitaneado por el célebre Cernan, a esas alturas ya transformado en el ídolo de Fluyama. El niño no se perdía la serie Star Trek y soñaba estar en la *Enterprise* alguna vez en su vida. Al siguiente año todo el país se convulsionó hasta quedar petrificado en un sistema de

orden autoritario; la madre no vio más a sus amigos de la comunidad, unos se fueron del país y las mellizas se hicieron clandestinas hasta que se supo vivían en Suecia (el país).

Durante la Básica el niño vivía en una casa grande en la calle Guardia Vieja, aunque era un barrio prestigioso, sus compañeros lo miraban en menos por lo de sus ojos rasgados y la falta de padre real. Lo visitaba a menudo el abuelo postizo, a quien le caía en gracia este "huacho avisado". Fluyama había empezado a crear una especie de "cúpula del silencio" como la que usaba el "Súper Agente 86" cuando necesitaba hablar con el jefe asuntos complicados de la Guerra Fría. La cúpula, transparente, le permitía ver lo que ocurría en el mundo pero no conectarse completamente con él y así no recibir las agresiones que lo hacían sufrir. Dentro de la cúpula siempre había ideas nuevas, chistes personales y sueños en países lejanos.

A los diez años abandonó el espacio por las pirámides de Egipto y las claves de la piedra Roseta. Ahora sería antropólogo.

En esa época era invitado sólo a algunos cumpleaños por sus compañeros. Las niñas solían ser más compasivas con "El chino"; y le tocó ser varias veces el único varón del cumpleaños feliz.

Fluyama se sacaba las mejores notas, pero no tenía cuadernos, lo que irritaba a las profesoras, quienes con frecuencia mandaban a llamar a la madre para que lo disciplinara. Annabelle, transformada en una reproductora del marido, no le quedaba más que un octavo de su cabeza para pensar en este hijo, puesto que ya había parido siete más y sólo se le ocurrió que sería bueno que estudiara artes marciales. Así el niño entró a una escuela de karate, que le dio las bases de la disciplina mental y corporal que lo acompañarían para siempre.

En su casa, Fluyama tenía una pieza al final del pasillo. Lejos de los hermanos: cuatro mayores hombres y tres pimpollos juguetonas que le desordenaban su colección de figurillas, estatuillas e historietas. Su padre postizo le daba de vez en cuando un cariño en la cabeza y le decía "¿cómo vamos pues hombre?" sin esperar respuesta, pues sus afares políticos lo mantenían alejado de lo doméstico de una familia numerosa y más aún de un chico que no era propio.

Fue en séptimo básico que Fluyama se enamoró con locura. La reemplazante de

la profesora de matemáticas era una jovencita recién recibida que estaría allí por el periodo del postnatal de la oficial. Como todo hombre enamorado se transformó en poeta e inesperadamente sus intereses giraron: aunque ya no letras, sino números, llenaron su cabeza. Para tener preguntas que la impresionaran comenzó a resolver ecuaciones que no estaban en el programa sino dos cursos adelante, seguro de su estrategia de cortejo. Flu descubrió en el intento que la fuerza del amor acelera el aprendizaje. Dime qué estudias y te diré a quién amas. Pero ella desapareció en noviembre y Flu se sintió por primera vez solo. Tanta fue la soledad que ese verano enfermó de tifoidea. Fiebre por dos semanas, dolor abdominal y sopor lo inhabilitaron para ir de vacaciones con la familia. Todos en Algarrobo, él en Guardia Vieja. La Pascuala lo cuidó con esmero, lo bañaba en la cama y lo frotaba con toallas húmedas para bajarle la temperatura, pero a Flu le subió otra temperatura, una que sólo lo dejaba tranquilo cuando se escurría por las noches.

En octavo básico entró al equipo de fútbol de su colegio. No era el deporte más popular, sus compañeros jugaban rugby, pero al menos tenía qué hacer con su cuerpo, ahora que la energía quería salir y salir, aún sin su consentimiento.

En primero medio era conocido como arquero. Atento, de reflejos rápidos, se sabía que no había cómo apuntarle al arco si él estaba cuidándolo. “El chino” se hizo cotizado por esto salvándolo de las burlas propias durante la enseñanza media. Cuando dio la prueba de aptitud académica, sin haber hecho preuniversitario alguno, sus puntajes le dieron para estudiar Medicina. Entró a la Chile porque cuando fue a inscribirse, Claudio, el que sería su mejor amigo durante la carrera, le indicó que era la mejor opción entrar a un lugar donde hay multiversos y posibilidad de expresarse. La palabra “multiverso” lo cautivó. Estudió en la Norte. Los años en el Jota fueron muy activos: participó en movimientos estudiantiles que promovían la vuelta a la democracia y no hubo peña que no organizara con Claudio. Entre libro y libro, tocaba guitarra y componía canciones de amor y esperanza. Su polola universitaria le duró exactamente hasta el internado. Ese enero ella lo dejó por un becado de medicina

interna que pintaba muy bien como para cardiólogo.

Entonces Flu partió a hacer internado rural a Lumaco, donde conoció a su nueva polola. A Flavia la conoció por un esguince de tobillo. Se trataba de la hija de un acaudalado empresario forestal. Su suegro de aquel entonces le enseñó sobre pinos, distribución, comercialización y finanzas verdes. El oro verde, como lo llamaban, era muy rentable y como a Flu le gustaba aprender cosas nuevas, entendió el negocio, pidió a su madre prestado algo de dinero y se compró una hectárea de tierra para sembrarla entera de pinos subvencionados por el Estado. Fue con ese dinero que viajó un año por el mundo antes de postular a la beca de psiquiatría.

Su vocación “mental” la tomó de un lama en un templo de la India. Cerca de la pequeña aldea de Uruvela, villa Buddhagaya y bajo un solitario árbol Pipala a orillas del río Neranjara tuvo la primera experiencia del cambio de conciencia. Esto lo hizo comprender que “el ser” era un espejismo. “El ser” es en sí mismo un engendro enfermo, consignó en los escritos autobiográficos que le ayudaban a ordenar sus pensamientos y aquietar sus sentimientos. El estado permanente de una conciencia congelada; la insistencia de una personalidad; el orgullo de un carácter que no es más que defensa. ... No dejar que fluya la vida... Ahí está el problema, se dijo, convencido de sus observaciones.

Se decidió por la especialidad de psiquiatría porque pensaba que si existían conciencias, existían formas de acceder a ellas. Y, aunque nunca estuvo muy de acuerdo con sus profesores, por encontrarlos rígidos y dogmáticos, pudo aprender lo sustancioso del oficio como para ganarse la vida: saber hacer un diagnóstico y saber tratarlo según las normas vigentes. No todos tienen que pensar y plantar dudas epistemológicas donde sólo es necesario aplicar un protocolo. Uno de sus tutores le dio la clave: no puedes hacer una psiquiatría oriental con occidentales, “las cosas tienen que ser tal para cual” y luego agregó ¿Y por qué tanto interés en Oriente? Pregunta que llevó a Fluyama a su primera terapia.

Terminada la beca, Flu sabía que antes de pensar en familia futura debía resolver su pasado. Viajó a Japón, y como un ciego que a puro olfato quiere reconocer las ca-

lles, deambuló por los puertos que alguna vez había escuchado: Osaka, Tomakomai y Yokohama. Aprendió algo del idioma y se acercó a la *Japan Federation of Inland Shipping* en búsqueda de los registros de barcos que durante el año 1965 habían llegado al puerto de San Francisco. Una vez que tuvo la lista en sus manos, supo que entre todos los tripulantes de esos barcos uno era su padre, pero no dio con él.

Entonces repitió su misma travesía, devolviéndose a San Francisco en barco. Y, como él, conoció una hermosa californiana. El amor lo atravesó esta vez, con su flecha botulímica, inmovilizadora y venenosa. Ella era una psicóloga jungiana y sería su primera mujer. La encontró en un borde de la Plaza Embarcadero, la noche que su barco atracó en el puerto. Violet se presentó como la mesera del bar “Mijita,” pero en realidad terminaba su master en transpersonal en Berkeley. Flu se enamoró de inmediato y la abordó sin preámbulos. Consiguió así verla al día siguiente conviniendo la estación Embarcadero del Bart como punto de encuentro. Flu la llevó a Angel Island desde el Ferry Building. Tal vez un paseo así la embrujaría, pensó medio volando en esa angustia que empodera cuando hay atracción sexual por otro ser humano. Conversaron todo el día y les faltó tiempo, estaban muy entretenidos uno con el otro y desde ese día no se despegaron más. Él se la trajo a Chile y con ella tuvo dos hijas: Emelina y Susan, bautizadas así por las abuelas maternas. Flu era muy feliz al inicio del matrimonio, cuando ella sólo tenía ojos, oídos y boca para él, pero con el trabajo y las obligaciones se fue poco a poco metiendo en su burbuja de la guerra fría y para Violet le fue difícil sacarlo cuando ella ya se dedicaba al Arte y no a la psicología. Flu callado y tranquilo se fue olvidando de la importancia de la conciencia entre tanto pago: colegios; clases de danza; psicopedagoga, masajes, gimnasio, vacaciones. Intentó volver a su pasión inicial haciendo clases en la Universidad, preparó novedosos seminarios que incluían los trabajos de Francisco Varela. Hizo otros de cultura indígena y se dedicó al estudio de una neurofisiología vanguardista ligada a los estados de conciencia colectivos, pero, a pesar de esto, perdió igualmente su centro. Entonces un día de julio se marchó a la casa de la playa, la misma que habían construido con su amigo antes de casarse y que

ahora Violet mantenía decorada, pero esta vez demoró un mes en volver. Ella comprendió que a pesar del cariño que podían tenerse uno al otro, el amor de los cimientos, la viga que soporta la relación ante los embates de la tierra, el viento o las aguas

había cedido con el peso de sus soledades y que para bien o para mal se había acabado la magia entre ellos. Cada cual tendría que reinventar una nueva Matrix que los alineara consigo mismo. Por esta vez había que soltar lo que quedara de bueno, para

que no se hundiera todo en la bahía de San Desencuentro. En ese peligroso lugar las ninfas oceánidas se tragan el hechizo del amor y lo vomitan hecho conflicto. Ambos podían hacerlo, sólo bastaba creer que sería mejor así.

GRUPO DE PSICOTERAPIA CORPORAL-RELACIONAL INVITA A LAS ACTIVIDADES DEL AÑO 2010

1. PSICOTERAPIA CORPORAL RELACIONAL: PUENTES ENTRE PSICOANÁLISIS RELACIONAL, CORPORALIDAD, INTERACCIÓN TEMPRANA Y NEUROCIENCIAS. NIVEL 1

Este curso es parte de un programa formativo que pretende integrar diferentes aportes de los enfoques de psicoterapia corporal, psicoanálisis relacional, investigación de infantes y teoría del apego, neurociencias, lectura corporal y mindfulness, en una aproximación psicoterapéutica integrada que gira en torno a la corporalidad y los vínculos. En este curso se revisarán los fundamentos y supuestos teórico-clínicos de este abordaje psicoterapéutico.

Dirigido a: Psicólogos, psiquiatras, estudiantes de estas carreras, y profesionales de las áreas de salud y educación.

Dirigido por: Marcela Araneda, Psicóloga Clínica (Universidad Católica), Supervisora Clínica Acreditada. Leila Jorquera, Psicóloga Clínica (Universidad de Chile), Mag.© Salud Mental Infantil (UDD). Madeleine Porre, Psicóloga Clínica (Universidad de Chile), Magíster Psicología Analítica Jungiana (UAI). André Sassenfeld, Psicólogo Clínico (Universidad de Chile), Magíster Psicología Analítica Jungiana (UAI).

HORARIO: viernes 9:00 a 12:00 (16 sesiones). Desde el 19 de marzo al 23 de julio.

VALOR TOTAL: \$450.000 (Documentado hasta en 4 cheques). Estudiantes 350.000 (Documentado hasta en 4 cheques).

INFORMACIONES: www.cuerporelacional.cl contacto@cuerporelacional.cl
Teléfonos: 09-9491193 / 09-1670369 / 08-5451752

2. TALLER DE AUTOBIOGRAFÍA CORPORAL-RELACIONAL

El éxito de la experiencia terapéutica está en gran parte determinado por el tipo de vínculo terapéutico que se pueda construir. A su vez, el nivel y la calidad de esa conexión dependen en gran medida de la relación que el terapeuta sea capaz de establecer consigo mismo. Esta capacidad depende del conocimiento de su propia historia, de la relación con su cuerpo, patrones vinculares, estrategias defensivas.

OBJETIVO: hacer consciente en los participantes aspectos significativos de la historia biográfica que han impactado y dejado huellas en los patrones de relación consigo mismo y con otros; patrones psicocorporales encarnados en la postura, la respiración, los movimientos, los gestos, los músculos, la manera de interactuar con otros, en síntomas y enfermedades. Este conocimiento ampliado de los patrones permite tomar conciencia del impacto de éstos en la relación terapéutica. Este taller forma parte del Programa de Formación en Psicoterapia Corporal-Relacional que se realiza desde el año 2006.

Dirigido a: Psicólogos, Psiquiatras y profesionales de las áreas de salud y educación.

Dirigido por: Marcela Araneda, Psicóloga Clínica (Universidad Católica), Supervisora Clínica Acreditada. Leila Jorquera, Psicóloga Clínica (Universidad de Chile), Mag.© Salud Mental Infantil (UDD). Madeleine Porre, Psicóloga Clínica (Universidad de Chile), Magíster Psicología Analítica Jungiana (UAI).

HORARIO: viernes 26 de marzo de 19:30 a 21:30 hrs., sábado 27 de marzo de 9:30 a 17:00 hrs.

VALOR: \$40.000

CONTACTO: formacioncuerpovinculo@gmail.com / www.cuerporelacional.cl / 09-9692999

GRUPO DE PSICOTERAPIA CORPORAL-RELACIONAL INVITA A LAS ACTIVIDADES DEL AÑO 2010

3. GRUPO DE SUPERVISIÓN CLÍNICA

Se supervisarán casos clínicos individuales o de grupo desde el enfoque de la Psicoterapia Corporal-Relacional (que integra elementos de la psicoterapia corporal, psicoanálisis relacional, investigación de infantes y teoría del apego, neurociencias, lectura corporal y mindfulness). Horas de supervisión acreditables.

Dirigido a: Psicólogos, Psiquiatras, becados y alumnos en práctica y profesionales de las áreas de salud.

Dirigido por: Marcela Araneda, Psicóloga Clínica (Universidad Católica), Supervisora Clínica Acreditada. Leila Jorquera, Psicóloga Clínica (Universidad de Chile), Mag.© Salud Mental Infantil (UDD). Madeleine Porre, Psicóloga Clínica (Universidad de Chile), Magíster Psicología Analítica Jungiana (UAI).

HORARIO: martes de 19:30 a 21:30 (cada 15 días). Inicio martes 16 de marzo.

VALOR: Profesionales \$50.000 mensual. Estudiantes en práctica \$30.000.

CONTACTO: formacioncuerpovinculo@gmail.com / www.cuerporelacional.cl / 09-9692999

DIPLOMADO ESTUDIOS SOBRE EL CUERPO: FIGURAS MULTIDISCIPLINARIAS 2010

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

Historia, psicoterapia, psicoanálisis, semiótica, filosofía, género, arte, literatura, teatro, sexualidad

11 sábados durante el año 2010

DIRIGIDO A: Profesionales que trabajan con el cuerpo humano desde sus diferentes registros: médicos, psicólogos, psiquiatras, artistas, literatos, sociólogos, antropólogos, actores, historiadores, filósofos, profesores y otras profesiones afines.

CONTENIDOS

1. **El Cuerpo y su historia en Chile y el mundo.** Prof. Rafael Sagredo. Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política Pontificia Universidad Católica de Chile
2. **El cuerpo en el psicoanálisis.** Dr. Juan Pablo Jiménez y Dr. León Cohen.
3. **El cuerpo en las psicoterapias.** Prof. Maurizio Stupiggia (Universidad Dusseldorf, Alemania y Genova, Italia).
4. **El cuerpo y el significado.** Prof. Patrizia Violi (Escuela Superior de Estudios Humanísticos de Bologna).
5. **El cuerpo en la danza y el teatro.** Dra. María José Contreras (Escuela de Teatro de la Pontificia Universidad Católica de Chile).
6. **El cuerpo en la filosofía y la medicina.** Dr. César Ojeda, psiquiatra; Dr. Sergio Bernal; Dr. Hernán Villarino; Dr. Francisco Bustamante.
7. **El cuerpo en la relación humana.** Dra. Patricia Cordella (Pontificia Universidad Católica de Chile). Más: Dra. Edy Herrera, Ps. Susan Mailer, Ps. Analía Studman y Dr. Jaime Silva.
8. **El cuerpo en la literatura.** Eduardo Llanos Melussa (Universidad Diego Portales).
9. **El cuerpo en la sexualidad humana.** Dr. Luis Tapia Villanueva (Terapeuta de pareja, Supervisor Departamento de psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile).
10. **El cuerpo en el Arte.** Ignacio Villegas (Profesor de Arte Pontificia Universidad Católica de Chile).
11. **El cuerpo y el género.** Dr. Marco Antonio de la Parra.

MODALIDAD: clases teóricas y mini talleres. **Lugar:** Auditorio Clínica San Carlos de Apoquindo; Camino El Alba 12351 (SÁBADOS DE 10.00 A 18.30 horas) **Duración:** 11 sábados en el año. **Inicio:** 24 abril 2010; **Término:** 29 noviembre 2010. **Evaluación:** Asistencia mínima de un 75% en clases teóricas y seminarios; Aprobación de un trabajo monográfico para cada módulo, con un promedio de nota final: igual o superior a 5.0. que estará compuesta por un 70% del trabajo escrito y 30% del trabajo expositivo final. **COSTO** 42 UF (pueden pagarse en cuotas mensuales) **DESCUENTOS ESPECIALES:** 25% adscritos al Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile; 15% funcionarios de la Pontificia Universidad Católica de Chile; 15% miembro de SODEPSI; 10% tarjeta El Mercurio; 10% funcionarios públicos; 5% estudiantes de postgrado. **ASISTENCIA SÓLO A MODULO:** 6 UF y certificación de curso.

INFORMACIONES E INSCRIPCIONES:

Ps. Consuelo San Martín : sanmartinconsuelo@gmail.com

INSCRIPCIONES: Dirección de Extensión; Relaciones Públicas Escuela de Medicina U.C.; Fono: 354 6425–354 6430
Lira 44, primer piso ; inscrip@med.puc.cl

DIRECTORA DIPLOMADO: Dra. Patricia Cordella, Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile mpcordella@gmail.com

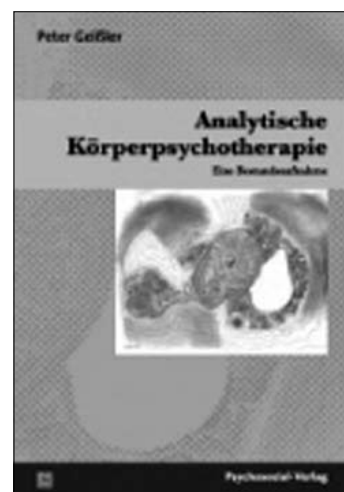
UN CAMINO RECORRIDO: DEL ANÁLISIS BIOENERGÉTICO A LA PSICOTERAPIA CORPORAL ANALÍTICA

ANALYTISCHE KÖRPERPSYCHOTHERAPIE: EINE BESTANDSAUFNAHME

Autor: Peter Geissler

Editorial: Psychosozial-Verlag, Giessen, 2009

(Rev GPU 2010; 6; 1: 21-23)



André Sassenfeld¹

Después de editar el primer libro de texto sistemático sobre la psicoterapia corporal analítica publicado en el año 2007 y reseñado en la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* (Sassenfeld, 2007), Peter Geissler publicó hace algunos meses un tomo central para comprender el desarrollo histórico de la aproximación clínica que llama psicoterapia corporal analítica. Este libro permite entender con mayor profundidad varios de los aspectos que Geissler mencionó en la entrevista publicada por la *Gaceta* algunos meses atrás como experiencias personales y profesionales que determinaron en gran medida la “vuelta al psicoanálisis” que dio nacimiento a la psicoterapia corporal analítica después de muchos años de pertenencia al análisis bioenergético, una forma importante de psicoterapia corporal post-reichiana.

Este libro, titulado *Psicoterapia corporal analítica: Un inventario*, recoge un diverso conjunto de trabajos de Geissler, algunos de ellos publicados con anterioridad y

otros inéditos. En ellos, Geissler analiza en primer lugar el camino recorrido desde su involucramiento en cuanto paciente, psicoterapeuta y psicoterapeuta didacta con el análisis bioenergético de Alexander Lowen, discípulo principal de Wilhelm Reich, hacia una creciente percepción crítica de algunos de los postulados básicos de ese enfoque. Las confesiones íntimas y personales de Geissler subrayan su reconocimiento, por mucho tiempo implícito en el sentido de experiencia sentida y encarnada pero difícil de poner en palabras, de lo que llega a plantear como carencias del análisis bioenergético: la dificultad o incluso el desinterés por explorar e incorporar clínicamente la dimensión relacional del intercambio psicoterapéutico como elemento esencial. Describe con claridad y lucidez las dinámicas transferenceles-contratransferenceles regresivas de idealización, pensamiento mágico y acrítico, y fenómenos grupales defensivos que tienden a surgir en enfoques

¹ Psicólogo clínico, psicoterapeuta de adultos. Académico Dpto. de Psicología, Universidad de Chile. Docente de pre y postgrado UDD y UAI. Contacto: asjorquera@gmail.com / www.sassenfeld.cl

terapéuticos que utilizan en buena medida la generación de experiencias de gran intensidad emocional como mecanismo de cambio. Con honestidad expresa lo adictivos y narcisistamente gratificadores que tales contextos pueden resultar para el terapeuta.

A continuación Geissler describe un proceso personal y profesional fundamental que lo comenzó a encaminar en dirección de la formulación de la psicoterapia corporal analítica. Se trata de un periodo de varios años de supervisión con Jacques Berliner, un analista bioenergético belga que se había acercado mucho al psicoanálisis y se había vuelto crítico respecto de los planteamientos de Lowen. Estos años de supervisión se convierten en un punto de inflexión para Geissler, pudiendo éste a través de una introducción a muchos conceptos psicoanalíticos a manos de Berliner volver a acercarse al psicoanálisis –Geissler aclara que se trata de una vuelta porque por un lado había estado durante sus estudios en psicoanálisis con setting de diván y porque, por otro lado, había querido originalmente formarse como psicoanalista. Como cabía esperar, esta vuelta al psicoanálisis está marcada por una exploración de teóricos como Ferenczi, Balint y Winnicott, todos ellos en alguna medida abiertos a tomar en consideración el lugar del cuerpo en psicoterapia.

Sus exploraciones psicoanalíticas finalmente conducen a la formulación de la denominada psicoterapia corporal analítica, un enfoque que a grandes rasgos es de carácter analítico, pero que además incluye lo que Heisterkamp y Geissler (2007) llaman un *setting abierto* a las intervenciones corporales. Más específicamente, la psicoterapia corporal analítica es una forma de psicoterapia inscrita en la tradición analítica relacional e intersubjetiva (Mitchell & Aron, 1999) que concede gran importancia en los planos teórico y clínico a las vicisitudes de los vínculos afectivos en el desarrollo, la psicopatología y los mecanismos psicoterapéuticos de cambio. Desde esta perspectiva, el cuerpo y la corporalidad siempre son visualizados, entendidos y abordados en el contexto de la relación terapéutica.

Los capítulos del libro conducen, entonces, desde las experiencias personales y profesionales de Geissler previas a la psicoterapia corporal analítica hacia la articulación de diferentes aspectos ya propios de este último enfoque. Queda en evidencia que la psicoterapia corporal analítica está alimentada por y en diálogo constante con la psicología contemporánea del desarrollo, incluyendo la investigación de infantes y la teoría del apego. Geissler describe con claridad la relevancia y los fundamentos del intercambio no-verbal

afectivo tanto en el desarrollo temprano como en la práctica clínica con adultos. Toca, más allá, temáticas adicionales como la auto-regulación y la regresión en el marco de la psicoterapia y dedica un capítulo completo al reconocimiento de la significación del sonido en psicoterapia, para lo cual recurre a diversos campos de investigación.

Personalmente, me parece un libro valiente. La apertura con la cual Geissler detalla aspectos importantes de sus procesos personales y profesionales de crecimiento y aprendizaje es admirable. Por otro lado, me resulta significativo poder entender el desarrollo del trabajo teórico y práctico de un psicoterapeuta en sus continuidades y discontinuidades o rupturas. En una reflexión compartida con Geissler acerca de la dinámica propia de los procesos formativos y de crecimiento profesional, constaté que a menudo los terapeutas afirman estar en desacuerdo o incluso haber roto con elementos relevantes de los enfoques en los cuales fueron entrenados y cuando comienzan a escribir y formar a otros en sus propios enfoques terapéuticos muchas veces se omite algo central: así como la investigación demuestra la existencia de un conocimiento relacional implícito –esto es, una especie de bagaje no consciente producto de nuestras experiencias relacionales previas que da forma a nuestras experiencias relacionales actuales– me parece que existe también tanto un conocimiento teórico-práctico implícito como un conocimiento clínico implícito. Dicho de otra manera, por mucho que un psicoterapeuta puede dejar de considerar como algo importante ciertos aspectos de sus experiencias formativas, lo que hace, piensa y siente en el presente *siempre está basado en sus experiencias previas y en los registros y aprendizajes que éstas dejaron en el nivel implícito*.

Por ejemplo, no es infrecuente escuchar a terapeutas que han “roto” con la práctica del diagnóstico en psicoterapia y que visualizan el diagnóstico como un elemento que dificulta el proceso terapéutico y el contacto genuino con el paciente. En mi opinión, esto es más bien ilusorio: por mucho que no se utilice un diagnóstico *explícito*, los aprendizajes que un terapeuta ha tenido durante su formación respecto del diagnóstico no son algo de lo cual éste pueda realmente deshacerse; seguirá teniendo impresiones diagnósticas, sólo que se tratará de impresiones implícitas. Éstas, guste o no, seguirán afectando las decisiones clínicas y terapéuticas que un terapeuta hace. Creo que el libro de Geissler es un intento, en este sentido, de poner al descubierto las continuidades y rupturas de un camino recorrido por un terapeuta, aunque ésta no haya sido su intención consciente.

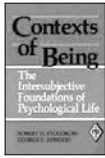
Esperemos que Geissler, autor y editor prolífico, siga produciendo en el futuro contribuciones significativas como aquellas reunidas en este tomo. Su foco constante en conectar las formulaciones teóricas con la práctica clínica –el libro contiene diversas viñetas– hace posible formarse una imagen más clara de la psicoterapia corporal analítica como aproximación psicoterapéutica contemporánea.

REFERENCIAS

1. Heisterkamp G, Geissler P. Rahmen, Arbeitsbündnis und Setting –oder die Einrichtung der “psychotherapeutischen Werkstatt”. En Geissler P. & Heisterkamp G. Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Springer, Wien, 2007, pp. 199-210
2. Mitchell S. Aron L. Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition. The Analytic Press, New Jersey, 1999
3. Sassenfeld A. ¿Psicoterapia corporal y psicoanálisis? La consolidación de la psicoterapia corporal analítica. Gaceta de Psiquiatría Universitaria 2007; 3 (4): 381-383

CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

Numerosos lectores nos han sugerido que agreguemos la forma en que estos libros pueden ser adquiridos, por lo que publicaremos de manera permanente las direcciones de compra. La referencia de los comentarios realizados en GPU está indicada para cada caso y usted puede revisarlos en los números impresos o en el sitio de la revista: www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl. 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



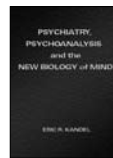
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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

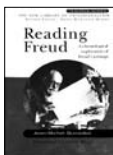


SCHIZOPHRENIC SPEECH

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



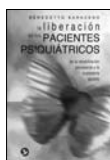
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



DRUGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz
 Ed: 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
 Ed: 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



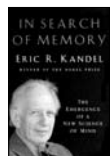
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



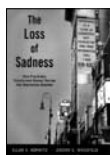
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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
 Ed: 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
 Ed: 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



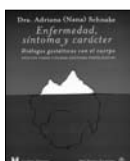
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



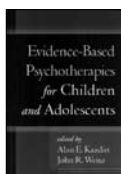
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



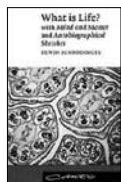
EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS

Tome 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



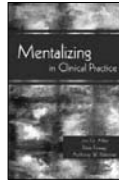
THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE

Autor: Daniel Siegel
Editorial: The Gilford Press, New York, London, 1999, 394 pp.
Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391
Compra: www.amazon.com



WHAT IS LIFE?

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



MENTALIZING IN CLINICAL PRACTICE

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



APORTES CLÍNICOS A LA PRUEBA DE RORSCHACH

Editores: Angélica Paredes M. y Carmen Gloria Micheli I.
Editorial Cicerós Ltda., Santiago de Chile 2008, 277 páginas.
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 18-19
Compra: Clínica Psiquiátrica, Universidad de Chile



THE COMPLETE GUIDE TO ASPERGER'S SYNDROME

Autor: Tony Attwood
Editorial: Jessica Kingsley publishers UK, 2007, 397 páginas.
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 20-21
Compra: www.amazon.com



WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING

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



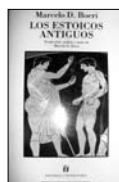
HISTORIA DE CHILE EN LA VIDA DE UN MÉDICO

Autor: Alfredo Jadresic
Editorial: Catalonia, Santiago, 2007
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 24-25
Compra: www.catalonia.cl



KARL JASPERS: LA COMUNICACIÓN COMO FUNDAMENTO DE LA CONDICIÓN HUMANA

Autor: Hernán Villarino
Editorial: Mediterráneo, Santiago, 2008, 372 páginas.
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 26-28
Compra: www.mediterraneo.cl

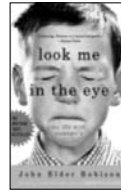


LOS ESTOICOS ANTIGUOS

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



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



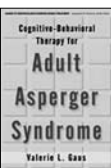
ATTACHMENT IN PSYCHOTHERAPY
 Autor: David Wallin
 Guilford Press, New York, 2007
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 301-302
 Compra: www.amazon.com



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 Jadresic
 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



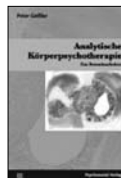
NUESTRO LADO OSCURO. UNA HISTORIA DE LOS PERVERSOS
 Autor: Elisabeth Roudinesco
 Editorial: Anagrama, 2009, 255 páginas
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 4: 421-422
 Compra: www.tematika.com



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



ANALYTISCHE KÖRPERPSYCHOTHERAPIE: EINE BESTANDSAUFNAHME
 Autor: Peter Geissler
 Editorial: Psychosozial-Verlag, Giessen, 2009
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 1: 21-23
 Compra:

FELIPE LECANNELIER. LA NUEVA CIENCIA DE LOS BEBÉS: APEGO E INTERSUBJETIVIDAD

(Rev GPU 2010; 6; 1: 29-37)



Ps. FELIPE LECANNELIER

Director del Centro de Estudios Evolutivos e Intervención en el Niño (CEEIN), Universidad del Desarrollo. Candidato a Doctor en Desarrollo Infantil, Universidad Autónoma de Madrid-España. Especialización en Investigación e Intervención en Apego Infantil, Universidad de Londres, y Anna Freud Centre de Londres. Magíster en Epistemología y Filosofía de las Ciencias, Universidad de Chile. Entrenamiento en Evaluación del Apego Infantil, Universidad de Minnesota y Universidad de Harvard. Director del Magíster en Estrategias de Intervención en Salud Mental Infantil, Universidad del Desarrollo. Psicólogo clínico y supervisor acreditado. Asesor externo de varias instancias gubernamentales (Minsal, Mideplan, Integra, Senado de la República). Autor de los libros "Apego e Intersubjetividad. El legado de los vínculos tempranos en el desarrollo y la salud mental" PARTE I y II. Editorial LOM.

GPU: *Felipe, es usted en Chile uno de los profesionales que más tiempo ha dedicado al estudio, investigación y difusión de la amplia área del apego y la primera infancia. En las últimas décadas, en este campo se han producido profundas transformaciones relacionadas con la teoría, la investigación y las posibilidades de*

aplicación, que han transformado a su vez la psicología del desarrollo como disciplina. ¿Podría resumir en primer lugar, desde su perspectiva, cuáles son los cambios teóricos más significativos que se han producido?

FL: Se podría decir que los cambios de lo que se ha llamado la "nueva ciencia de los bebés" (o la Salud Mental

del Infante, que es el niño desde el embarazo hasta la edad preescolar) han operado en varios niveles. A nivel epistemológico los estudios sobre las competencias del infante han generado un modo diferente de comprender el modo cómo los niños conocen el mundo y a sí mismos, hacia una visión que se podría llamar como evolucionista-vincular. Es decir que, a diferencia de lo que se pensaba antaño, que los infantes eran seres pasivos/autistas/asociales/biológicos, ahora los estudios han demostrado que los niños son seres esencialmente sociales (no egocéntricos ni autistas), vinculares (activos en desarrollar estrategias para apegarse de un modo estable y coherente con los otros significativos), intersubjetivos (altamente sintonizados a los estados afectivos y mentales de los otros) y autorregulados/auto-organizados (buscando modos adaptativos de continuar la dinámica de sus propios procesos).

A nivel metodológico, los estudios de la infancia temprana han generado todo un acopio de metodologías muy refinadas de observación y análisis (microanálisis, situaciones experimentales para hacer “hablar” a los bebés, análisis narrativos refinados, observación naturalista controlada, etc.), constituyéndose en una de las disciplinas más empíricas y sistemáticas de la psicología. A nivel de la teoría y de lo que podríamos llamar Filosofía de la Psicología, el área de los estudios en infancia temprana ha demostrado que el tiempo de los “grandes maestros” ¡se acabó! Es decir, que la clásica visión del maestro de la psicología que proponía “teorías de todo” (por ejemplo, de todo el desarrollo cognitivo, o moral, o de la personalidad) muchas veces con poco fundamento empírico (pocos estudios replicables/dos), y de un modo reduccionista (todo es el desarrollo cognitivo, o todo son los afectos del niño, etc.), ha dado paso a un sinnúmero impresionante de investigadores que se especializan en procesos específicos del desarrollo en rangos de edad delimitados, buscando una comprensión más refinada y sistemática del desarrollo infantil. La limitación de todo esto es que cada vez se hace más lejos el sueño de hacer una sola teoría o un solo modelo integrador de todo para la psicología.

Ahora, todo lo anterior es muy interesante, pero no es algo que sea muy relevante para los infantes. Entonces, en ese sentido, otro cambio importante que han producido todas estas nuevas visiones es que nos obliga a tratarlos mejor de lo que históricamente lo habíamos hecho. Y esto no sólo es en el plano de la crianza de los padres sino de muchos consejos y estrategias dañinas para los niños que la psicología/pediatría/neurología han propuesto. Por último, a nivel clínico lo más relevante es que ahora podemos reconocer que los

infantes tienen mente, y por ende, tienen salud mental, y por ende, tienen derecho a recibir ayuda especializada. Entonces, ahora el desarrollo de estrategias clínicas (en donde la psicoterapia es sólo una pequeña fracción) para la infancia temprana se constituye en una de las principales soluciones preventivas para atajar toda la serie de problemas de salud mental que observamos en la edad escolar, adolescente y adulta.

GPU: *¿Podría explicar un poco más a qué se refiere con una visión evolucionista-vincular en el plano epistemológico?*

FL: No sé si realmente exista ese nombre como tal. Lo que pasa es que si uno analiza los estudios sobre desarrollo socio-afectivo y vincular en la infancia temprana las epistemologías clásicas tipo realismo, racionalismo, objetivismo, pragmatismo, etc., no parecen dar cuenta de lo que se conoce de los infantes. Del mismo modo, epistemologías más nuevas tales como el construccionismo social o el constructivismo radical tampoco me parece que reflejan lo que sabemos de los infantes y su mundo social (quizás por ser epistemologías más bien “adultizadas”).

Entonces, me parece que hay ciertos principios epistemológicos básicos, tales como: 1) los infantes se entienden como sistemas organizados en donde un desarrollo óptimo va integrando de un modo cada vez más complejo y flexible los procesos y tareas del desarrollo. Por ejemplo, los procesos tales como el apego, el desarrollo social, el desarrollo simbólico se van haciendo cada vez más coherentes (funcionan de un modo flexible y conectado) a través de la trayectoria ontogénica. Es decir que, bajo condiciones óptimas, el “sistema infante” empieza a integrar de un modo flexible y coherente las tareas propias de su desarrollo de modo de funcionar de una manera más organizada y compleja.

Más concretamente, y a modo de ejemplo, los estudios han mostrado que los niños con apego seguro suelen mostrar un desarrollo más flexible y coherente de una serie de capacidades del desarrollo (autoestima, desarrollo simbólico, competencias sociales, etc.). Entonces, más adaptación implica necesariamente una mejor coordinación de procesos. Del mismo modo, las dificultades en el desarrollo se evidencian en que el niño empieza a tener una organización desigual, desconectada y rígida de sus procesos; 2) en los humanos, el espacio de coordinación son los otros (a diferencia de otros mamíferos que no tienen el nivel y complejidad social de nosotros). Esto implica que en los humanos el nivel de organización cerebral, psicológica y social sólo se logra al implicarnos en vínculos afectivos que sean estables, continuos, coherentes y selectivos con otros seres humanos. Entonces, mientras más desorganizado

es el espacio vincular, más dificultad tendrá el niño para ir integrando los procesos y tareas del desarrollo; 3) por último, creo que el “impulso” (algo así como el “elán vital”) de todo el desarrollo no es más que un mecanismo evolucionista de continuar la vida a través del mantenimiento de los procesos organizados del ser vivo. Más concretamente, para lograr esto el infante (y todos los seres humanos) necesita desarrollar una vida que tenga las características de regularidad, estabilidad y predictibilidad de modo que el desarrollo pueda continuar con su proceso de autoorganización.

Demás está decir que estas condiciones de mantenimiento de la organización son exactamente las mismas condiciones para el desarrollo del apego. Esto es algo que se observa de un modo muy claro en la clínica y en los estudios de psicopatología del desarrollo, donde la mayor cantidad de sintomatología se observa en los casos de niños que tienen cuidadores muy inconsistentes, impredecibles y confusos. En estos casos, el niño prácticamente gasta toda su energía en tratar de buscar esta regularidad (utilizando una serie de estrategias, tales como la agresividad), pero dejándolo sin la necesaria para organizar coherente y flexiblemente sus procesos del desarrollo (mostrando estrategias rígidas y desorganizadas).

Por lo tanto, este tipo de epistemología entendería el conocimiento del infante como un proceso que implica ir avanzando en estadios cada vez más organizados de los procesos propios del desarrollo en un espacio vincular que se constituye en el espacio vital de organización de estos procesos y que operan bajo las reglas evolutivas de búsqueda de continuidad, estabilidad y predictibilidad.

GPU: *Habló de cómo los avances en la psicología del desarrollo han convertido ese campo en una de las áreas más sistemáticas y empíricas de investigación en la psicología. Al mismo tiempo, menciona que esto ha implicado una progresiva especialización de parte de los investigadores. ¿No produce esto una fragmentación disciplinaria?*

FL: Sí, de todas maneras. Con cada nivel de especialización del conocimiento se pierde un nivel de integración del mismo. Por ahora, esto es algo que no parece tener mucha solución (y es mucho más evidente en disciplinas más duras y que tienen más historia que la psicología). Sin embargo, de vez en cuando aparecen ciertos integradores que tienen la capacidad de tomar información de diversas líneas de investigación y las ordenan en estructuras conceptuales y teóricas de un orden superior. Pienso que en el área de la infancia, personas como Peter Fonagy y Daniel Stern representan estos integradores.

Ahora, a nivel práctico este nivel de especialización va a obligar a que los clínicos dejemos de implementar estrategias generalistas para toda una serie de trastornos y problemáticas. Éste es un tema muy interesante, porque en el área de la primera infancia está ocurriendo un cambio desde la aceptación y aplicación de los clásicos enfoques psicológicos (que se ha demostrado que no hay uno más eficaz que el otro) hacia la implementación de estrategias y técnicas de intervención específicas para dificultades determinadas. Entonces, si bien el sueño integracionista está desapareciendo, el lado positivo es que obliga a los clínicos a ser más específicos y focalizados en las cosas que hacemos.

GPU: *Menciona el trabajo de Fonagy y Stern. Ambos no sólo han dedicado esfuerzos a contribuir en la comprensión del desarrollo temprano, sino que además están interesados en la clínica de adultos. En su opinión, ¿qué relevancia tienen los nuevos hallazgos empíricos y las conceptualizaciones que se desprenden de éstos en el área del desarrollo de los infantes para el trabajo psicoterapéutico con pacientes adultos?*

FL: En ese tema recomiendo mucho el trabajo que Beatrice Beebe (quien fue una importante discípula de Stern) está realizando sobre cómo las investigaciones en intersubjetividad en la infancia pueden ayudar a informar el tratamiento en adultos (los nombres de los libros son *Infant research and adult treatment: co-constructing interactions* [2002] y *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment* [2005]).

Entonces, pienso que hay varias formas en que los estudios y teorizaciones de la primera infancia tienen relevancia para el trabajo psicoterapéutico en adultos: primero, el espacio terapéutico conserva rasgos similares al espacio vincular cuidador-bebé (por ejemplo, se da en una matriz de mentalización y regulación, implica procesos de sintonización y coordinación, puede generar un espacio de base segura o insegura, etc.). Entonces, el conocimiento que se ha ido gestando en los procesos vinculares en la infancia temprana ha permitido conocer y explicar con mayor profundidad la dinámica vincular que se produce entre terapeuta y paciente. No es casualidad que, a mi gusto, una de las áreas más interesantes en investigación en psicoterapia se relaciona con conocer los microprocesos no-verbales que se producen en los momentos del cambio terapéutico.

En segundo lugar, pienso que por fin estamos investigando el vínculo temprano de un modo prospectivo y no retrospectivo, y eso hace una gran diferencia a la hora de explicar la influencia que los vínculos tempranos tienen sobre los pacientes adultos. Me explico: con el psicoanálisis, las teorías sobre el vínculo temprano

estaban basadas en recuentos narrativos retrospectivos sobre la vida temprana de los adultos. Por suerte, gracias a las líneas de investigación relacionadas con los estudios neurobiológicos de la memoria y también de los procesos de construcción narrativa biográfica, sabemos que el recuento del pasado habla más bien del presente que del pasado mismo (ver la propuesta de Gerald Edelman) y que la verdad narrativa del pasado es más bien una verdad antropológica no arqueológica (es decir, que la memoria no es necesariamente una ventana prístina que se abre al pasado). También, los aportes de los estudios longitudinales sobre la influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo posterior han permitido desmitificar el determinismo temprano del vínculo. Por último, pienso que la operacionalización didáctica del apego en cuatro categorías ha posibilitado investigar los calces entre los patrones de apego de los terapeutas y los pacientes dando información interesante sobre variables vinculares que predicen el éxito terapéutico.

Por último, me gustaría aclarar algo en relación con todo lo anterior: a estas alturas no es tan claro que exista un vínculo de apego entre terapeuta y paciente. En esto hay diferencias entre los investigadores empíricos del apego (que mantienen una visión muy estricta sobre lo que es y no es apego), y los clínicos del apego (que a veces suelen confundir “vínculo afectivo” con “apego”). El apego es un tipo de relación que se da con pocas personas en la vida, y tienen que ocurrir determinadas condiciones básicas que no siempre se dan en la relación terapéutica.

GPU: *Ahora, en la clínica infanto-juvenil existen por supuesto diversas posibilidades de aplicación de la psicología contemporánea del desarrollo. En su experiencia como clínico, ¿cuáles son los elementos de la investigación de infantes que más útiles resultan a la hora del trabajo práctico?*

FL: La verdad es que me encantaría poder decir que en el caso de las intervenciones infanto-juveniles los aportes de la investigación en desarrollo infantil han sido enormes, pero desgraciadamente aquí el clásico divorcio entre investigación y clínica se cumple de igual modo que en la terapia de adultos. Por un lado seguimos teniendo la adopción a los clásicos enfoques psicológicos, los que desgraciadamente no siempre (y en algunos casos muy poco) suelen seguir la actualización constante que se produce en las investigaciones del desarrollo (más si estos estudios contradicen lo propuesto por los creadores y continuadores de estos enfoques). Por otra parte, tenemos interesantes nuevos aportes de personas que han tratado de actualizar

las intervenciones a la luz de las nuevas evidencias en apego, intersubjetividad, psicopatología del desarrollo, temperamento, regulación, desarrollo socio-afectivo, etc. Por ejemplo, el trabajo que Alicia Lieberman hace en su intervención con infantes y preescolares al integrar teoría psicoanalítica con teoría del apego e intersubjetividad, con estudios del trauma, etc., es un interesante aporte. Ahora, si me pregunta dónde es que menos se ha producido esta brecha entre investigación y clínica no es en la psicoterapia sino más bien en la implementación de programas de intervención de mayor alcance (por ejemplo, programas de prevención del maltrato, de aprendizaje socio-afectivo, de prevención de la violencia escolar, etc.). Acá en Chile (y Sudamérica) sigue existiendo esa concepción restringida de que si no haces psicoterapia no eres un verdadero clínico, pero la verdad es que si revisas la eficacia y efectividad de estos programas tienes un mayor impacto y alcance que la psicoterapia. Desgraciadamente, en la psicología hay demasiadas concepciones sin fundamento que solemos seguir sólo porque no hemos estudiado posturas alternativas.

Sin embargo, tomando el tema general, no deja de impresionar que cuando haces todos los esfuerzos de extrapolar la investigación a la clínica siempre se pierde un importante acopio de información sistemática y ordenada. Tomando como ejemplo la Teoría del Apego: es actualmente uno de los programas de investigación más productivos, elaborados y sistemáticos de la psicología y, sin embargo, puedo decir con toda confianza que no existe una “terapia del apego”. En los últimos años se han publicado unos 3-4 libros tratando de hacer esta transferencia del impresionante conocimiento empírico que se tiene sobre el apego a la intervención, y la verdad es que se ha visto que es una tarea muy difícil. Es decir, aun cuando puedas tener todo ese conocimiento científico de un fenómeno, eso no asegura que vayas a tener una intervención de alto nivel e impacto. ¿Por qué se da eso? No lo sé...

GPU: *En el trabajo clínico que usted mismo desarrolla y/o supervisa, ¿qué elementos de la investigación de infantes y de la teoría del apego cree que cobran importancia? En otras palabras, ¿cómo y qué elementos integra usted en el aspecto clínico de sus actividades?*

FL: He tenido la experiencia de trabajar desde el embarazo hasta la edad adulta en lo que a clínica se refiere. Hice una formación clínica en adultos (Psicoterapia Post-racionalista), posteriormente en niños más escolares y finalmente en infantes (0 a 3 años). Para responder la pregunta, prefiero centrarme sólo en lo que es el trabajo de 0 a 5 años (infantes y preescolares), ya que

es lo que más hago ahora y lo que me parece más útil y motivador.

En general, podría decir que las intervenciones que trato de hacer siguen los siguientes principios basados en las investigaciones con infantes (aunque teniendo claro que el espacio terapéutico opera mucho en el plano de lo implícito que es donde uno nunca sabe realmente lo que hace): 1) se toma mucho la idea de los modelos multi-modales o multi-sistémicos: es decir, que la idea no es que el paciente tenga que adaptarse al enfoque o preferencia del terapeuta sino todo lo contrario. Esto obliga a los clínicos a saber más de una teoría o enfoque y mucho más que un par de técnicas; 2) si el apego se relaciona con un sistema de regulación del estrés, entonces el trabajo se suele centrar en el modo cómo los padres regulan y empatizan con el estrés de los niños (y cómo el niño autorregula su estrés). Este es un tema interesante, ya que yo pienso que una verdadera intervención de apego debería centrarse preferentemente en esto (y aquí yace una importante diferencia entre terapias vinculares de juego, por ejemplo, y terapias o intervenciones de apego); 3) se privilegia (en la mayoría de los casos) el desarrollo de competencias vinculares de los padres hacia el niño y del niño con los otros y consigo mismo. Por ejemplo, tenemos toda una serie de programas de intervención (para educadoras, padres en visita domiciliaria, cuidadores alternativos) que fomentan el desarrollo de cuatro habilidades secuenciales (tomando en cuenta lo que la evidencia dice sobre la capacidad de los padres que tienen hijos con apego seguro). (1) Aprender a atender al estrés del niño (es decir, mirarlo y focalizar su atención en lo que el niño hace o deja de hacer). Después (2) mentalizar el estrés del niño (es decir, preguntarse por los estados mentales que el niño puede estar teniendo). Posteriormente (3) auto-mentalizar el propio estrés cuando el niño expresa algún malestar (es decir, focalizar la atención hacia los propios procesos mentales en presencia del niño). Finalmente (4) todas las habilidades anteriores culminan en que los padres aprendan a regular los eventos y conductas estresantes (lo que no tiene sentido si anteriormente no han empatizado con él y con ellos mismos).

Me gustaría mencionar otros principios que guían lo que hacemos con niños pequeños, porque es un poco diferente a muchas concepciones clásicas de la psicoterapia infantil. (1) En nuestra experiencia clínica cada vez se hace más evidente que la consulta no siempre es el mejor lugar para intervenir con los niños y sus familias. Hay que estar en los contextos vitales del niño (y la consulta no es uno de ellos). Por eso, la idea es hacer visita domiciliaria, o visitas al colegio, u

otro tipo de contexto. (2) Por último tratar, dentro de lo posible, de darle al paciente “qué funciona para qué tipo de trastorno y tipo de familia y niño”. Esto es algo que es un gran problema en la actualidad (y siempre) ya que sabemos que un porcentaje muy bajo de los clínicos, si tiene que decidir entre su enfoque y un tratamiento basado en la prueba empírica, va a decidir por el primero aunque no haya evidencia de su efectividad. Entonces, eso deja a la psicología clínica en un estado pre-científico ya que el criterio de elección de las intervenciones obedece más a aspectos de preferencia, sentido e historia personal.

GPU: *Mencionaba antes el tema de los procesos no-verbales involucrados en los mecanismos de cambio psicoterapéutico. Este es un tópico que ha dado harto que hablar en el último tiempo debido a que se está abordando bastante a raíz de las contribuciones de Beatrice Beebe, el Boston Change Process Study Group y otros investigadores. Desde su perspectiva, ¿qué aportan la investigación de infantes y la teoría del apego a la comprensión de la dimensión no-verbal en psicoterapia?*

FL: En primer lugar, los estudios de intersubjetividad en infantes son uno de los principales lugares donde surge la idea y metodología de microanalizar los intercambios no-verbales entre dos o más personas. Entonces, evidentemente que mucho de lo que se propone en el Boston Change Process Study Group, lo que plantean personas como Beebe, el último libro de Stern, lo de Fonagy, está casi todo basado en esos estudios.

Ahora, en lo que respecta a los aportes de la teoría del apego a la dimensión no-verbal en psicoterapia, me atrevería a decir que no es tanto el aporte, y la razón de esto radica en saber la diferencia entre apego e intersubjetividad. El apego en general tiene que ver con un sistema que regula la proximidad/alejamiento de la persona en relación a otra/s personas, en momentos de estrés (y peligro). En el curso de la ontogenia esta proximidad va gradualmente pasando de lo conductual a lo representacional. Entonces, si bien el apego tiene un componente muy mental, también tiene un componente muy “espacial”. Por esta razón, a Bowlby se le criticó que su teoría era muy conductista y poco psicodinámica. Entonces, en ese sentido yo veo al apego como la matriz general donde opera la dinámica de acercamiento/alejamiento en el vínculo con los otros. Pero *dentro* de esta matriz se da el encuentro mutuo de las personas en donde se producen procesos intersubjetivos. Tomando un ejemplo, la madre está en una plaza con su hijo. El niño está tranquilo porque ve a su madre y por ende tiene el sistema de apego desactivado y el de exploración activado (está jugando). Pero,

en un momento la madre se aleja o se pierde de vista y al niño se le desactiva el sistema de exploración (deja de jugar) y se le activa el sistema de apego (hace conductas de búsqueda y señalamiento de estrés). Después se reencuentran y la madre regula el estrés del niño. Entonces, eso es la matriz de apego, pero en el momento que madre e hijo se encuentran ocurre una serie de procesos no-verbales que permiten que el sistema de apego funcione de un modo más adaptativo y sofisticado en el caso de los seres humanos (miradas, tono afectivo, tono de voz, etc.). En el fondo es como que el “envoltorio vincular” lo entregara el apego y el contenido lo proporcionarían los procesos intersubjetivos no-verbales.

Una cosa que siempre me ha impresionado en este sentido es que si analizas la historia de los estudios de intersubjetividad y la de los estudios de apego durante los últimos 30 años te das cuenta sorprendentemente que son dos trayectorias paralelas que muy pocas veces se juntan. Pero si estudias ambas historias te das cuenta que es la unión entre ambos programas de investigación lo que entrega un modelo muy complejo del vínculo temprano. Recién el año 2004, ¡¡¡Daniel Stern viene a decir que el apego y la intersubjetividad son dos sistemas biológicos imprescindibles en el humano!!! Pero bastaba que un programa “mirara” al otro para que esto se hubiera propuesto hace muchas décadas.

GPU: *Es interesante la diferencia que establece entre apego e intersubjetividad. En la actualidad, con el auge de los modelos relacionales en la psicoterapia tiende a ocurrir en alguna medida que se desdibujan los matices conceptuales y, así, muchos hablan de apego o de intersubjetividad pero de modo laxo, poco preciso. ¿Hay conexiones diferenciales también en cómo se relacionan los estudios neurocientíficos con el apego y la intersubjetividad? Andrew Meltzoff, destacado investigador de infantes en torno a los procesos tempranos de imitación, ha estado involucrándose en investigaciones acerca del sistema de neuronas espejo.*

FL: Interesante la pregunta porque estamos viviendo un boom con el tema de la neurociencia y por lo mismo creo que es importante también “limpiar” ciertos aspectos conceptuales. Yo creo que hay dos modos en que los clínicos e investigadores de la psicología suelen “usar” la neurociencia. El primero es cuando se encuentra que un proceso que los psicólogos llevan años reflexionando resulta que ahora tiene una “base material” (base neurobiológica). Esto es muy frecuente observarlo como un modo de darle un fundamento científico a la psicología. Es como una manera de decir “Mira, lo que nosotros habíamos descubierto ahora

tiene una base cerebral y, por ende, ¡teníamos razón!”. A pesar de que el tema de las neuronas espejo es muy interesante (aunque hay opiniones divergentes entre los neurobiólogos) muchas veces se usa como un modo de legitimar y darle “valor científico” al tema de la intersubjetividad. Ahora, la pregunta es: ¿saber de las neuronas espejo nos ha proporcionado mayor contenido explicativo y práctico al trabajo en intersubjetividad? ¿Estamos entendiendo y atendiendo mejor a los pacientes porque sabemos ahora que la intersubjetividad tiene (obviamente) una base material? Si revisas la historia de la psicología clínica en los últimos años, se observa mucho este fenómeno de buscar legitimidad y “suelo científico” a lo que hacemos, recurriendo a la neurociencia. Lo mismo pasó cuando los psicólogos clínicos empezaron a usar la teoría del caos y de la noción de sistemas complejos para entender los procesos psicológicos. ¿Pero avanzamos en algo con eso? Es decir, ¿avanzamos en contenido explicativo cuando le damos suelo material a un fenómeno? Claramente avanzamos en mayor legitimidad científica, pero no estoy tan seguro que lo mismo pase en el caso de la explicación.

El segundo modo se ha observado con menor frecuencia y es cuando la neurociencia nos permite comprender y explicar algo que la psicología no supiera (o que pensara que era diferente). Es decir, aquí encontramos que los aportes de la neurociencia le dan mayor poder explicativo a un fenómeno psicológico. Por ejemplo, la propuesta de Edelman sobre la conciencia recordada da importantes luces sobre aspectos poco conocidos de la memoria, la conciencia, el valor evolutivo, etc. Doy otro ejemplo. Hay toda una línea de investigación muy interesante sobre la neurobiología del infante maltratado que ha demostrado que éstos tienen una hiper-sensibilidad hacia las emociones relacionadas con la rabia e hipo-sensibilidad a emociones más de tipo positivo. Esto ha posibilitado comprender por qué posteriormente estos niños suelen tener un estilo confirmatorio de la agresión (interpretan cualquier conducta como agresiva). Aunque en muy pequeña escala, pienso que aquí hay estudios neurobiológicos que han aumentado la comprensión de un fenómeno psicológico como lo es el maltrato.

Entonces, pienso que el desafío de las personas que trabajan en la intersección entre psicología y neurociencia radica en cómo aumentar el nivel explicativo del fenómeno psicológico, más que sólo darle un fundamento biológico a algo que tenía uno psicológico.

Ahora, pienso que para comprender esto último, necesitamos urgentemente saber qué es una explicación y eso ha sido un tema que me ha fascinado...

GPU: *En los enfoques corporales a la psicoterapia el descubrimiento de las neuronas espejo sí ha tenido implicancias prácticas que, al menos en parte, han permitido potenciar ciertas herramientas clínicas para percibir empáticamente el mundo subjetivo del paciente. En el ámbito del apego y la intersubjetividad, ¿le parece que hay algún hallazgo neurocientífico que sí haya tenido consecuencias prácticas?*

FL: Pienso que es importante aclarar que yo no estoy diciendo que la evidencia sobre las neuronas espejo no haya generado alguna contribución. Lo que yo digo es que lo que ha hecho es dar un fundamento neurobiológico a algo que ya se venía diciendo, pero con otras palabras y conceptualizaciones. Por ejemplo, el modelo de Gallese de la “simulación encarnada” es muy similar a los modelos simulacionistas dentro de la Teoría de la Mente que se empezaron a plantear a principios de los noventa (¡y que generaron una serie de debates filosóficos muy interesantes!).

Ahora con respecto a la pregunta, pienso que justamente el hecho de demostrar que el apego es el espacio de crecimiento, diferenciación y complejización del cerebro es lo que sacó el tema de la infancia desde sus disciplinas hacia el tema de las intervenciones y políticas públicas. Es interesante cómo funcionan los procesos de validación del conocimiento ya que la psicología, desde Freud y antes, llevaba planteando la importancia del vínculo temprano, pero tuvieron que llegar los neurobiólogos con sus evidencias y sus fotos de resonancia cerebral para que los políticos se dieran cuenta de la verdadera relevancia de la intervención temprana. No deja de ser interesante, por ejemplo, que incluso los psicólogos, educadores, etc., a la hora de fundamentar la intervención temprana citan a James Heckman (premio Nobel de economía) con sus análisis de costo-efectividad sobre la importancia de intervenir tempranamente en la vida de los niños. Entonces, pienso que de un modo generalista las evidencias neurobiológicas en la infancia temprana le han dado un suelo material y científico a lo que ya se venía proponiendo hace décadas.

GPU: *Las investigaciones en las que ha participado o las que ha dirigido, ¿en torno a qué temáticas específicas han girado? ¿Le ha interesado estudiar, usando su propia distinción, más el apego o más ciertos procesos intersubjetivos?*

FL: En el área específica del apego, pienso que son tres líneas de investigación las que me han interesado y hemos podido desarrollar en alguna medida. La primera y la inicial se relacionó con comprender cuál es el legado específico del apego. Es decir, sabemos que el apego

es más que una relación afectiva presente, es algo que “equipa” al niño para enfrentar la vida posteriormente. Ahora, la pregunta es ¿qué equipa el apego? Entonces, tenemos un estudio longitudinal desde los 12 meses hasta los 4-5 años de vida de los niños, para demostrar que cuando los padres regulan o des-regulan el estrés del niño, implícitamente están organizando y desarrollando diferentes mecanismos y estrategias de enfrentamiento (Teoría de la Mente, Control Esforzado de la Atención, Atención Conjunta, Funciones Ejecutivas, y otras). La segunda línea se relaciona con comprender cómo es el apego en niños que viven en situaciones de extremo riesgo (bebés institucionalizados, niños que viven con sus madres en la cárcel, abuso sexual, maltrato, etc.). En ese sentido, comprender las trayectorias extremadamente desorganizadas en el apego permite explicar cómo es que los niños se adaptan y enfrentan el riesgo vincular y cómo eso se conecta a la psicopatología posteriormente. Por último, y siendo coherente con nuestro hacer clínico, hemos realizado estudios para evaluar el impacto de las intervenciones que proponemos.

En general, nosotros hemos estudiado más el apego que la intersubjetividad. Pienso que una razón de esto es netamente metodológica ya que los buenos estudios de intersubjetividad requieren de cierta tecnología que nunca hemos podido adquirir. Pero por otra parte, me interesa más explicar la “matriz vincular” general primero, ya que pienso que es algo más evolutivo y primigenio.

Por último, mencionarte que ¡nada de esto que hemos hecho hubiera llegado donde llegó si no hubiera sido por tener la suerte de trabajar con un equipo de gente muy motivada y extremadamente comprometida con el tema!

GPU: *Y, ¿qué resultados preliminares o finales han obtenido en las investigaciones? ¿Han tenido hallazgos que complementen o completen la vasta literatura especializada sobre investigación del apego en algún aspecto? En especial el estudio longitudinal, ¿ha arrojado ya algún hallazgo relevante?*

FL: La idea del estudio longitudinal es tratar de ayudar en el clásico tema de cuál es el legado del apego temprano, ya que si el apego tiene una función evolutiva no sólo es la de protección presente del peligro (como decía Bowlby), sino que por sobre todo equipar al niño con una serie de mecanismos que le permitan manejar las emociones negativas, los conflictos sociales y toda la serie de vicisitudes propias de la vida, en el futuro. En este sentido, mucho se ha investigado sobre la famosa relación entre apego y regulación, pero son pocos

los estudios que toman los cuatro patrones de apego como medida base y que incluyen variables tales como el Control Esforzado de la Atención (que es uno de los principales mecanismos de autorregulación). Entonces, una de las cosas que hemos ido encontrando es que al parecer sí existen estrategias diferenciales de usar la mentalización y la autorregulación en los diversos patrones de apego. Otro aporte que ha dado ese estudio es el de obtener medidas sobre la frecuencia de patrones de apego en Santiago, utilizando el *gold standard*, que es la Situación Extraña y comparándolo con medidas temperamentales (70% de apego seguro en poblaciones de NSE bajo-medio/bajo). De todos modos, ya que los niños tienen alrededor de 5 años, nos queda mucho por analizar, especialmente referido a las medidas de psicopatología preescolar relacionadas al apego y los mecanismos de regulación (recién estamos publicando el primer año de evaluación).

Ahora, pienso que algo importante que me ha pasado con el tema de la investigación se relaciona con que originalmente mi intención era dedicarme a este tema del legado del apego. Pero cuando empecé a hacer clases sobre infancia temprana, me pasó algo que yo creo cambió bastante el foco de investigación. Ese cambio se relacionó con comentarios de alumnos que te decían cosas como “Yo trabajo en X parte y hay guaguas con tales problemas y nadie sabe qué hacer”, “Tenemos en mi lugar de trabajo muchos infantes tempranos que han sido maltratado, etc., pero no sabemos cómo trabajar con un niño tan chico”, o incluso averiguar que en Chile la institucionalización temprana está institucionalizada cuando la evidencia de 20 años muestra que es la peor condición de riesgo para el desarrollo de un niño. Entonces, era (humanamente) imposible seguir con el sueño intelectual de dedicarse sólo a hacer estudios para ver el efecto del apego y sus mecanismos de regulación, por lo que empezamos a hacer estudios de apego en infantes en condiciones de alto riesgo. Yo pienso que, por un lado, esos estudios han tenido un impacto interesante más allá de la “comunidad de científicos”; y por el otro, han permitido entender el apego más allá del “dato estadístico significativo”, ya que al observar y codificar muchos videos de estos niños en condiciones de vulnerabilidad aprendes mucho sobre el proceso adaptativo del apego en el desarrollo del niño. Ahora, por ejemplo, estamos haciendo un estudio con niños escolares que han sido maltratados, abusados sexualmente y otras condiciones de riesgo, y les administramos una Entrevista de Apego de Niños, junto con otras medidas de psicopatología y mentalización. Dado que los niños han sufrido condiciones extremas de riesgo hemos observado que muchos de ellos hacen conduc-

tas bizarras en la entrevista y eso puede tener que ver con la activación de micro-episodios disociativos como producto de activar modelos mentales desorganizados. Es algo bien interesante eso...

GPU: *Para ir cerrando, ¿cómo visualiza el futuro de la investigación del apego y la intersubjetividad y también de la relación entre tales estudios y la práctica clínica?*

FL: En primer lugar, no es ninguna novedad decir que todos los estudios en éste y otros ámbitos van hacia la inclusión de medidas neurobiológicas, psiconeuroinmunológicas y genéticas. Es muy sorprendente observar que gran parte de los investigadores que en la década de los noventa estaban haciendo estudios de apego desde una mirada más psicológica, ahora están incorporando esas medidas. Por ejemplo, en Estados Unidos ya se está convirtiendo en casi una exigencia el incorporar esas variables si quieres ganarte algún tipo de financiamiento importante.

En segundo lugar, en lo que es la Teoría del Apego puedo observar algunas tendencias bien claras: primero, seguir investigando los antecedentes, consecuentes y trayectorias de lo que es el apego desorganizado. Por ejemplo, el clásico modelo que Main y Hesse plantearon a principio de los noventa de que este tipo de apego se relacionaba a traumas y pérdidas no resueltas de los padres ya ha sido ampliado de un modo mucho más específico e informado (¡las condiciones para desorganizar a un niño son mucho más amplias y diversas de lo que se pensaba anteriormente!).

En ese sentido, también creo que otra tendencia muy nueva es empezar a investigar el apego en condiciones de extremo riesgo y vulnerabilidad. Doy un ejemplo: cuando se pensaba que el apego desorganizado era el extremo de la vulnerabilidad, los estudios de niños institucionalizados obligaron a reformular esa noción y actualmente este tipo de apego sólo se encuentra en el medio del continuo, donde lo que se conoce como el Trastorno Reactivo del Apego (o Trastorno del no-apego) es ahora el extremo (y es mucho más desadaptativo que el apego desorganizado). Entonces, éste es un gran tema ya que en verdad mucho de lo que se sabe del apego en verdad proviene de poblaciones de bajo o mediano riesgo y eso nos ha dado una visión muy limitada de la psicopatología y los efectos del vínculo temprano. Siendo más específico todavía, pienso que hay otra sub-área muy interesante que está empezando a surgir y tiene que ver con analizar indicadores verbales y no-verbales de procesos micro-disociativos en niños que han sido altamente vulnerados. Aunque la relación entre apego desorganizado y disociación ha sido planteada e investigada

desde fines de los noventa, ahora se están haciendo estudios para ir más allá de eso. Por ejemplo, nosotros estamos haciendo un estudio a partir de hacer entrevistas de apego a escolares que han sido maltratados y abusados sexualmente, y es claro que muchos de estos niños evidencian ciertas micro-disociaciones a nivel conductual, atencional, mental, etc. Quizás en el futuro esto permitirá pesquisar abuso y maltrato más allá del reporte verbal. Entonces, aunque puede ser sesgada mi percepción, pienso que mucho de lo que se está haciendo va hacia conocer los extremos del riesgo en el apego.

La otra tendencia que se observa se relaciona con cómo “trasladar” toda la información empírica disponible en intervenciones informadas empíricamente. Bowlby se murió bastante desilusionado de que su propuesta se haya quedado en el contexto académico y no haya podido pasar al “trato directo” de los niños y las familias que sufren (que fue la intención inicial de

haber creado esa teoría). Entonces, muchos de los investigadores del apego se están haciendo cargo de esa desilusión y están armando y validando estrategias de intervención para diferentes tipos de poblaciones.

Finalmente, yo pienso que hay otra vía que podría prosperar, pero que no veo que se esté haciendo mucho: a saber, el hecho de que si tú tomas toda la evidencia de lo que sabemos sobre el apego, las “teorías” clásicas sobre la crianza se reformularían de modos bastante interesantes (y con alto beneficio para los niños). Entonces, por fin podríamos tener una especie de “ciencia de la crianza” que mucha falta le hace a los padres y profesionales que trabajan con niños, y ¡que suelen más bien dar consejos de crianza que provienen de teorías sin evidencia o de la propia crianza de estos profesionales!

GPU: Muchas gracias por haber respondido nuestras preguntas para los lectores de GPU

ENSAYO

VENTANAS DE OPORTUNIDAD Y CAPACIDAD DE ESTABLECER VÍNCULO AFECTIVO EN NIÑOS FERALES V/S NIÑOS ABANDONADOS EN INSTITUCIONES

(Rev GPU 2010; 6; 1: 38-45)

Anneliese Dörr¹, Cecilia Banz

El desarrollo psicológico y los cambios evolutivos, especialmente en la infancia, tienen un fuerte correlato con los cambios maduracionales del sistema nervioso. El desarrollo neuronal que da pie a la aparición de una cierta cantidad de conductas tales como el lenguaje, la percepción y otros, ocurre en periodos y secuencias más o menos fijos y predecibles. Así, todos los aspectos del desarrollo infantil: cognitivo, psicosocial, emocional, conductual se sustentan sobre la maduración neurológica. Sobre la base de los conceptos de periodos críticos para la aparición de ciertas conductas y habilidades, y sabiendo que la capacidad de vinculación afectiva en la especie humana tiene un periodo crítico que va desde cero a los dos años, es que en el presente trabajo nos ha interesado realizar una comparación entre niños que han sido criados en condiciones diferentes a las habituales: niños institucionalizados y niños ferales, en lo que respecta a la adquisición de vínculo afectivo. A partir de la literatura existente al respecto, establecemos algunos paralelos y planteamos algunas conclusiones e hipótesis.

INTRODUCCIÓN

En general, el desarrollo requiere de experiencia y es controlado por múltiples sistemas. Entre éstos, biológico, social, medioambiental, dependiendo siempre de la edad y de la etapa del desarrollo (Förster y Gorostegui, 2008). De acuerdo a lo anteriormente señalado, Förster plantea: “existen etapas críticas en la maduración, crecimiento y desarrollo neurológico en

que el organismo es más sensible tanto a la privación socioambiental, a la falta de estímulos, como a las enfermedades”. Esto ocurriría en las primeras fases del desarrollo infantil (óp.cit, p.167).

El periodo o momento crítico alude, entonces, a un tiempo que es variable para cada habilidad, en el que todo el sistema está neurológicamente maduro y preparado para funcionar y responder ante los estímulos específicos que dan lugar al desarrollo de cierta

¹ anneliesed@gmail.com

habilidad. Förster agrega que es el momento en que el sistema nervioso es más susceptible para el aprendizaje (óp.cit. p.169). Esto implica que si se pasa el periodo crítico o ventana de oportunidad sin que el niño reciba la adecuada estimulación, se necesita mucho esfuerzo por parte del organismo y mayor cantidad de estimulación de parte del medio para que la habilidad tenga lugar. Incluso, en algunos casos, los esfuerzos son inoficiosos ya que la habilidad surge en un nivel claramente inferior a lo esperado.

Conociendo el concepto de *periodos críticos* o *ventanas de oportunidad*, en el presente trabajo nos focalizamos en el periodo crítico que se relaciona con la aparición del “vínculo afectivo”, elemento central de todo el desarrollo afectivo posterior.

La capacidad de establecer un vínculo afectivo tiene un periodo crítico que se extiende durante los dos primeros años de vida. La estimulación de la afectividad en ese periodo sentará las bases para que el niño pueda posteriormente experimentar sentimientos hacia otros, tales como la capacidad de amar, empatizar, conmoverse. Para ello el niño requiere del cuidado de una persona en particular, por lo general la madre. Es decir, el niño escucha la voz de una persona que le provee bienestar y seguridad, la que al repetirse, asociarse con la mirada de su cuidadora, con la protección del abrazo y la satisfacción de las necesidades básicas, provee confianza y seguridad al bebé. Éste no sólo recibe alimento sino que una “experiencia afectiva” a través de la que aprende acerca de sí mismo y del mundo (Bascuñán, 2008). En síntesis, el vínculo es una relación de afecto, recíproca y activa. El comportamiento del niño y la madre se regulan mutuamente. La madre se situaría en el lugar del niño logrando responder con prontitud y adecuación a sus necesidades. Siguiendo al pediatra y psicoanalista Winnicott, la madre se encontraría en un estado mental especial de “preocupación maternal primaria” que le permitiría abrirse emocionalmente al bebé y sintonizar espontánea e intuitivamente con sus necesidades. Esta capacidad estaría asociada a los cambios hormonales del embarazo y del periodo postparto y a la misma experiencia de estar en frente y a cargo de un recién nacido (Vila, 1998).

EFFECTOS DE LA CARENCIA DE VÍNCULO AFECTIVO

La separación materna temprana, la cual no necesariamente es física (se puede producir también por depresión de la madre), produce efectos negativos en el desarrollo de los niños. Este fenómeno fue ampliamente descrito por Spitz y Wolf en 1945, Bowlby en 1950 y Winnicott en 1946 (en Turner, 1992, p. 126).

La abundancia de estudios sobre “separación materna” se debe en parte al contexto histórico en el que originalmente se generaron estas separaciones, es decir, la Segunda Guerra Mundial. Bowlby, investigador precursor en este tema, observó en 1956 cómo reaccionaban los niños pequeños ante el alejamiento temporal de la madre, y en base a ello plasmó el concepto de apego. Éste alude a la disposición que tiene un niño para buscar la proximidad y el contacto con un individuo percibido como más fuerte, sobre todo bajo ciertas circunstancias adversas (Bowlby, 1998). El apego se caracteriza también por la tendencia a utilizar al cuidador principal como una base segura, desde la cual explorar los entornos desconocidos, y hacia el cual volver como refugio en momentos de alarma. La amenaza de pérdida despierta ansiedad, y la pérdida ocasiona pena, tristeza, rabia e ira (Repetur, 2005).

Los trabajos sobre institucionalización del niño realizados por Bowlby destacan el carácter anómalo de las condiciones ambientales en las grandes instituciones que se caracterizan por la masificación, lo que conlleva a una despersonalización en el trato y a la privación de estímulos verbales y emocionales. El autor llegó a la conclusión que la pérdida de la figura materna puede producir reacciones y procesos psicopatológicos como, por ejemplo, desarrollo de personalidades incapaces de afecto y psicopáticas (Bowlby, 1998, p. 22). En general, el concepto de privación materna suele referirse a tres circunstancias:

1. Separación del niño de su la madre.
2. Existencia de varias figuras educativas que cumplen el papel de madre.
3. Trastorno en la interacción madre-hijo, que se traduce en un menor aporte de estímulos emocionales y sensoriales, llegando hasta la hipoalimentación.

Los tres factores anteriormente reseñados, excepto tal vez la hipoalimentación, han estado presentes en los centros tradicionales para niños abandonados (Mardomingo, 1994).

La privación psicosocial, como cuadro clínico, se asocia a un conjunto de características, entre las cuales se encuentran anomalías del sistema neuroendocrino, mayor incidencia de enfermedades pediátricas, retrasos en el peso y la talla en relación a la edad, retraso en el desarrollo de la conducta, como también efectos a largo plazo que se perciben luego en la conducta adolescente y adulta (Mardomingo, 1994).

Diferentes autores describen cómo una privación grave y prolongada durante la primera infancia puede afectar simultáneamente a un número tal de

funciones que el niño puede llegar a aparecer como totalmente trastornado. Sin embargo, un examen más riguroso muestra que algunos procesos se encuentran más afectados que otros. La edad del niño y el estado de desarrollo en el que se encuentra cuando comienza la privación parece ser un factor importante en la determinación de las funciones que se alteran y del grado que lo hacen (Mardomingo, 1994).

Un estudio realizado por Mardomingo (1981) con 40 niños institucionalizados que permanecieron en esa condición por un periodo promedio de 16 meses muestra los siguientes resultados: 52% presentó retraso motriz, 57% retraso en la conducta adaptativa, 70% dificultades en el desarrollo personal y social y un 77% retraso en el lenguaje.

Mardomingo advierte que si se cambian las condiciones de privación se observa una mejoría notable en la motricidad gruesa y fina, pero mucho menor en la conducta social, el lenguaje y el pensamiento (Mardomingo, 1981).

Como se observa, la privación tendría efectos distintos sobre las diversas funciones. Las más susceptibles parecen ser las intelectuales (lenguaje y capacidad de abstracción) y las conductas sociales. En menor grado, se ven afectadas las adquisiciones motrices (Mardomingo, 1994). También se afectarían ciertos aspectos de la personalidad, sobre todo la capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales profundas y significativas, como también la capacidad de contener los impulsos y el interés por los proyectos de largo plazo.

El retraso cognitivo y del lenguaje son más intensos cuanto mayor es el grado de privación sensorial y verbal que el niño ha sufrido. El retraso en el lenguaje adquiere relevancia, ya que constituye un mal pronóstico respecto al éxito escolar futuro. El trastorno de la empatía y de la socialización constituyen un mal pronóstico para la posterior adaptación social en la adolescencia y la adultez. La apatía y la inadecuada discriminación social pueden ser síntomas precursores de impulsividad, falta de sentimientos adecuados de empatía y culpabilidad, conductas agresivas y dificultad para establecer relaciones interpersonales profundas en la vida adulta (Mardomingo, 1994).

Según los estudios de Kolushova y Wollman, citados en Winnicott (1965), los primeros años de la vida del niño son fundamentales para el aprendizaje de la conducta social y por tanto para la futura socialización del adolescente y adulto.

De acuerdo con todo lo que se ha planteado, es crucial para el niño encontrar calor y seguridad en su cuidador, lo que le permite desarrollar sentimientos

de confianza, precursores de una cantidad importante de conductas sociales que posteriormente le permitirán establecer relaciones positivas con otras personas. De ello se deriva la necesidad de todo ser humano de establecer un vínculo afectivo con una figura cercana y exclusiva, ya que la privación de ello afecta sustancialmente el desarrollo del sujeto. Según Mardomingo: “el contacto con la madre y la interacción madre-hijo parecen ser un factor regulador clave del equilibrio homeostático del organismo, de la protección para sufrir enfermedades y de la normalidad de la conducta del animal y del ser humano” (Mardomingo 1981).

VÍNCULO AFECTIVO EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS Y NIÑOS FERALES

Tal como se ha descrito anteriormente, el abandono materno y la reubicación de los niños en instituciones provoca efectos devastadores en éstos, sobre todo en lo concerniente al desarrollo cognitivo y de personalidad.

Uno de los estudios más serios respecto al vínculo afectivo, específicamente la conducta de apego de los niños criados en instituciones, son los realizados por Provençe y Lipton en 1962, que estudiaron 75 bebés institucionalizados desde las cinco semanas de vida. Ellos informan que ninguno de los bebés estudiados mostraba conducta de apego, entendiéndose por ésta la tendencia a establecer vínculos afectivos sólidos con otras personas (en Bolwby, 1998, p. 416).

La conducta de apego, como ya se dijera anteriormente, es uno de los factores más esenciales en la capacidad para vincularse afectivamente, es decir, es el cimiento o piedra fundadora de la afectividad posterior. Esta conducta de apego se desarrolla por la interacción social y no por los cuidados rutinarios. Esto quiere decir que un niño con el que no se interactúa socialmente, aunque esté muy bien alimentado y cuidado, no mostrará apego por nadie (óp.cit. p. 417). Winnicott agrega que la falta de un “maternaje” óptimo, provoca alteraciones en el funcionamiento mental e impide el establecimiento de una estructura interna sana que pueda llegar a ser la esencia del sujeto. Incluso la existencia de un fracaso ambiental puede conducir a la agresión y a la conducta antisocial. El autor define la desvinculación como cualquier factor que interfiera, altere o rompa el proceso de vinculación, lo que produce en la primera infancia (0 a 5 años) un “apagón o blackout” emocional (Winnicott, 1991).

El caso de los niños institucionalizados es particularmente grave ya que al no haber una persona exclusiva a cargo de ellos en lo que a interacción social se refiere (sonrisas, mimos, caricias, voz), su capacidad de

vincularse se ve drásticamente afectada. Al existir desvinculación afectiva el niño podría perder sentimientos positivos hacia los demás y por tanto centrarse en sí mismo. Los lazos emocionales que todo ser humano tiende por naturaleza a desplegar no se consolidan y se retraen, pudiéndose conformar sujetos con pobre empatía, nula capacidad de compasión, alto grado de agresividad y resentimiento acumulado (Winnicott, 1995). Hay una carencia de una figura significativa, que sea para él accesible, sensible y continua en el tiempo, por lo tanto no configura vínculos, o si éstos existían previamente, se rompen. Esta experiencia temprana es de especial importancia para determinar cierto ajuste y seguridad en sus relaciones futuras (óp.cit).

En un estudio realizado en el 2006 con niños institucionalizados por el Centro Psicológico de la Universidad Santo Tomás, se demostró cómo el hecho de recorrer la infancia con carencias afectivas por la falta de un vínculo estable y duradero trae consecuencias psicosociales importantes que se ven reflejadas, no sólo en las dinámicas vinculares a lo largo de la vida, sino que también en su nivel intelectual (Polanco, 2006). Este estudio concluye que mientras mayor es la rotación de personal que viven los niños en los hogares más sentimientos de frustración y pérdida se les producen, siendo prácticamente imposible que establezcan relaciones afectivas estables y duraderas.

Supuestamente en el caso de los niños ferales o de niños salvajes que han vivido apartados de la sociedad durante un periodo largo de su vida, la afectividad también debería verse afectada, ya que en casi todos estos niños la separación de la madre o cuidador ha ocurrido en etapas muy tempranas de la infancia. Sin embargo, revisando la literatura al respecto, pensamos que no todos los niños que han estado aislados de la sociedad presentan incapacidad de vincularse emocionalmente. Antes, dicha hipótesis requiere de un breve análisis y descripción sobre los niños llamados *salvajes* y dentro de éstos los niños llamados *ferales*.

Un niño salvaje es una persona que ha vivido apartada del contacto humano desde muy temprana edad, y que no ha tenido experiencia de cuidado, amor o conducta social humana, pero sobre todo no ha tenido contacto con el lenguaje humano².

A lo largo de la historia se ha conocido una gran cantidad de casos que fueron estudiados por su interés sociológico, médico y lingüístico, y que según las características en las que estos niños han estado aislados de la sociedad, se clasifican en tres categorías:

Niños que pudieron subsistir solos

Tal es el caso de Víctor de Aveyron, encontrado en Francia en la zona de Aveyron en 1799. El médico-pedagogo Jean Marc Gaspard Itard quiso vincularlo a la vida social estimulando sus sentidos y tratando de ampliar su horizonte de necesidades y relaciones. Sus investigaciones fueron bien acogidas por la comunidad filosófica y científica, ya que podía dar luces respecto a cómo somos realmente, si tenemos ideas innatas y si en verdad el hombre es social por naturaleza. La descripción que Itard realizó de la primera impresión que tuvo al ver al niño es la siguiente: "un niño desagradablemente sucio, afectado por movimientos espasmódicos e incluso convulsiones, que se balanceaba incesantemente como los animales del zoo, que mordía y arañaba a quienes se le acercaban; que no mostraba ningún afecto a quienes le cuidaban y que, en suma, se mostraba indiferente a todo y no prestaba atención a nada³". Itard intentó enseñarle a hablar y a desarrollar una conducta social, pero no tuvo éxito. Víctor murió en 1828 cuando tenía alrededor de 40 años. Un informe elaborado por quienes se encargaron de su educación no destacaba ninguna mejora de su situación (Estañol, 2000).

Niños encerrados o aislados de la sociedad por sus padres o la persona que debía cuidarlos

Entre estos casos se cuenta el de un niño alemán (Kaspar Hauser de Nüremberg), encontrado en 1828 y que había vivido encadenado y el de Genie Wiley, una niña de Los Ángeles que fue hallada en 1970, después de sufrir una infancia de encierro y abuso. Últimamente hemos observado casos de gran impacto mundial, como el del austriaco que encerró en el subterráneo a su hija de 24 años y tuvo con ella 6 hijos, a los cuales mantuvo también encerrados.

En todos estos casos no sólo se evidencian trastornos de la empatía sino que además serían deficiencias en lo concerniente a la conducta social, a establecer vínculos afectivos e ingresar nuevamente a la sociedad.

Niños ferales, criados y alimentados por animales salvajes

Es aquí donde nos interesa detenernos y centrar nuestro análisis, para lo cual seleccionaremos los casos más conocidos a nivel nacional e internacional.

² http://www.absoluteastronomy.com/topics/Feral_child

³ <http://leenfantsauvage1d.wordpress.com/>

Carlos Linneo, médico y naturalista sueco (1735), en su obra *Systema Naturae* describiría las tres características principales de los niños ferales: "hirsutismo, imposibilidad de hablar y dificultad para caminar erguidos de forma permanente. Estos niños muestran poca sensibilidad al frío y al calor, visión nocturna y sentido del olfato muy desarrollados; imitan sonidos de animales y prefieren la compañía de éstos a la de los humanos; olfatean la comida que van a ingerir, duermen del anochecer al alba, de acuerdo con las estaciones; y parecen ser sexualmente indiferentes"⁴. Advierte que estas características dependen del momento del abandono y de su posterior hallazgo, así como del grado de interacción con animales y con personas durante su periodo de aislamiento.

A continuación se describen algunos casos que permiten graficar las características de estos niños:

- La niña ucraniana Oxana Malaya, criada por perros hasta la edad de 8 años (década de los noventa).
- John Ssabunnya de Uganda, criado por monos.
- Las supuestas hermanas Amala y Kamala, al parecer criadas por una manada de lobos cerca de Midnapur, India,
- El niño chileno de 10 años de edad, encontrado en 1948 en la zona del lago Llanquihue.

Oxana Malaya

Sus padres eran incapaces de cuidarla debido a su alcoholismo, y la niña se crío en una caseta con perros, de quienes aprendió su comportamiento. Cuando la encontraron tenía 8 años de edad. Gruñía, ladraba y andaba en cuatro pies, dormía acurrucada como un perro, comía sobras y carne cruda, olía la comida antes de ingerirla y se descubrió que tenía agudizados los sentidos del oído, el olfato y la vista. Mostraba los dientes al sentirse acorralada, y tomaba agua directamente de las charcas con la lengua, sin nunca usar las manos y tampoco reconocía su imagen reflejada en un espejo. No había tenido ninguna estimulación intelectual ni social humana, el único apoyo para su crianza había provenido de los perros con los que convivía. Obviamente no había estado expuesta a la estimulación verbal, por



lo que se le hizo muy difícil adquirir el lenguaje. La niña se comunicaba a través de ladridos, como muestra la foto. Oxana fue llevada a vivir a una clínica para discapacitados mentales, donde le enseñaron a caminar verticalmente y a comportarse como un ser humano, es decir, comer con las manos y comunicarse, sin embargo ella seguía mostrando su extraño comportamiento canino⁵.

En una primera etapa, Oxana tenía un lenguaje sólo comprensivo, respondiendo con monosílabos o ladridos. Evitaba el contacto con otros niños y con quienes se sentía realmente feliz era con perros, con quienes jugaba, ladraba y corría en cuatro pies. Oxana ha aprendido a hablar, lo cual se considera posible puesto que ya tenía lenguaje al momento de empezar a ser criada por perros (tres años). Sin embargo, los científicos que han estudiado su comportamiento consideran que aún conserva ciertos rasgos caninos que se encuentran muy arraigados en su psiquis. Cuando se estresa vuelve a dormir acurrucada como perro y cuando está sola le gusta corretear con perros en "cuatro patas".

El retraso cognitivo general que presenta Oxana es importante. En un documental producido por el Canal 4 británico, los médicos planteaban que tiene la mentalidad de un niño de 6 años. Algún tiempo después de ser institucionalizada, la niña se encontró con su padre, quien la había dejado en la caseta de los perros cuando era pequeña. Los testigos plantean que fue interesante ver que Oxana buscaba su afecto.

Actualmente tiene 26 años y sigue residiendo en un hogar para discapacitados.

Ha sido presentada en una serie de programas de televisión, incluyendo, *Wild Child: The Story of Feral Children*, realizados por Optomen Television para el Discovery Channel, además del ya mencionado Canal 4 (Reino Unido) y en la serie de confrontación NTV de la televisión rusa.

John Ssabunnya

Nació en Uganda, y fue acogido por monos en la selva africana. Se sabe que su padre alcohólico asesinó a su madre, lo que motivó la huida del niño a la selva a los cinco años, donde permaneció escondido por un periodo indeterminado. Fue avistado por una vecina de Kabonge que buscaba leña y descubrió en un claro un grupo de primates de tamaño mediano. Cuando intentó ahuyentarlos con un palo descubrió que los

⁴ es.wikipedia.org

⁵ <http://www.feralchildren.com/en/showchild.php?ch=oxana>

monos protegían a uno de ellos, quien resultó ser John Ssabunnya. Estaba desnudo, muy sucio, con el pelo y las uñas largas y lleno de costras, piojos y pulgas.

Como dominaba el lenguaje, el niño pudo reportar: "Mis padres se peleaban constantemente y él la mató. Por eso me fui a la jungla. Creí que papá me pegaría o me mataría luego a mí (John Ssabunnya padre acabaría suicidándose). En la selva estuve solo hasta que vi a los monos. Se me acercaron y me dieron bananas. Comí lo mismo que ellos, pero no había agua" (Ferrer, 1999).

En opinión de los expertos, los monos *vervet* que lo criaron son de los pocos que tienen la capacidad de realizar una adopción como ésta. La altura de éstos no sobrepasa los 80 cm y pesan alrededor de cinco kilos. Estos monos viven en bandas que suelen formar grupos que oscilan entre seis y 50 miembros, a los que unen vínculos familiares. Incluso se los describe como animales altamente sociales, que establecen profundos vínculos entre los componentes de la manada. Su sistema de comunicación es bastante complejo e incluye voces, gruñidos, gritos, gestos, posturas y actitudes, pudiendo indicar al resto del grupo sobre peligros incipientes de manera discriminativa (diferentes sonidos para serpientes, leopardos o águilas) (Audesirk, 1996).

John podía recordar cosas propias de un niño de cinco años, la edad que tenía al perderse, como por ejemplo: "al principio no podía correr como los monos, pero luego ya sí". O bien: "Jugábamos todo el tiempo" (Ferrer, 1999).

Fue adoptado por un matrimonio que dirigía un orfanato, quienes se hicieron cargo de su crianza, poniéndole en la escuela. Lo llamativo de John ha sido su voz privilegiada, razón por la cual forma parte de un coro. Los expertos que le han analizado dicen que el joven tiene ciertas limitaciones mentales, se muestra tímido y reservado con los humanos, tiene problemas para aprender. Sin embargo, ha podido entablar comunicación con diversos investigadores a quienes les ha confirmado que los monos lo cuidaban y protegían (Vera, 2008).

Douglas Candland, psicólogo estadounidense de la Universidad de Buckneell (Pensilvania), viajó para entrevistar a John, quedando muy asombrado, ya que el niño fue capaz de reconocer a la especie de los monos *vervet* que le criaron en una foto de un libro científico, de entre cientos de especies de monos, lo cual demostró sin discusión alguna que los conocía. Más tarde, al observar la relación de John con los monos, este investigador concluye: "ha estado entre monos, seguro, no les mira de frente para evitar que se revuelvan contra él o huyan. En cuanto a la mano, les muestra que no tienen nada que temer. Son dos trucos que cuesta años de

observación adquirir, y él lo ha hecho de forma espontánea. Supongo que lo único que no sabremos nunca es cuánto tiempo pasó en la selva" (Ferrer, 1999).

Amala y Kamala

Fueron acogidas por la manada en dos momentos distintos y los indicios apuntan a descartar que fuesen hermanas carnales. En 1920 un misionero llamado J.A.L. Sing, que se encontraba a las afueras de Midnapore, fue informado por un nativo que era necesario hacer un exorcismo, ya que había un fantasma en el bosque. Cuando Sing fue a investigar lo que ocurría, encontró a dos niñas desnutridas y salvajes en la madriguera de unos lobos, a quienes la madre loba defendía como si fueran sus cachorros. Los nativos mataron a la loba y capturaron a las dos pequeñas. Kamala de seis años, era la mayor, y Amala tenía sólo 3 años. Separadas de los lobos, consideraban hostil a cualquier ser humano que se les acercara. Dormían juntas acurrucadas, aullaban, comían carne cruda y necesitaban estar con perros para alimentarse bien. Físicamente presentaban mandíbulas afiladas, caninos más largos de lo habitual. Tenían hábitos nocturnos, los ojos les brillaban en la noche, veían mejor en la oscuridad y presentaban un sentido del olfato especialmente desarrollado. No permitían que se les pusiese ropa y se la quitaban a mordiscos si se les vestía, mostrando serias dificultades para aprender a hablar y caminar erguidas. Su conducta social era deficiente: arañaban, mordían y atacaban como bestias a quienes se le acercasen. No sabían llorar o reír y no parecían manifestar ningún sentimiento humano.

Sin embargo, cuando Amala falleció, se vio a Kamala llorar, se le tuvo que separar por la fuerza del ataúd de su "hermana" y pasó las semanas siguientes refugiada en una esquina y aullando en las noches. Luego de la muerte de Amala, Kamala se mostró más sociable y afectuosa, aprendió los conceptos elementales de cantidad, empezó a andar por sí misma y adquirió un vocabulario de unas cuarenta palabras monosílabas. En 1929 contrajo la fiebre tifoidea y murió tras dos meses de enfermedad (Candland, 1993).

Cau Cau

En Chile contamos con el caso de Vicente Caucau, que fue encontrado en agosto de 1984. La historia cuenta que cuando lo descubrieron al interior de la ciudad de Los Ángeles, tenía aproximadamente 10 años, a pesar de aparentar menos, vivía entre pumas y caminaba en cuatro pies, tenía el pelo largo y el cuerpo cubierto por

vellos, además mostraba abundantes cicatrices y callosidades. Andaba en cuatro pies, e ingería alimentos crudos sin usar las manos. El carabinero que lo atrapó fue rasguñado y mordido por éste. Finalmente logró someterlo y llevarlo al retén, donde lo tuvo seis días –con un escape entre medio– para luego enviarlo a la comisaría de Puerto Varas. El espeso vello que cubría su cuerpo lo conservó hasta seis meses después de su captura.

El apodo "Cau Cau" se debió a que era lo único que pronunciaba al ser encontrado. Berta Riquelme, proveniente de la ciudad de Villa Alemana y profesora de lenguaje, lo adoptó y crió, enseñándole a hablar, leer y escribir. Caucau logró establecer una relación afectiva profunda y de dependencia con Berta, llegando incluso a llamarla mamá. Una vez que tuvo un hogar pudo recordar su pasado: padres alcohólicos, una choza indígena de la que se fue alejando por periodos cada vez más largos, hasta abandonarla completamente⁶.



Diario de la época reportando la aparición de Cau Cau

Cristián Vila, escritor y sobrino de Berta, conoció a Caucau desde pequeño y escribió un libro titulado "Crónicas del niño lobo" (Vila, 1998), en que relata la historia de Vicente. Vila relata haberse sorprendido por las extraordinarias habilidades que Vicente habría desarrollado en su vida salvaje: un olfato superior que le permitía oler carne a kilómetros, excelente visión nocturna y una fuerza descomunal, pero agrega que lo que más quería Berta de Vicente era su inigualable ternura al relacionarse con ella.

⁶ contacto.canal13.cl/.../ltp1qcontacto2005_reportaje_galeria_tpl.html

CONCLUSIONES

El retraso cognitivo y del lenguaje se produce siempre que vemos privación materna, ya sea en niños institucionalizados como también en los niños criados por animales.

La literatura e investigación al respecto nos muestra que el retraso cognitivo y del lenguaje se produce siempre que vemos privación materna, ya sea en niños institucionalizados como también en los niños ferales.

Sin embargo, en el caso de los niños institucionalizados, no se debe a la ausencia de cuidado humano sino más bien al carácter anómalo de la estimulación y a las condiciones ambientales que se caracterizan por masificación y despersonalización en la atención y cuidado que recibe el niño. Esto lleva a que también su capacidad de socialización y empatía se vean afectados, lo cual repercute en el desarrollo de su personalidad, y por ende en su conducta futura.

En el caso de los niños criados por animales las funciones cognitivas pueden verse mucho más afectadas que en el caso de los niños institucionalizados, ya que éstos ni siquiera han estado expuestos a la estimulación humana lingüística. Sin embargo, observamos que en algunos casos (Cau Cau, John Sbabunnya, Kamala) se conserva la capacidad para dar y recibir afecto como también el aprendizaje de la conducta social, aun cuando persista el retraso cognitivo, algo que puede ser imposible para algunos niños institucionalizados.

Entonces, ¿qué se podría concluir del análisis de estos niños ferales en comparación con los niños institucionalizados?

Algo fundamental es el hecho que el cerebro humano requiera de una interacción temprana con otros seres humanos para adquirir la capacidad lingüística. Si no existe esta relación temprana, no se desarrolla el lenguaje.

Es decir, si el lenguaje no es adquirido en los primeros años de la niñez, es imposible adquirirlo después, a pesar del entrenamiento intensivo. Tal como se explica en las primeras páginas del presente trabajo, "el lenguaje no se desarrolla plenamente si no existe estimulación en el momento apropiado" (ventanas de oportunidad).

Pueden aparecer funciones nuevas, producto de la estimulación. Parece ser que a los niños ferales se les desarrollan nuevas facultades necesarias para la sobrevivencia, y que en los humanos no aparecen, tales como la visión aguda nocturna, el olfato altamente desarrollado, o estructuras como dientes afilados. Esto nos muestra una asombrosa capacidad de adaptación de nuestra especie. Es decir, el cerebro tiene una asombrosa capacidad y adaptabilidad, lo que se manifiesta

en su neuroplasticidad, la cual se basa en que los nervios pueden producir nuevas conexiones nerviosas a través de un proceso llamado reorganización sináptica. El cerebro sería dinámico y capaz de adaptarse a los cambios provocados por situaciones nuevas, ya sea lesiones y/o accidentes (Gabriel, 2007). Es decir, las células nerviosas tienen la capacidad para cambiar sus propiedades, por ejemplo desarrollando nuevas sinapsis, o bien alterando la forma o la función de las existentes, como también desarrollando nuevos procesos.

La capacidad de vínculo puede ser estimulada por animales de mejor modo que por instituciones despersonalizadas. Respecto de la capacidad de afecto y empatía, tan necesarios para la convivencia social y desarrollo de la humanidad e incompatibles con las conductas y sentir antisocial o psicopático, creemos que la descripción que se realiza en la literatura nos aporta los siguientes elementos: en el caso de los niños institucionalizados, las capacidades de socialización y empatía se ven fuertemente afectadas, lo cual repercute en su conducta futura. En los niños ferales, si bien las funciones cognitivas pueden verse mucho más afectadas, es llamativo que en algunos casos (Cau Cau, John Ssabunnya, hermanas criadas por lobos) se conserva la capacidad para dar y recibir afecto como también el aprendizaje de la conducta social.

Lo anterior apuntaría a que la capacidad de vincularse podría desarrollarse al alero y cuidado de ciertos animales antes que por humanos desvinculados y automatizados en su forma de hacerse cargo del niño. Incluso en el caso de Oxana, que al parecer no logra vínculo afectivo con humanos, se observa que se siente a gusto y feliz con perros. Pareciera haber desarrollado con ellos la capacidad de vincularse, jugar y apoyarse emocionalmente cuando se siente estresada. A su vez, Oxana ha aceptado ser socializada, se viste, ha desarrollado un cierto lenguaje y se relaciona con seres humanos.

Es por ello que creemos que estos hechos nos muestran cómo la capacidad de afecto y empatía, que son actitudes incompatibles con las conductas y sentir antisocial o psicopático, y que además son tan necesarios para la convivencia social y desarrollo de la humanidad, es más posible que se desarrollen siendo cuidado por ciertos animales antes que por humanos incapaces de brindar el calor y afecto personalizado que requiere la crianza de un niño para un desarrollo óptimo y sano de la persona.

Es necesario revisar las prácticas de las instituciones que acogen a niños abandonados. Dada la importancia que tiene el logro del vínculo afectivo en la especie humana, se puede proponer una revisión de las políticas públicas que rigen las instituciones que acogen a niños en situación irregular. Estas instituciones, junto con dar abri-

go y alimentación, debiesen dar estimulación cognitiva y sobre todo condiciones de cuidado que les permitan a los niños establecer relaciones de apego que más adelante sean el soporte de un desarrollo afectivo y social adecuado. Quizás, más que pensar en grandes instituciones, se puede desarrollar el proyecto de hogares sustitutos, en los que una madre es la que acoge y cuida a estos niños mientras son adoptados en forma definitiva.

REFERENCIAS

1. Audersirk T, Audesirk, G. (1996) Biología. La vida en la Tierra. Cuarta edición. Prentice-Hall Hispanoamericana. SA
2. Candland D. (1993). Feral children and clever animals. Oxford: Oxford University Press
3. Bascuñán ML. Infancia. (2009) Desarrollo del recién nacido hasta los dos años de edad (cap 7). En: Psicología General y Evolutiva. Chile. Ed. Mediterráneo. Pp. 229-160
4. Bowlby J. (1998) El Apego y la Pérdida. Editorial Paidós, Buenos Aires
5. Estañol (2000) La vocación condenada. Editorial UNAM, México
6. Gabriel Federico (2007) El niño con necesidades especiales: neurología y musicoterapia. Editorial Kier. Pp. 47-48
7. Gorostegui M. (2008) Bases neurológicas del desarrollo (Capítulo 5) En: Dorr A, Gorostegui A, Bascuñán A. (2008) Psicología General y Evolutiva. Editorial Mediterráneo, Buenos Aires
8. Ferrer I. (1999) Reportaje: "John, el último niño salvaje del siglo". Diario El País
9. Mardomingo M. (1994) Capítulo 9: Desarrollo de la conducta y experiencia temprana. En: Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Díaz de Santos, Madrid
10. Mardomingo M. (1981) Efectos de la institucionalización sobre la conducta del niño durante los primeros tres años de vida. En: V simposio Español de Pediatría Social. Libro de Ponencias. Pp. 166-193
11. Polanco N. Estudio Descriptivo de las dinámicas vinculares niños institucionalizados. <http://www.monografias.com/trabajos72/estudio-dinamicas-vinculares-ninos-institucionalizados>. Recuperado en agosto 2009
12. Repetur K. (2005) Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. Revista Digital Universitaria, vol. 6 nº 11. <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/art105.htm>
13. Turner J. (1992) El niño ante la vida. Enfrentamiento, competencias y cognición. Morata, Madrid
14. Vera R. (2008) Revista Electrónica Española <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/reflexion-historia-john-ssabunnya/reflexion-historia-john-ssabunnya.shtml> (Recuperado en junio, 2009)
15. Vila C. (1998) Crónica de un niño lobo. Editorial LOM. Santiago de Chile
16. Winnicott D. (1991) Deprivación y Delincuencia. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina
17. Winnicott D. (1995) La familia y el desarrollo del individuo. Editorial Lumen Hormé, Buenos Aires, Argentina

PÁGINAS WEB CONSULTADAS

- http://www.absoluteastronomy.com/topics/Feral_child
- www.feralchildren.com/en/showchild.php?.oxana
- http://leenfantsauvage1d.wordpress.com/contacto.canal13.cl/.../t1plqcontacto2005_reportaje_galeria_tpl.ht

ENSAYO

PATOGRAFÍA DE UN PERSONAJE DE FICCIÓN: ANÁLISIS SEMIOLÓGICO DEL DELIRIO DEL QUIJOTE

(Rev GPU 2010; 6; 1: 46-50)

Sergio Peña y Lillo¹

Este artículo, extracto resumido de un capítulo de mi libro sobre el Ingenioso Hidalgo² –agotado hace 10 años– corresponde a una psicopatología de ficción. Es, por lo tanto, un “juego clínico” donde se analiza su locura con todo el rigor de la semiología diagnóstica, concluyendo –con suficiente certeza– que corresponde a una reacción paranoica pre-senil, en una personalidad previa normal. Se efectúa finalmente un análisis de las tres principales psicosis endógenas: la Esquizofrenia, la Parafrenia y la Paranoia, estableciéndose los rasgos básicos de su semiología diferencial.

Dijo Milan Kundera que “el novelista no tenía que dar cuentas a nadie, salvo a Cervantes”. Del mismo modo, pienso que la psiquiatría como disciplina médica, no tiene obligación alguna con las “patologías de ficción”, salvo –eso sí– asumir el desafío, aunque sea con ella misma, de precisar el diagnóstico del insólito escenario anímico en que trascurren las “aventuras” y “desaventuras” del Caballero Errante de la Mancha: ese loco sublime; el más sabio, el más tierno y encantador, tanto de la literatura como de la historia y que, además –más allá de sus continuos infortunios y fracasos– terminó triunfando en su apasionado anhelo; no de restablecer la caballería andante, pero sí de rescatar la nobleza íntima del espíritu que lo animaba: ese poder superior de la ilusión romántica sobre la mediocridad de lo vulgar y el agobiante hastío de la banalidad cotidiana.

Es por eso que el Quijote encarna y da todo su sentido a la hermosa y profunda paradoja de Platón, cuando señala: “Porque la locura es un don de los dioses y la cordura, en cambio, un mero afán de los hombres”.

EL JUEGO CLÍNICO

Si imaginamos al Quijote visto en reunión clínica de un servicio de psiquiatría –con sus armas de batalla y con el “dorado yelmo de Mambrino en la cabeza”– y relatando con erguida dignidad y ánimo sereno sus increíbles hazañas y aventuras, observaríamos sin duda entre los alienistas un inicial desconcierto en los límites de la perplejidad. Pero, después de oírlo fundamentar con su habitual elocuencia y elevado juicio, la certeza de su descabellado propósito de restituir en el mundo

¹ Profesor de Psiquiatría de la U. de Chile, Miembro de la Academia de Medicina. dr.pyl@vtr.net

² Peña y Lillo S. El Príncipe de la locura. Ed. Universitaria, Santiago, 1999.

la caballería andante, sin duda que, disipado el primer asombro todos quedarían convencidos de estar frente a un estrafalario y excepcional caso de paranoia.

En medicina –y particularmente en psiquiatría– existe con frecuencia un cierto margen de desacuerdo y, en algunos casos, la posibilidad de interpretaciones diferentes. No obstante, ante un cuadro clínico de tanta coherencia sintomática, habría un absoluto consenso en el diagnóstico. Y si al término de la reunión se solicitara que alguno de los especialistas hiciera una síntesis de lo observado y fundamentara el diagnóstico, descartando las alternativas diferenciales, seguramente expondría la siguiente secuencia de consideraciones clínicas.

Su apariencia estrafalaria, vivida con completa naturalidad y sin intención alguna de explicarla, nos muestra de inmediato que estamos en presencia de una grave trastocación del juicio. Su concurrencia involuntaria a esta reunión, traído por unos amigos y aparentemente engañado con el pretexto de relatar sus heroicas hazañas, demuestra que no comprende la situación de entrevista y que no tiene conciencia de su enfermedad mental, lo que, unido a la convicción irrefutable de que todos los sucesos relatados han sido reales, nos confirma que se trata de un caso de locura. Su incapacidad de percibir su propio trastorno psíquico se evidencia, además, en la facilidad con que sus ideas insensatas trascendieron a su conducta. Se descarta por lo tanto, de inmediato, la posibilidad de una neurosis o personalidad psicopática, ya que estos trastornos conservan la indemnidad del juicio de lo real y no presentan jamás interpretaciones absurdas ni conductas insensatas.

La seriedad de su relato y la concordancia expresiva que acompaña a su discurso hacen evidente la autenticidad de sus certezas y evocan en el observador esa particular credibilidad que siempre inspira lo verdadero y lo honesto sea normal o patológico. Se descarta entonces tanto la posibilidad de una simulación, como también de las típicas fabulaciones de la mitomanía histérica, que se caracterizan por la expresividad contradictoria y esa superficialidad afectiva de todo aquello que no viene de lo hondo y que –por lo mismo– no resulta convincente.

La completa lucidez de su estado de vigilia, la coordinación mímica y su lenguaje coherente, además de su adecuada orientación témporo-espacial, descartan la existencia de un cuadro obnubilatorio de la conciencia, del tipo de los que se observan en los daños cerebrales agudos.

Del mismo modo, se elimina cualquier cuadro de daño cerebral crónico, ya que éstos se caracterizan por un deterioro de las funciones instrumentales de la inteligencia, particularmente de la atención, de la memo-

ria, y de la capacidad abstracta, conduciendo progresivamente a la demencia. Nuestro Hidalgo no muestra ningún signo neurológico ni tampoco sospecha alguna de decaimiento intelectual; por el contrario, su lenguaje es brillante, denotando elocuencia y elevado juicio en todo lo ajeno a su delirio e, incluso, desconcertando por la sorprendente sabiduría de sus reflexiones. Es efectivo que en las demencias pueden surgir ideas absurdas e insensatas, pero son siempre meras afirmaciones aisladas y cambiantes por el profundo compromiso de la memoria y no configuran jamás, como en este caso, un sistema delirante sostenido, coherente y razonado. Además, por la edad de nuestro enfermo (“cincuenta años”) sólo sería posible una demencia del tipo pre-senil (enfermedad de Alzheimer), trastorno progresivo e incurable que desmantela con rapidez todos los procesos intelectuales que sostienen la claridad del psiquismo. Sin duda, el diagnóstico de demencia es el más fácil de descartar en el caso de nuestro paciente, dada la increíble vitalidad de su ánimo y la exuberante riqueza imaginativa, tanto de su lenguaje como de los contenidos de su relato.

No puede tratarse tampoco de una enfermedad afectiva bipolar, en que alternen episodios de decaimiento y de exaltación del ánimo (fases melancólicas y fases maníacas). Sólo excepcionalmente surgen en esta enfermedad falsas interpretaciones o ideas absurdas de la realidad, que son siempre secundarias al profundo compromiso emocional. Así, existen “delirios depresivos” que son del tipo hipocondríaco, de culpa o de ruina y “delirios maníacos” con euforia y aumento de la seguridad personal, pero con un fondo de nerviosismo, de insomnio y de importante inquietud psicomotora. Estos estados, por lo demás, son transitorios y alternan con periodos interfásicos de total normalidad. Los “delirios maníacos” a su vez –que serían los únicos con cierta semejanza al de este enfermo– son de temática inconstante y variada (delirios erráticos), debido a que en ellos no existe un compromiso primario del juicio sino un pensamiento ideo-fugitivo, que oscila de acuerdo a los vaivenes del humor.

En conclusión, el diagnóstico clínico de nuestro paciente queda circunscrito al campo de las locuras endógenas, que –en lo fundamental– configuran tres formas básicas, suficientemente diferenciadas: la esquizofrenia, la parafrenia y la paranoia.

ANÁLISIS DIFERENCIAL DE SU DELIRIO

Como el síntoma principal de estas locuras –o al menos el más notorio– es la presencia de un delirio, el problema diagnóstico de nuestro Hidalgo se circunscribe

finalmente a la dilucidación del tipo específico de su experiencia delirante. Antes de efectuar este análisis –el más importante de nuestro juego clínico– deseo precisar los conceptos de locura y de delirio, tal como se emplean en la psiquiatría actual.

Sin duda, uno de los enigmas más desconcertantes del hombre es su locura: el quiebre de la normalidad de su pensamiento. El término deriva del portugués *louco*, que significa “un hablar disparatado”. Y –etimológicamente– se vincula a *logos* en su doble acepción de palabra y de sentido; de verbo y de razón. Es por eso que se incluye dentro de las locuras a todos los trastornos psíquicos que resultan ininteligibles, o que dan origen a ideas y comportamientos insensatos. Clínicamente, las locuras se caracterizan por la pérdida de los criterios habituales de certeza (perceptivos y lógico-racionales), apareciendo un nuevo juicio anormal de realidad que se expresa en la existencia de delirios o de alucinaciones y, en general, de una conducta extravagante e incomprensible, sin que el sujeto tenga conciencia de enfermedad mental.

En cuanto al delirio, el término se utilizó en la antigüedad como sinónimo de insanía, concepto que engloba a diversos trastornos intelectuales y morales más o menos inespecíficos del psiquismo. Pero la visión moderna –que es la que nos interesa para diagnosticar al Quijote– se refiere a una perturbación –primaria o secundaria– del juicio en que el enfermo tiene ocurrencias o hace interpretaciones falsas o insensatas de la realidad, con certeza absoluta y sin posibilidad de corrección –a diferencia de los errores comunes– mediante la argumentación lógica o la evidencia pragmática. Son estos “delirios lúcidos” (del latín *de lira*: estar fuera de surco) los que caracterizan a las verdaderas locuras y se observan en la esquizofrenia, la parafrenia y paranoia, que serán precisamente las tres enfermedades clave de nuestro diagnóstico diferencial.

Ahora, lo más significativo en el delirio del Quijote –aquello que lo caracteriza como estructura psicopatológica– es que constituye un todo compacto y coherente de ideas absurdas pero íntimamente vinculadas entre sí y que configuran un conjunto armónico de relativa lógica interna (sistema delirante). Del mismo modo, algunos de los nuevos elementos que irá incluyendo en el delirio están de antemano implícitos en la certeza original. Así, por ejemplo, al ser un caballero andante se ve obligado a tener un nuevo nombre para él y su caballo, amar a una dama, etc. Estos actos, en realidad, no son arbitrarios sino razonables desde la convicción insensata. Pero aun cuando se conserva una apariencia de lógica y de orden en el pensamiento, hay falta de rigor crítico e incapacidad de enjuiciamiento

pragmático, lo que permite que la locura se vaya retroalimentando a sí misma y se convierta en una especie de círculo delirante cerrado y autosuficiente. Es por eso que las nuevas percepciones engañosas –evocadas por la exaltación emocional– irán surgiendo como una “necesidad interior” del propio delirio. Nos dice su relato que “*apenas comenzada su aventura y estando con grandísimo contento, reparó... y le vino a la memoria que no era armado caballero*”. De inmediato, la casual presencia de la venta se le antojará un castillo y –a partir de ese momento– se desarrollará, como un torrente incontenible de la fantasía, el proceso expansivo de su locura. Esta coherencia interna es característica del delirio de la paranoia que, por lo mismo, ha sido llamada *locura razonante*. También es propio de esta enfermedad –y exclusivo de su delirio– el que las convicciones insensatas actualicen emociones concordantes con las ideas, de tal modo que éstas, tal como ocurre en el Quijote, trascienden a la conducta y movilizan al enfermo de inmediato a la acción (Delirio Actuado).

Los delirios de la esquizofrenia y de la parafrenia, en cambio, están hechos de ocurrencias y certezas aisladas, por lo que nunca configuran –como en la paranoia– un “sistema” coherente. Además, son convicciones “suspendidas” y aisladas del resto del psiquismo, que no evocan respuestas afectivas concordantes ni originan actuaciones o comportamientos consecuentes con lo imaginado. En el caso de la esquizofrenia, el enfermo pareciera tener un destino “atomizado” que refleja la fragmentación del psiquismo, propia y definitoria de esta enfermedad (mente escindida). Es por eso que estos enfermos –salvo en sus brotes agudos– tienden a permanecer aislados del ambiente y desinteresados del mundo que los rodea. Este síntoma –central para el diagnóstico de la esquizofrenia– se denomina autismo y corresponde a una “desconexión de lo real” que, en sus grados más avanzados, lleva al enfermo –que permanece pasivo y ensimismado– a una pérdida más o menos completa de los propósitos vitales y de los intereses prácticos. En el caso de la parafrenia, que para muchos es sólo una forma tardía de esquizofrenia, el delirio es igualmente disociado, tanto de la afectividad como de la conducta. Lo más característico de la parafrenia –que se inicia después de los 40 años a diferencia de la esquizofrenia que se instala entre los 17 y 19 años– es que el delirio, de base alucinatoria, permanece “encapsulado” y como en un segundo plano, permitiéndole al enfermo un comportamiento social mermado, pero de relativa normalidad. Esta capacidad de los parafrénicos de vivir “a caballo” entre dos mundos: el alucinado y el real, se denomina “doble orientación pragmática” y

no existe en los esquizofrénicos, que son incapaces de integrarse en la sociedad.

Podría decirse entonces que, en su actitud ante el mundo, estas tres locuras se comportan de un modo diferente: el esquizofrénico se aísla y lo ignora; el parafrénico lo acepta y convive con ambas realidades, la normal y la alucinada; y el paranoico, en cambio, lo enfrenta imponiéndole sus convicciones delirantes. En efecto, los paranoicos no ignoran lo real, pero tampoco lo aceptan por completo, sino que lo fusionan con sus propias fantasías y viven entremezclando con absoluta naturalidad lo verdadero y lo ilusorio. Es precisamente el caso de don Quijote, para quien la realidad –ya distorsionada– se convierte en una arena en la que lucha y combate –con valor y decisión– movido por las certezas de su locura. Este rasgo que podríamos llamar “social” del paranoico –antítesis del autismo esquizofrénico– es lo que determina, a su vez, el hecho de que estos enfermos no sólo suponen sino que exigen, que los demás compartan sus ideas y que actúen en conformidad con su delirio y se irritan –hasta la agresión– si alguien pone en duda sus ideas insensatas.

La tendencia tan propia de la paranoia, de actualizar de inmediato sus propósitos –que se observa en todas las “hazañas” del Quijote– obedece en gran medida a la relativa indemnidad del resto del psiquismo, que es lo que le permite reaccionar ante lo que estima inaceptable, como cualquier persona normal lo haría en una situación semejante y tuviera una absoluta certeza de la legitimidad de su conducta. Es en este sentido que puede decirse que las actuaciones insensatas de los paranoicos provienen de una reflexión lógica apoyada en suposiciones falsas, del mismo modo como funcionaría una máquina computadora si se la “alimenta” con información errónea. Sin embargo, en un análisis más profundo, se puede ver que el pensamiento de los paranoicos es sólo de apariencia lógica, y que se trata de un juicio falto de rigor que es incapaz de volver sobre sí mismo y de enjuiciar críticamente las consecuencias de sus actos descabellados. No podría ser de otro modo, desde el momento en que en todas las locuras existe, en mayor o menor grado, una perturbación global del psiquismo que –por una especie de “parálisis” de la reflexión– explica la certeza incommovible de las convicciones delirantes.

Otro elemento de importancia decisiva para el diagnóstico del delirio del Quijote es la ausencia de alucinaciones, que sólo existen en la esquizofrenia y la parafrenia. Lo alucinatorio se refiere a percepciones que carecen de estímulo; es decir, no ya a percepciones falsas o deformadas de un objeto o situación real como ocurre con las ilusiones, sino meras fantasías inexisten-

tes (tener visiones, escuchar voces, etc.). La locura de nuestro hidalgo se irá estructurando exclusivamente sobre ilusiones que son engaños sensoriales debido al componente afectivo del tema delirante. Así, ya en su primera interpretación errónea, tenemos una típica ilusión: “Ve una venta;... y se la representó que era un castillo”. No obstante, en la locura del Quijote, las experiencias ilusorias son mínimas y hay un franco predominio de interpretaciones y juicios delirantes. En efecto, sólo cuando va a realizar sus más arriesgadas empresas aparecen estos errores sensoriales, como es el caso típico de ver gigantes en los molinos harineros. En estas ocasiones, además, después del inevitable desastre y ya apaciguado, desaparece lo ilusorio y el hidalgo es capaz de percibir correctamente lo real. Otra cosa es que –incorporando el fracaso a su delirio– lo interprete como “engaño” y “obras de encantamiento” de sus enemigos que pretenden privarlo de su gloria. Del análisis que hemos expuesto puede concluirse –con suficiente certeza– que la enfermedad mental del Quijote fue una paranoia.

Ya la etimología del término *paranoia* alude a un comprender paralelo y “parecido al conocimiento”. Ahora, como enfermedad mental, corresponde a una forma de locura lúcida que trastoca el significado de lo real de un modo sistemático y expansivo, tal como se observa en el Quijote. Pero cabe preguntarse: ¿Qué puede aportar este diagnóstico a la comprensión de un ser imaginario cuya textura íntima es esencialmente literaria? Obviamente muy poco, ya que nada agrega a su calidad estética y a su honda proyección antropológica. ¿Qué quedaría del Quijote visto sólo como un alienado, al margen del texto de la novela, de su brillante prosa y de la exuberancia imaginativa del genio de Cervantes? Sólo un “historial clínico” que –por lo insólito y extravagante de su delirio– sería un caso excepcional dentro de la enfermedad, pero privado de toda la magia y del encanto de su conmovedora poesía.

Sin embargo, el Quijote fue un paranoico y –al menos desde la psiquiatría– podemos ahondar su comprensión psicopatológica. Desde luego, existen diferentes formas de la enfermedad que permiten y obligan a una mayor precisión clínica: se distinguen dos principales tipos de locura paranoica:

La Paranoia Vera, que es la forma más grave de la enfermedad y que consiste en un desarrollo delirante incommovible que se inicia alrededor de los 30 años, como una exacerbación paulatina –y esto es lo fundamental– de un carácter previo que se denomina Paranoico caracterizado por una hipertrofia del yo; desconfianza y recelo, que le dan un significado negativo y personal a los acontecimientos neutros (autorreferencias).

Las Reacciones Paranoicas, que pueden surgir a cualquier edad por hechos o situaciones de intensa carga afectiva y –lo que es más decisivo– sobre una personalidad previa no paranoica, que puede ser de cualquier tipo y, en ocasiones –como el caso de nuestro Hidalgo– corresponder a un carácter normal. Parecería evidente, de acuerdo a esta dicotomía clínica, que la locura del Quijote no fue una *paranoia vera* sino una *reacción paranoica*, debida a una exaltación emocional excesiva por la lectura de los libros de caballería, que quebró transitoriamente la dirección normal de su psiquismo y –por la edad de comienzo– fue una forma pre-senil de la enfermedad.

La ausencia de una personalidad paranoica previa es sin duda lo que explica por qué en el Quijote no se observa esa continuidad entre la época normal y la patológica, lo que es propio de los desarrollos paranoicos. En nuestro hidalgo ocurre todo lo contrario y su locura –que se instala de un modo súbito y no insidioso– va a transformar, en su raíz, la sencilla y serena vida de don Alonso Quijano. Es también la ausencia de una personalidad paranoica lo que determina que el Quijote no tenga suspicacia ni desconfianza alguna, lo que impide que nuestro hidalgo caiga en los típicos delirios persecutorios que son infaltables en los desarrollos paranoicos, donde forman una unidad con las ideas de grandeza, de la personalidad previa, como si sólo fueran el reverso y el anverso de un mismo fenómeno. Es precisamente el fracaso de sus proyectos descabellados lo que lleva a los paranoicos clásicos a sentirse víctimas de abusos y de atropellos y la razón que origina sus frecuentes conductas agresivas y querulantes. Pero en el Quijote no hay ideas persecutorias. Su delirio es sólo de nobleza y omnipotencia; casi un “delirio de enormidad”. No desconfía del mundo ni de nadie y sólo apoya su entusiasmo en el vigor de su coraje y en la fuerza de su espada.

El Quijote fue un paranoico, pero un paranoico muy especial. Jamás tuvo actitudes reivindicativas ni pleitistas, como es lo habitual en la paranoia. Y aceptó

sin quejas y con esa resignación de los héroes trágicos, las “fuerzas del mal” que entorpecían la ejecución de los propósitos de su destino. El Hidalgo, en efecto, habita en la credulidad de su alma transparente. No conoce el recelo y es precisamente su ingenuidad sin cautela “la que lo hace vulnerable como un niño”. Es efectivo que interpreta sus fracasos como “obras de encantamiento”, que atribuye al poder mágico de sus “enemigos”. Pero lo acepta con serenidad y sin abrigar sentimientos vengativos; con esa resignación de los hombres superiores ante lo adverso del destino. Se queja, sin duda, de esos bribones que intentan privarlo de su gloria pero, cuando alude a ellos, no se percibe resentimiento alguno, sino más bien esa indiferencia del olímpico desdén, como si en su alma generosa no hubiera espacio para el rencor o la venganza.

Definitivamente, la personalidad previa del Quijote fue normal y, hasta donde se puede deducir de la escueta descripción de Cervantes, lo más decisivo era su generosidad de alma que lo hizo apodar “don Alonso Quijano, el Bueno”. Es por eso que el Quijote no mostrará jamás esa “dureza fría” de los clásicos paranoicos y, a través de todo su delirio, traslucirá siempre la finura y el gentil señorío de su disposición innata: “*de apacible condición y de agradable trato*” (II,74). Fue un hombre de armas, pero sin ánimo de crueldad y nunca mató ni hirió a nadie. Durante su locura amaba el combate personal y heroico, pero no así la violencia anónima de las matanzas inhumanas.

Pero también por la ausencia del recelo tormentoso que acompaña a las ideas persecutorias, es que puede decirse que la enfermedad del Quijote no sólo fue una paranoia “blanda”, sino que también “feliz”. Así vemos cómo, a pesar de los continuos desastres de sus aventuras y de sus frecuentes padecimientos físicos, su ánimo permaneció siempre alegre y ningún fracaso ni los continuos “engaños” del siniestro Frestón lograron perturbar la placidez del encantado mundo de sus fantasías.

INTEGRACIÓN TEÓRICA

FUNDAMENTOS DE LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN LA PSICOTERAPIA CORPORAL RELACIONAL

(Rev GPU 2010; 6; 1: 51-62)

André Sassenfeld¹

En contribuciones anteriores he intentado comenzar a articular un marco conceptual general para comprender teórica y clínicamente el cuerpo y la corporalidad desde una perspectiva relacional (Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b, 2008c, 2008d, 2009). Este marco de referencia –la psicoterapia corporal relacional o analítica– integra conceptos provenientes de campos de investigación contemporáneos que incluyen la teoría del apego y la investigación de infantes, el psicoanálisis relacional e intersubjetivo, la psicoterapia corporal, y el neuropsicoanálisis y la neurobiología interpersonal. En estos trabajos previos he buscado clarificar distintos aspectos conceptuales y clínicos de la psicoterapia corporal analítica. En éste, dedico atención en especial a tres supuestos o principios básicos acerca de la naturaleza de la relación psicoterapéutica desde su perspectiva. Tales principios han sido elaborados y discutidos en un grupo de trabajo en torno a la psicoterapia relacional corporal constituido por Marcela Araneda, Leila Jorquera y el autor.

La psicoterapia corporal relacional o analítica es un enfoque psicoterapéutico en desarrollo que integra elementos provenientes especialmente de las psicoterapias corporales, el psicoanálisis relacional e intersubjetivo, la teoría del apego y la investigación contemporánea de infantes, y el neuropsicoanálisis y la neurobiología interpersonal (Geissler, 2009; Geissler & Heisterkamp, 2007a; Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b, 2008c, 2008d, 2009). Articula un marco conceptual amplio para el quehacer clínico que se centra en

las vicisitudes del cuerpo y los vínculos en los contextos del desarrollo del individuo, de la psicopatología y del tratamiento psicoterapéutico. En términos generales, este marco conceptual se ha mantenido de modo intencional como un *campo teórico* abierto en evolución que se compone de una diversidad de elementos, un campo dentro del cual existen múltiples posibilidades tanto para las formulaciones conceptuales y clínicas como para las aplicaciones prácticas. En este sentido, la psicoterapia corporal relacional tiene una profunda afi-

¹ Psicólogo clínico. Académico U. de Chile. Contacto: asjorquera@hotmail.com

nidad y cercanía con el psicoanálisis relacional, el cual no es una escuela de pensamiento unificada e integrada, dado que [...] deriva de la aportación de distintas corrientes, ni es tampoco una posición teórica singular. Más bien agrupa distintas maneras de enfatizar la importancia de las relaciones interpersonales y su repercusión intrapsíquica, tanto en el curso del desarrollo como en el del proceso psicoanalítico (Coderch, 2001, p. 127).

La psicoterapia corporal analítica está definida, en lo esencial, por la utilización de un marco conceptual a grandes rasgos analítico en cuanto a teoría del desarrollo de la personalidad, de la psicopatología y de la psicoterapia, un marco conceptual que se inscribe en gran medida dentro de la tradición relacional del psicoanálisis contemporáneo (Aron, 1996; Aron & Harris, 2005; Mitchell & Aron, 1999). Por otro lado, dadas las influencias que recibe de las psicoterapias corporales y la investigación empírica de infantes, el foco en las relaciones humanas es complementado sistemáticamente por un foco simultáneo en la dimensión somática de los vínculos, que incluye en especial la experiencia subjetiva del cuerpo y el dominio de la comunicación no-verbal a través de la expresión emocional. Clínicamente, lo que convierte esta aproximación al mismo tiempo en un enfoque terapéutico corporal es la aplicación consecuente de un *setting* y *encuadre abiertos* a las intervenciones somáticas en el marco de la relación entre paciente y psicoterapeuta (Geissler, 2009; Heisterkamp & Geissler, 2007; Sassenfeld, 2008a, 2008b). Parte de ello es por supuesto una revisión y modificación clara de conceptos asociados como la neutralidad, el anonimato y la abstinencia del terapeuta (Geissler, Geissler & Hofer-Moser, 2004).

Desde mi perspectiva, la meta clínica de la psicoterapia corporal analítica guarda relación con el “despliegue, la comprensión y la transformación del mundo subjetivo de un paciente. [El proceso de transformación] que es puesto en marcha por medio de la actividad analítica y sus inevitables descarrilamientos tiene lugar en el seno de un sistema intersubjetivo específico” (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987, p. 23). En otras palabras, el cambio psicoterapéutico emerge y transcurre en y a través de una relación entre dos personas. La psicoterapia toma forma a partir de la “creación conjunta de un entorno emocional, un campo intersubjetivo, en el interior del cual pueden ser exploradas sin peligro conjuntamente aquellas ‘regiones’ del inconsciente, en las cuales tienen sus raíces los aspectos problemáticos de la subjetividad” (Orange, Atwood & Stolorow, 1997, pp. 17-18). Tal como enfatizó Bowlby (1988), la exploración del mundo interno del paciente requiere

que el paciente experimente la relación con el terapeuta como base segura. Muchos aspectos de las regiones conflictivas de lo inconsciente se expresan y pueden ser exploradas a través del cuerpo y la corporalidad.

Dado el énfasis de la psicoterapia corporal relacional o analítica en los aspectos vinculares del desarrollo del individuo (Bentzen, 2006; Downing, 2006; Geissler, 2007; Sassenfeld, 2007b, 2008b, 2008c) y consiguientemente de la psicoterapia –la psicología clínica es, en esencia, psicología del desarrollo aplicada (Schoore, 2003a)–, se ha hecho necesario intentar explicitar y clarificar la visión básica que el enfoque tiene de la relación psicoterapéutica. Esa es la pretensión que guía este trabajo. En este contexto, se presentarán tres principios generales como propuesta para definir la aproximación de la psicoterapia corporal relacional a la relación terapéutica en términos teóricos, pero que al mismo tiempo encauzan el trabajo clínico práctico y apuntalan al psicoterapeuta en su comprensión de los vaivenes relacionales que marcan la interacción entre paciente y terapeuta y en la elección de estrategias oportunas de intervención. En todo caso, estos principios deben visualizarse como completamente interdependientes y complementarios. Sólo tomados en conjunto contribuyen a esbozar la perspectiva de la psicoterapia corporal relacional respecto del vínculo entre paciente y terapeuta.

PRINCIPIO I: RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA Y CUERPO

Existe en la actualidad un gran interés por comprender y abordar la dimensión corporal de la relación psicoterapéutica. Este interés se manifiesta en al menos dos aspectos complementarios. Por un lado, se encuentran los sostenidos esfuerzos que las neurociencias realizan para dar cuenta de los correlatos neurobiológicos de las interacciones interpersonales en general y de la interacción entre paciente y terapeuta en particular (Cozolino, 2006; Gabbard, 2006; Gallese, Eagle & Migone, 2007; Greatrex, 2002; Javanbakht & Ragan, 2008; Sassenfeld, 2008d; Schoore, 2002, 2003a, 2003b; Siegel, 2006). Estos esfuerzos intentan principalmente poner al descubierto lo que podríamos denominar el *cuerpo objetivo* involucrado en interacciones con otros cuerpos, esto es, el conjunto de las estructuras anatómicas y los procesos fisiológicos y neuroquímicos del cuerpo biológico medible y objetivable. El estudio del llamado sistema de las neuronas espejo y otros sistemas neurobiológicos implicados en la percepción, reconocimiento e interpretación de las expresiones emocionales no-verbales y de los estados mentales de los demás han puesto al

descubierto la tremenda complejidad de procesos que, en general de modo inconsciente, subyacen y apuntalan las interacciones entre los organismos vivos.

Por otro lado, en las últimas décadas la dimensión no-verbal del intercambio clínico ha vuelto a despertar la atención de numerosos psicoterapeutas, en especial aquellos de orientación relacional (BCPSG, 2002, 2005, 2007; Beebe, Knoblauch, Rustin & Sorter, 2005; Beebe & Lachmann, 2002; Pally, 2001; Schore, 2003a, 2003b, 2005; Stern *et al.*, 1998; Wallin, 2007). Estos terapeutas están más bien interesados en comprender las complejas interacciones y regulaciones no-verbales recíprocas que podemos reunir bajo el concepto del *cuerpo intersubjetivo*, incluyendo mecanismos no-verbales de cambio terapéutico. Aun otros investigadores y psicoterapeutas se han ocupado del *cuerpo subjetivo* o corporalidad, que corresponde a la experiencia subjetiva de la propia realidad somática, y también del papel fundamental del cuerpo en la constitución de la conciencia y subjetividad humana y el funcionamiento psíquico (Cozolino, 2006; Damasio, 1994, 2000; Schore, 2003a, 2003b; Siegel, 1999; Stolorow & Atwood, 1992). Las ciencias cognitivas y las neurociencias, por ejemplo, hablan hoy de *cognición encarnada*, subrayando que los procesos psicológicos invariablemente requieren de un sustrato somático (Edelman, 2006; Garbarini & Adenzato, 2004; Thompson & Varela, 2001).

Estos numerosos esfuerzos de investigación, comprensión y conceptualización han puesto de relieve desde puntos de vista complementarios la relevancia central de la dimensión corporal de la relación psicoterapéutica. En concordancia con estos hallazgos, el primer principio de la psicoterapia corporal relacional sostiene que *la relación psicoterapéutica es una relación psicoterapéutica encarnada* que tiene correlatos neurobiológicos específicos. Dicho de otro modo, todo fenómeno psíquico y emocional que emerge en el seno de la relación entre paciente y terapeuta es simultánea e invariablemente un fenómeno corporal –“en vez de pensar en términos de psique y soma, tendemos a pensar en la psique-soma [...]” (Meissner, 2006, p. 296) y “hemos dejado de pensar en mente y cuerpo como aspectos en interacción y, más bien, los pensamos como involucrados y entrelazados sinónimamente en el mismo proceso psicósomático” (p. 310). En cuanto tal, la relación terapéutica implica al menos los tres aspectos que diferenciamos con anterioridad: un *aspecto objetivo* neurobiológico observable y cuantificable en determinadas circunstancias; un *aspecto subjetivo* experiencial (potencialmente) perceptible por el individuo involucrado; y un *aspecto intersubjetivo* vinculado con el dominio de la expresión no-verbal, perceptible tan-

to en términos subjetivos como en términos objetivos. Por ejemplo, la presencia de una intención del paciente respecto del terapeuta existe objetivamente como un determinado patrón de activación neuronal y fisiológica, subjetivamente como estado emocional y mental, e intersubjetivamente como un conjunto de expresiones no-verbales faciales, posturales y vocales específicas.

En el mundo de la psicoterapia corporal éste es un principio que en términos más generales tiene su antecedente conceptual histórico en el concepto de la *identidad funcional* de cuerpo y mente formulado por Wilhelm Reich durante la década de 1930. Reich (1942) planteó:

El hecho de que el soma influencia la psique es correcto, pero es unilateral. Lo inverso de esto, esto es, que la psique condiciona el soma, puede observarse una y otra vez. Ampliar el ámbito psíquico en tal medida como para hacer valer sus leyes en el ámbito somático no funciona. El concepto de que lo psíquico y lo somático son dos procesos independientes, que meramente interactúan uno con el otro, no está en concordancia con la experiencia cotidiana (p. 264).

Dadas estas constataciones, Reich finalmente optó por conceptualizar lo que denominó la simultánea identidad y antítesis funcional de cuerpo y mente. En el nivel de las manifestaciones concretas, los fenómenos corporales y los fenómenos psíquicos son distintos (antítesis). Pero, en un nivel más profundo, ambos son funcionalmente idénticos (identidad): tomando como ejemplo su noción del acorazamiento caracterial, Reich afirma que la idea de la identidad funcional “no significa nada más que las actitudes musculares y las actitudes caracteriales tienen la misma función en el mecanismo psíquico: pueden reemplazar la una a la otra y pueden ser influenciadas la una por la otra” (p. 270). Su concepto expresa la efectiva e inseparable unidad del funcionamiento psicológico y somático.

Recientemente, Geissler y Heisterkamp (2007b) han formulado la noción de los *movimientos de la vida* como conceptualización unificadora de cuerpo y mente.

Se trata de la formación de un concepto específico a la psicoterapia corporal analítica con la finalidad de no renunciar nuevamente a la visión holística de lo psíquico en la división en elementos de los fenómenos observables. Todas las articulaciones y formas de expresión de lo vivo –todos los movimientos de la vida, sean mentales o corporales– son visualizadas como partes integrales de la

totalidad en desarrollo. Sólo pueden ser contempladas de modo aislado con un detrimento de una comprensión psicológica profunda (Geissler, 2009, p. 370).

Por un lado, este concepto enfatiza la importancia de visualizar la realidad humana en términos unitarios como expresión de la vida que, en cuanto tal, da cuenta de algo en sí mismo unificado. Resulta interesante que también el concepto de Reich se basa en una apreciación global del organismo como forma de vida. Por otro lado, la noción de los movimientos de la vida coloca el acento en otro elemento adicional: la cualidad procesal y dinámica de la realidad humana. Para Geissler y Heisterkamp, los movimientos de la vida capturan el constante proceso de tomar forma y cambiar de forma que caracteriza tanto a los fenómenos psíquicos y emocionales como a los fenómenos corporales, algo que antes de ellos Keleman (2006) llamó el *proceso formativo*². Para la psicoterapia corporal relacional es, desde el punto de vista de este primer principio, central destacar que la relación psicoterapéutica debe ser concebida consecuentemente como un conjunto específico de movimientos de la vida que transcurren entre dos organismos humanos que interactúan.

PRINCIPIO II: NATURALEZA DEL VÍNCULO PSICOTERAPÉUTICO

La teoría de las psicoterapias profundas está marcada de modo irrecusable por el predominio de la dimensión histórica en la relación entre paciente y terapeuta. La genialidad de Freud le permitió comprender que muchos fenómenos relacionales en la situación analítica corresponden a repeticiones del pasado vincular del paciente —el paciente transfiere experiencias de relación con figuras significativas del pasado a la relación presente con el psicoterapeuta, una circunstancia que determina la percepción y experiencia actual que el paciente tiene de un otro. Este énfasis en ocasiones ha opacado el hecho de que el vínculo terapéutico no solamente está marcado por la actualización del pasado. Asimismo, este énfasis en alguna medida trajo consigo una consideración unilateral de la subjetividad del paciente (Aron, 1996; Coderch, 2001; Renik, 1993)

² “Crecemos desde un niño pequeño hasta un ser humano adulto y cambiamos nuestra forma a lo largo de nuestra vida media docena de veces. [Así,] nos encontramos siempre en un proceso de formación de nuestro self corporizado visible” (Keleman, 2006, pp. 246-247).

—en definitiva, “el psicoanálisis tradicional es psicología de una sola persona” (Modell, 1984, p. 21) que se focaliza en una concepción intrapsíquica unipersonal. De manera consecuente, una meta clínica fundamental siempre ha sido entender lo que ocurre en la mente del paciente, incluyendo su percepción y experiencia de la relación con el terapeuta, pero no específicamente aquello que ocurre entre ambos o la ligazón particular de lo que ocurre en la subjetividad del terapeuta con lo que ocurre en la subjetividad del paciente. Como indica Coderch (2001), toda la metodología psicoanalítica clásica está destinada a la observación de lo que tiene lugar en la psique del paciente.

En efecto, en la teoría analítica clásica la noción de transferencia está ligada de modo directo con el concepto del analista como pantalla en blanco, esto es, como figura de proyección cuya propia subjetividad ha sido con frecuencia conceptualizada como interferencia al proceso psicoterapéutico (Aron, 1996; Coderch, 2001; Hoffman, 1983; Rodríguez-Sutil, 2007). Esta noción está basada en los supuestos epistemológicos, cuestionados por el psicoanálisis relacional, de que existe una realidad objetiva cuya percepción puede estar distorsionada, de que existe la posibilidad de separar con claridad y de aislar las subjetividades del paciente y del terapeuta, y de que el terapeuta puede actuar como una especie de observador externo no involucrado en la situación relacional que se da en la psicoterapia. Los ideales de la abstinencia, de la neutralidad y del anonimato del psicoterapeuta, que también provienen del psicoanálisis clásico y su metáfora del terapeuta como cirujano aséptico introducida por Freud, apuntan de modo similar a la necesidad de tratar la subjetividad del terapeuta como algo cuya influencia es necesario minimizar tanto como sea posible (Aron, 1991, 1996; Rodríguez-Sutil, 2007). Sin embargo, en la actualidad muchos teóricos consideran que “la idea del anonimato del analista es una pura ilusión [...] Con sus intervenciones, sean interpretativas o no, el analista muestra esplendorosamente su personalidad” (Coderch, 2001, p. 57) —por no mencionar otros aspectos como su vestimenta, su expresión corporal o el lugar en el cual tiene su consulta. Además, la perspectiva relacional enfatiza que las intervenciones del terapeuta nunca son neutrales, sino que invariablemente toda intervención analítica refleja aspectos de la subjetividad del terapeuta convirtiéndose, en realidad, en actos relacionales (Aron, 1996; Mitchell, 1988; Safran & Muran, 2000).

Frente a este trasfondo, la psicoterapia corporal analítica supone que en primer lugar, desde su primer contacto, paciente y terapeuta *co-construyen en el*

presente un vínculo único y real. Esta afirmación implica varios conceptos al mismo tiempo. Desde un punto de vista objetivo es un hecho que a raíz del primer contacto que se produzca entre paciente y terapeuta, que a menudo no es un contacto en persona sino un contacto por medios indirectos de comunicación, entre ambos comienza a existir una relación. Tal relación, con independencia de que en términos subjetivos puede estar influenciada por el pasado relacional de ambos participantes, se conforma en el presente y siempre tiene una dimensión temporal presente, que por supuesto puede ser paralela o simultánea a las dimensiones temporales del pasado y del futuro. Por otro lado, la relación entre paciente y terapeuta rápidamente *empieza a contar con una historia propia* que, en alguna medida, es independiente de las historias relacionales previas de cada uno de los participantes. Ésta es una de las razones por las cuales el vínculo psicoterapéutico es una relación única. Su historia puede ser similar a la historia de otras relaciones pero, sin embargo, no deja de ser única e irreplicable. Entre dos personas únicas no puede sino conformarse una relación característica del interjuego dinámico específico que se da entre ambas individualidades.

La unicidad de la relación entre paciente y psicoterapeuta guarda además una asociación estrecha con la idea mencionada de que se trata de una relación que es co-construida, esto es, que adquiere forma por medio de los elementos que cada uno de los participantes aporta consciente e inconscientemente a la progresiva y gradual construcción de la relación. En las aproximaciones clínicas relacionales, la noción de que el intercambio terapéutico es una continua co-construcción o co-creación es un principio general basado en el frecuente enraizamiento en epistemologías contextualistas, relativistas y constructivistas (Aron, 1996; BCPSG, 2005; Beebe & Lachmann, 2002; Coderch, 2001; Mitchell & Aron, 1999; Rodríguez-Sutil, 2007; Stolorow, Atwood & Orange, 2002; Tronick, 2003). Tronick (2003), por ejemplo, afirma que los “procesos co-creativos producen formas únicas de estar juntos, no sólo en la relación madre-infante sino en todas las relaciones. La co-creación enfatiza los cambios dinámicos e impredecibles de las relaciones que subyacen a su unicidad” (p. 476). Para Tronick, las relaciones se diferencian cada vez más unas de otras en la medida en la que se co-construyen nuevas formas de estar juntos: “las relaciones no se vuelven cada vez más generales, se vuelven más detalladas [...] y no se hacen más universalmente aplicables, se hacen menos y menos transferibles” (pp. 476-477). No obstante, cabe señalar que la unicidad de la relación terapéutica se encuentra en una dialéctica

constante con la tendencia a que en la relación actual se actualicen formas históricas de vinculación, en las cuales co-existen el hecho paradójico de que de todos modos la repetición tiene, cada vez que emerge, características únicas en el presente y el hecho de que se actualizan patrones cuyo origen y forma se encuentran determinados por las experiencias vinculares pasadas.

Se trata, por otro lado, de una relación que es real. Dicho de otro modo, dos seres humanos reales establecen una relación real que existe más allá de los roles sociales y personales que caracterizan la situación psicoterapéutica y más allá de las fantasías y percepciones sesgadas que cada uno puede tener del otro: “mientras que mantienen roles que difieren en cuanto a experticia, experiencia clínica, poder, etc., pacientes y terapeutas también se relacionan de forma mutua como dos seres humanos” (Stern, 2008, p. 405). En el marco del psicoanálisis, Greenson (1967) fue uno de los primeros teóricos psicoanalíticos que enfatizó la necesidad de reconocer la existencia de esta dimensión del vínculo terapéutico, siguiendo algunas ideas tempranas de Freud acerca de una transferencia positiva inobjetable. Recientemente estas ideas han vuelto a ser retomadas en el importante trabajo del Boston Change Process Study Group en torno a los mecanismos de cambio en psicoterapia, sobre todo en sus primeras contribuciones (Lyons-Ruth, 1998; Stern, 1998; Stern *et al.*, 1998). Así, Beebe (1998) hace referencia a que los planteamientos de este grupo se basan en la observación de que “la mayoría de los pacientes recuerda momentos especiales de conexión auténtica persona-a-persona con sus terapeutas” (p. 334) como eventos relevantes en sus procesos de cambio. En este sentido, el grupo considera que existe una *relación real* entre paciente y terapeuta que puede definirse como

el campo intersubjetivo constituido por la intersección del conocimiento relacional implícito del paciente y del terapeuta. Este campo se extiende más allá del dominio de transferencia-contratransferencia incluyendo el involucramiento personal auténtico y percepciones razonablemente precisas de las momentáneas “formas de estar con” [un otro] de cada uno (Lyons-Ruth, 1998, p. 285).

Beebe (1998) aclara que las reflexiones del Boston Change Process Study Group están influenciadas en buena medida por la obra de Martin Buber acerca de las relaciones yo-tú –momentos relacionales marcados por la autenticidad y el reconocimiento pleno del otro en cuanto otro y en el marco de su propia realidad– y por su noción central de que toda genuina sanación

pasa por el encuentro auténtico con un otro. En este sentido, uniendo la significación clínica del presente y la relación real, Stern (1998) destaca:

Un “momento presente” que se aprovecha terapéuticamente y que se reconoce mutuamente puede convertirse en un “momento de encuentro”. Esto requiere que cada participante contribuya algo único y auténtico en cuanto individuo en respuesta a un “momento presente”. Esta respuesta no puede ser una aplicación de la técnica ni una movida terapéutica habitual. Tiene que crearse en el instante para calzar con la singularidad de la situación inesperada y tiene que portar la impronta del terapeuta como algo que proviene de su propia sensibilidad y experiencia, más allá de la técnica y la teoría (p. 305).

Como puede constatarse, Stern se refiere precisamente a los momentos “reales” entre paciente y psicoterapeuta en los cuales emergen reacciones espontáneas y genuinas que se encuentran más allá de los roles adoptados por cada uno. (El concepto del conocimiento relacional implícito es una noción central en la psicoterapia corporal relacional, véase Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b, 2008c.) Consignemos que para el Boston Change Process Study Group la relación real es un aspecto del vínculo terapéutico que puede cambiar a través de procesos que modifican el campo intersubjetivo de forma directa. El denominado “momento de encuentro” es el evento relacional que reordena el conocimiento relacional implícito del paciente al reordenar el campo intersubjetivo entre paciente y terapeuta (Lyons-Ruth, 1998). Agregaríamos que, de la misma manera, un momento de encuentro reordena el conocimiento relacional implícito del psicoterapeuta.

Ahora bien, en la relación que paciente y psicoterapeuta co-construyen en el presente como vínculo único y real con una historia propia *siempre co-existen dos subjetividades*. En otras palabras, la psicoterapia es un encuentro entre dos mentes (Aron, 1996) y también un encuentro entre dos cuerpos (Aron, 1998). Es necesario enfatizar este punto porque, como afirma Renik (1993), incluso en muchas conceptualizaciones relacionales de la situación terapéutica la subjetividad del paciente sigue ocupando el lugar preponderante –convirtiéndose en variaciones sutiles del “mito de la mente aislada”; esto es, la tendencia a conceptualizar la experiencia intrapsíquica del paciente con independencia del contexto intersubjetivo que la posibilita, le subyace y la contextualiza (Stolorow & Atwood, 1992). En consecuencia, Renik percibe la necesidad de colocar el

acento sobre la subjetividad irreductible del terapeuta que con frecuencia se manifiesta, de acuerdo al mismo Renik, a través de las acciones en las que éste incurre y a través de las escenificaciones [enactments] en las que éste participa y que a menudo son extremadamente sutiles y difíciles de percibir conscientemente. Es decir, la subjetividad del psicoterapeuta se expresa de modo invariable por medio de su cuerpo expresivo y sus movimientos o tendencias al movimiento. Su presencia y participación personal encarnada es inevitable –cuando hablamos de la interacción terapéutica, “nos referimos a una interacción entre dos psiques completas [...]” (Renik, 1993, pp. 408-409) que, desde el punto de vista de la psicoterapia corporal relacional, son dos psiques encarnadas. Una tarea clínica central es el intento de comprender de qué manera ambas subjetividades se relacionan y co-construyen sus formas específicas de vinculación.

Así como co-existen en el espacio terapéutico siempre dos subjetividades, al mismo tiempo *existe un espacio vincular entre ambas*, un “entre” paciente y terapeuta. Este “entre” parece estar cercano a lo que Ogden (1994) y Benjamin (2009) llaman el *tercero analítico* intersubjetivo, una especie de tercera “subjetividad” que es “un producto de una dialéctica única generada por (entre) las subjetividades separadas del analista y del analizado dentro del setting analítico” (Ogden, 1994, pp. 463-464). Los tres aspectos son reales, irreductibles y de significación clínica. Distintos teóricos y diferentes escuelas teóricas muchas veces han estudiado y hecho hincapié en alguno de estos aspectos por sobre los otros. Mitchell (1988) describió esta circunstancia hace más de dos décadas con claridad:

Por definición, las configuraciones relacionales básicas tienen tres dimensiones: el self, el otro y el espacio entre ambos. No existe un “objeto” con un sentido psicológico sin el sentido particular de uno en relación con éste. No hay “self” en un sentido psicológico en el aislamiento, fuera de una matriz de relaciones con los demás. Ni el self ni el objeto son conceptos dinámicos con sentido sin suponer cierto sentido de espacio físico en el cual interactúan, en el cual hacen cosas con el otro o para el otro. Estas dimensiones están entrelazadas sutilmente y tejen tanto la experiencia subjetiva del analizando como su mundo psicológico (pp. 47-48).

Nuevamente, agregaríamos que lo mismo vale para la experiencia subjetiva y el mundo psicológico del terapeuta. Y volvemos a subrayar la dimensión somática:

así como hay un cuerpo y otro cuerpo, también hay un espacio en el cual ambos cuerpos se encuentran e interactúan.

PRINCIPIO III: SISTEMA INTERSUBJETIVO, INTERACCIÓN RECÍPROCA E INFLUENCIA MUTUA

El psicoanálisis relacional e intersubjetivo y la investigación de infantes se han movilizado en el plano conceptual hacia la formulación de modelos basados en la teoría de sistemas dinámicos no-lineales complejos que se auto-organizan y auto-regulan (BCPSG, 2002, 2005; Beebe *et al.*, 2005; Beebe & Lachmann, 2002, 2003; Orange, 2009; Orange *et al.*, 1997; Seligman, 2005). Siendo un antecesor de la perspectiva relacional pocas veces reconocido como tal, Jung ya en 1935 afirmó que, en el vínculo terapeuta-paciente, “en el fondo dos sistemas psíquicos se relacionan de forma recíproca [...]” (p. 21) creando un sistema relacional o campo transformativo que engloba a ambos. Desde este punto de vista, la relación entre la subjetividad del paciente y la subjetividad del terapeuta, junto al espacio vincular “entre” ambas subjetividades, se constituye clínicamente como un *campo relacional* o *sistema intersubjetivo*. Un sistema intersubjetivo puede ser definido como “cualquier sistema constituido por mundos de experiencia que interactúan [...]” (Stolorow, 2002, p. 330) o también como “el campo complejo que se crea cuando dos o más individuos con sus subjetividades únicas se juntan [...]” (Buirski & Haglund, 2001, p. 4). En este sentido, la situación psicoterapéutica debe ser visualizada como caracterizada por algunas de las propiedades inherentes a los sistemas dinámicos.

La primera de éstas es el hecho de que un sistema está definido por la presencia de elementos en constante interacción que momento a momento pueden modificar al menos ligeramente, y en ocasiones radicalmente, la forma y la estructura que el sistema adopta en un momento determinado. Esta cualidad de la relación terapéutica en cuanto sistema intersubjetivo se traduce en la *existencia continua de una interacción recíproca entre paciente y terapeuta*. Ahora bien, aunque se ha escrito mucho sobre la interacción, pocas veces se ha definido a qué específicamente hace referencia el concepto. Coderch (2001) piensa que la interacción corresponde a la constante influencia que paciente y terapeuta están ejerciendo el uno sobre el otro –es decir, reemplaza la noción de interacción por el concepto de influencia mutua, el cual desde nuestra perspectiva tiene un matiz distinto y al cual volveremos en unos instantes. Una forma posible de definir la idea de inte-

racción es afirmando que entre paciente y terapeuta se produce un incesante intercambio psíquico, emocional y somático que, en gran medida, transcurre de forma inconsciente. Desde el punto de vista de la psicoterapia corporal analítica, es necesario agregar que la interacción puede definirse de modo literal como inter-acción, esto es, como el *conjunto de acciones* que se producen *entre* paciente y psicoterapeuta o, siendo más exactos, entre los cuerpos expresivos de paciente y terapeuta (Sassenfeld, 2007a; ver tmb. Aron, 1996). Más allá, cabe hacer constar que no es que haya “momentos en los que esta interacción se produce y otros en que no, o momentos de más o menos interacción, sino que esta interacción es continua e ininterrumpida, para bien o para mal del proceso terapéutico” (Coderch, 2001, p. 133). En realidad, “la interacción es un hecho universal que se pone en marcha cada vez que hay un encuentro entre dos o más personas” (p. 134).

En el marco del psicoanálisis relacional, para muchos teóricos la noción de interacción recíproca viene efectivamente a desplazar los conceptos tradicionales de transferencia y contratransferencia de su lugar central en la práctica clínica, ya que estos últimos están insertos en términos de origen y significado en un paradigma unipersonal con un foco intrapsíquico que no da cuenta del fundamental e insoslayable entrelazamiento de subjetividades que ya describimos y que sigue separando la subjetividad del paciente y del psicoterapeuta. Algunos teóricos han propuesto directamente abandonar el concepto de transferencia (Rodríguez-Sutil, 2007) o lo han redefinido radicalmente. Lachmann (2001), por su parte, escribe:

En la medida en la que nuestra comprensión de las sutilezas y los matices de las dimensiones verbalizadas y escenificadas directas e indirectas del encuentro terapéutico ha crecido, hemos ido más allá de la concepción simplista de la interacción analítica tal como ha sido conceptualizada a través de la transferencia y la contratransferencia. Tanto el analista como el paciente en cuanto sistema organizan la relación del tratamiento de acuerdo a dimensiones complejas, incluyendo sus transferencias sobre el otro. Así, propongo que para el tercer milenio la teoría de los sistemas dinámicos es una manera superior de formular y entender las complejidades de la interacción analista-paciente (p. 245).

Aron (1991, 1996) ha descrito con detalle las limitaciones del concepto de contratransferencia porque, entre otras cosas, desvía la atención del hecho de que

el terapeuta también inicia activamente intercambios con el paciente por propia iniciativa y no sólo reacciona frente al paciente, tal como parece insinuar el “contra” de la contratransferencia. Así, para Aron, el término minimiza el impacto que el psicoterapeuta tiene sobre el paciente y su percepción. Diversos teóricos relacionales han criticado y abandonado el concepto de identificación proyectiva –a pesar de intentos recientes por interpersonalizarlo– por motivos epistemológicos y conceptuales similares a los mencionados (Aron, 1996; Mitchell, 1997; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987).

A través de la interacción entre paciente y psicoterapeuta se genera una *influencia mutua constante* entre ambos. Tal como manifiesta Coderch (2001), “el concepto de interacción nos lleva a tener en cuenta que toda palabra, silencio o actitud de paciente y analista ejerce una influencia sobre el otro y, a la vez, ha sido, dentro de los límites que sean, estimulado por ese otro” (p. 133). Influencia mutua significa, en este sentido, que la interacción recíproca se traduce en que las acciones de uno generan necesariamente efectos subjetivos conscientes e inconscientes en el otro y viceversa:

Mientras que la visión clásica retrata el análisis como algo que opera de modo óptimo como influencia de una sola vía, con el analista influenciando y cambiando al paciente y, en términos globales, *no viceversa*, la visión relacional enfatiza la inevitabilidad de una influencia mutua y recíproca de dos vías entre paciente y analista (Aron, 1996, p. x, cursiva del original).

Por consiguiente, la influencia mutua redundante, tal como Jung señaló en 1929, inevitablemente en una transformación mutua –si el paciente cambia, es porque el sistema intersubjetivo se ha transformado y por ende el terapeuta no puede más que cambiar, aunque sea en medida menor que el paciente³. Esta última observación implica que influencia *mutua* no es sinónimo de influencia *simétrica*. Aron (1996) señala que la relación psicoterapéutica está marcada más bien por una mutualidad relativamente asimétrica en la cual, aunque la influencia corre de paciente a terapeuta y viceversa, esa influencia no es igualitaria ni se comparten roles, funciones o responsabilidades equivalentes ni se experimentan procesos corporales, emocionales y psíquicos equivalentes.

³ “Entre médico y paciente existen factores relacionales irracionales que dan lugar a una *transformación mutua*” (Jung, 1929, p. 82, cursiva del original).

La segunda característica de la relación psicoterapéutica en cuanto sistema intersubjetivo es la noción de *propiedades emergentes*. En los sistemas dinámicos no-lineales complejos la interacción recíproca entre los componentes constitutivos puede generar patrones, estructuras y formas emergentes, esto es, que se conforman gracias a tal interacción. Al mismo tiempo, las propiedades emergentes de un sistema tienden a adquirir vida propia en el sentido de que, en alguna medida, se comienzan a independizar de las interacciones que las originaron aunque no se liberan por completo de su influencia. Un ejemplo claro de esta circunstancia puede observarse en la constitución y formación del psiquismo en los primeros años de vida. Diversos investigadores han puesto al descubierto cómo el desarrollo y la complejización de la auto-regulación del infante se producen en el seno del sistema intersubjetivo que se establece entre el infante y su cuidador primario (Beebe & Lachmann, 2002; Fonagy *et al.*, 2002; Geissler, 2004, 2007; Sassenfeld, 2006; Schore, 2003a, 2003b; Stolorow *et al.*, 1987). Uno de los frutos de la regulación interactiva propia del vínculo temprano –que corresponde a una faceta central de la interacción entre los componentes del sistema– es la aparición de competencias auto-regulatorias cada vez más sofisticadas en el infante. En este sentido, el “desarrollo de las competencias auto-regulatorias, por ende, es una *competencia del sistema*” (Stolorow, 1994, p. 4, cursiva del original). Una vez establecidas, tales competencias operan en cierto grado con relativa independencia del sistema intersubjetivo que las constituyó. En otras palabras, una vez afianzadas determinadas competencias auto-regulatorias, el niño tiende a conservarlas aún en otros sistemas intersubjetivos de los cuales forme parte.

Desde el punto de vista del psicoanálisis relacional, la experiencia intrapsíquica puede ser considerada una propiedad emergente de determinados sistemas intersubjetivos. Hace ya quince años, Stolorow (1994) describió esta aproximación de la siguiente manera:

Los fenómenos psicológicos, incluyendo incluso los conflictos inconscientes y las defensas, son entendidos como propiedades de un sistema intersubjetivo y por lo tanto como fenómenos que adquieren forma en la interfaz de subjetividades en interacción. Inexorablemente, somos llevados a cuestionar el concepto de una mente o psique aislada [...] (p. 7).

Desde esta perspectiva,

Se mostró que el contexto de la vinculación establecido entre paciente y analista juega un *rol constitutivo* a la hora de dar forma y de mantener las constelaciones psicológicas particulares que emergen en el tratamiento, de la misma forma en la que puede mostrarse que los patrones tempranos de transacción intersubjetiva establecidos entre niño y cuidadores juegan un rol constitutivo en la génesis de la psicopatología (p. 11, cursiva del original).

Así, tal como indican Stolorow, Atwood y Orange (2002), los horizontes de la experiencia subjetiva dependen de las interacciones que se producen en el campo relacional del cual el individuo forma parte –la “experiencia que el analista y el paciente pueden posiblemente tener en la presencia del otro adquiere forma por medio de la naturaleza de lo que ocurre entre ambos” (Stern, 2010, p. 22). Por lo tanto, incluso los límites que separan la conciencia de los procesos y contenidos inconscientes son una propiedad emergente del sistema intersubjetivo.

En sus versiones más radicales, este acercamiento conceptual cuestiona la idea misma de que la mente de un individuo puede ser una unidad significativa de estudio (Mitchell, 1988). Stern (2010) manifiesta a este respecto que es importante no perder de vista que el reconocimiento del papel del otro por ejemplo en la conformación de los horizontes de la experiencia subjetiva “difícilmente es sinónimo con la sugerencia de que la propia mente no tiene una existencia propia separada [y] no implica por un solo momento el rechazo de la mente individual” (p. 8). Como señalamos en el principio II, la psicoterapia corporal analítica toma en consideración la existencia y significación tanto de las subjetividades en sí mismas como del campo relacional conformado por su interacción. Por otro lado, cabe enfatizar que la conceptualización de la experiencia subjetiva como propiedad emergente de un sistema intersubjetivo no pasa por alto que, una vez que la experiencia subjetiva emerge y toma ciertas formas, pasa a existir como fenómeno por derecho propio que, a su vez, afecta lo que sigue ocurriendo en el sistema intersubjetivo⁴.

Lo que hemos afirmado en esta sección implica que, en el marco de la influencia mutua entre paciente y psicoterapeuta que transcurre a través de la interacción recíproca continua entre ambos, *lo que le ocurre a cada uno en términos subjetivos puede ser entendido –al menos en cierta medida– en el contexto de la forma particular que adoptan sus intercambios psíquicos, emocionales y somáticos. La subjetividad de ambos y, en consecuencia, la corporalidad de ambos son fenómenos emergentes del sistema intersubjetivo que co-construyen.* Al mismo tiempo, dado que antes de establecer su relación única cada uno cuenta con un mundo subjetivo de experiencia (Stolorow, Atwood & Orange, 2002) ya organizado en sistemas intersubjetivos previos, *las estructuras de la subjetividad o principios organizadores de la experiencia* (Buirski & Haglund, 2001; Orange et al., 1997; Stolorow, 1994; Stolorow, Atwood & Orange, 2002) *contribuyen a su vez a dar ciertas formas al sistema intersubjetivo* que vuelven a repercutir en las experiencias subjetivas de paciente y terapeuta. Para la psicoterapia corporal relacional se requiere en especial “conocimientos de las formas en las que el cuerpo y la experiencia corporal tanto construyen como son co-construidas en la matriz relacional” (Aron & Sommer, 1998, p. xv). Stolorow y Atwood (1992) ya hicieron algunas primeras contribuciones en esta área al poner al descubierto que la forma específica que adopta la experiencia subjetiva del cuerpo está determinada por diversos contextos intersubjetivos presentes en la historia y vida actual del individuo.

PALABRAS FINALES

Junto a Marcela Araneda y Leila Jorquera hemos hecho un primer intento de comenzar a definir conceptualmente la naturaleza de la relación psicoterapéutica desde la perspectiva de la psicoterapia corporal analítica. En este trabajo he esbozado tres de los principios básicos que hemos elaborado en conjunto: (1) la relación psicoterapéutica es una relación psicoterapéutica *encarnada* que tiene correlatos neurobiológicos específicos; todo fenómeno relacional tiene, así, un correlato corporal expresivo/no-verbal perceptible por otros y experiencial/interno perceptible por uno mismo; (2) desde su primer contacto, paciente y psicoterapeuta co-construyen en el presente un vínculo único y real; este vínculo desarrolla una historia propia; en este vínculo, siempre co-existen dos subjetividades; al mismo tiempo, existe un espacio vincular entre ambas subjetividades; (3) existe una interacción recíproca continua y, a través de ella, una influencia mutua constante entre ambos participantes; por tanto, lo que le ocurre a cada

⁴ “En cualquier momento se entiende que las experiencias formativas del niño emergen de la intersección entre y son co-determinadas por su organización psicológica tal como ha evolucionado hasta ese momento y las características específicas del entorno que lo cuida” (Stolorow, 1994, p. 5).

uno puede ser entendido en el contexto de la forma particular que adoptan sus interacciones; desde este punto de vista, la subjetividad y por ende la corporalidad son fenómenos emergentes en un vínculo.

Estos tres principios básicos se mantienen en gran medida en el plano epistemológico y teórico, por mucho que tengan –como también hemos tratado de mostrar– diversas implicancias clínicas concretas. En el plano teórico-clínico, se hace necesario especificar al menos cinco principios adicionales elaborados por nuestro grupo de trabajo, algunos de los cuales ya han sido explorados en parte en artículos previos y otros de los cuales serán explorados con mayor detalle en otro lugar. Éstos son:

1. La interacción psicoterapéutica se manifiesta en parte por medio de un intercambio somático o diálogo de acción continuo. En éste, ambos participantes están constantemente percibiendo, interpretando y entendiendo al otro en base a procesos de lectura corporal y mentalización.
2. La interacción psicoterapéutica transcurre en dos niveles simultáneos, paralelos e interrelacionados: explícito e implícito, consciente y no consciente, verbal y no-verbal; al mismo tiempo, todos los procesos corporales, emocionales y psicológicos pueden transcurrir en ambos niveles. Gran parte del diálogo de acción (conocimiento relacional implícito interactuando con conocimiento relacional implícito) transcurre en el nivel implícito.
3. La interacción psicoterapéutica implica continuos procesos de regulación corporal, afectiva, psicológica y relacional; a menudo, la regulación afectiva es una dimensión central. Los procesos de regulación se manifiestan simultáneamente en regulaciones interactivas y auto-regulaciones, que además interactúan entre sí. Tanto la regulación interactiva como la auto-regulación tienen una doble historia: por un lado, están basadas sobre las experiencias interactivas y auto-regulatorias en el vínculo temprano y, por otro, existe un registro histórico propio de la relación psicoterapéutica.
4. La interacción psicoterapéutica está definida por una dialéctica constante entre pasado y presente: las experiencias corporales, emocionales y relacionales pasadas contribuyen a dar forma a la interacción presente; por otro lado, las experiencias corporales, emocionales y relacionales nuevas pueden transformar las determinaciones de las experiencias pasadas.
5. El cambio psicoterapéutico se produce en gran medida a través de la relación psicoterapéutica.

En términos globales, el cambio es producto de la comprensión de las propias experiencias pasadas y de la adquisición de nuevas experiencias. Existen mecanismos de cambio en el nivel explícito y en el nivel implícito, que se combinan para dar lugar a un cambio estructural duradero en el organismo; en el nivel explícito, un elemento central es la reconstrucción y comprensión de la propia historia relacional y sus consecuencias sobre el desarrollo; en el nivel implícito, las experiencias relacionales nuevas y reparadoras con el psicoterapeuta amplían y diferencian el conocimiento relacional implícito del paciente. En todo caso, el cambio es un fenómeno que emerge en un sistema intersubjetivo y afecta a ambos participantes, aunque a menudo en grados distintos.

REFERENCIAS

1. Araneda M. Cuerpo, vínculos y cambio. En Riquelme R, Thumala E. Avances en psicoterapia y cambio psíquico. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago de Chile, 2005, pp. 393-405
2. Aron L. The patient's experience of the analyst's subjectivity. En Mitchell S, Aron L. Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition. The Analytic Press, New Jersey, 1991, pp. 243-268
3. Aron L. A meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis, The Analytic Press, New Jersey, 1996
4. Aron L. The clinical body and the reflexive mind. En Aron L. & Sommer F. Relational Perspectives on the Body. The Analytic Press, New Jersey, 1998, pp. 3-37
5. Aron L. Harris A. Relational Psychoanalysis (Vol. 2): Innovation and Expansion, Analytic Press, New Jersey, 2005
6. Aron L. Sommer F. Preface. En Aron L. & Sommer F. Relational Perspectives on the Body. The Analytic Press, New Jersey, 1998, pp. xv-xviii
7. 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
8. 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
9. 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
10. Beebe B. A procedural theory of therapeutic action: Commentary on the Symposium "Interventions that effect change in psychotherapy". Infant Mental Health Journal 1998; 19(3): 333-340
11. Beebe B. Knoblauch S. Rustin J. Sorter D. Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment, Other Press, New York, 2005
12. Beebe B. Lachmann F. Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
13. Beebe B. Lachmann F. The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. Contemporary Psychoanalysis 2003; 39(3): 379-409

14. Benjamin J. A relational psychoanalysis perspective on the necessity of acknowledging failure in order to restore the facilitating and containing features of the intersubjective relationship (the shared third). *International Journal of Psychoanalysis* 2009; 90: 441-450
15. Bentzen M. Formen des Erlebens: Neurowissenschaft, Entwicklungspsychologie und somatische Charakterbildung. En Marlock G. Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 304-328
16. Bowlby J. *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós, Barcelona, 1988
17. Coderch J. *La relación paciente-terapeuta: El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Paidós, Barcelona, 2001
18. Cozolino L. *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain*. W. W. Norton, New York, 2006
19. Damasio A. *El error de Descartes*. Andrés Bello, Santiago de Chile, 1994
20. Damasio A. *Sentir lo que sucede*. Andrés Bello, Santiago de Chile, 2000
21. Downing G. Frühkindlicher Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. En Marlock G. Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 333-350
22. Edelman G. *The embodiment of mind*. *Daedalus* 2006; 135(3): 23-32
23. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
24. Gabbard G. A neuroscience perspective on transference. *Psychiatric Annals* 2006; 36(4): 283-288
25. Gallese V, Eagle M, Migone P. *Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2007; 55(1): 131-175
26. Garbarini F, Adenzato M. *At the root of embodied cognition: Cognitive science meets neurophysiology*. *Brain and Cognition* 2004; 56: 100-106
27. Geissler C, Geissler P, Hofer-Moser O. *Überlegungen zum Abstinenzbegriff*. En Hoffmann-Axthelm D. *Mit Leib und Seele – Wege der Körperpsychotherapie*. Schwabe Verlag, Basel, 2004, pp. 107-138
28. Geissler P. *Erste Gedanken zur Einführung in das Thema*. En Geissler P. *Was ist Selbst-regulation? Eine Standortbestimmung*. Psychosozial-Verlag, Giessen, 2004, pp. 9-19
29. Geissler P. *Entwicklungspsychologisch relevante Konzepte im Überblick*. En Geissler P. Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Ein Lehrbuch. Springer, Wien, 2007, pp. 99-164
30. Geissler P. *Analytische Körperpsychotherapie: Eine Bestandsaufnahme*. Psychosozial-Verlag, Giessen, 2009
31. Geissler P, Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Ein Lehrbuch. Springer, Wien, 2007a
32. Geissler P, Heisterkamp G, Vorwort. En Geissler P. Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Ein Lehrbuch. Springer, Wien, 2007b, pp. v-viii
33. Greatrex T. *Projective identification: How does it work?* *Neuro-Psychoanalysis* 2002; 4(2): 187-197
34. Greenson R. *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Siglo Veintiuno Editores, México, 1967
35. Heisterkamp G. *Enactments: Basale Formen des Verstehens*. En Geissler P. *Der Körper in Interaktion: Handeln als Erkenntnisquelle in der psychoanalytischen Therapie*. Psychosozial Verlag, Giessen, 2008, pp. 241-264
36. Heisterkamp G, Geissler P. *Rahmen, Arbeitsbündnis und Setting –oder die Einrichtung der “psychotherapeutischen Werkstatt”*. En Geissler P, Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer, Wien, 2007, pp. 199-210
37. Hoffman I. *The patient as interpreter of the analyst’s experience*. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1983, pp. 39-75
38. Javanbakht A, Ragan C. *A neural network model for transference and repetition compulsion based on pattern completion*. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 2008; 36(2): 255-278
39. Jung CG. *Die Probleme der modernen Psychotherapie*. En Jung C. G. *Praxis der Psychotherapie (GW 16)*. Walter Verlag, Düsseldorf, 1929, pp. 64-85
40. Jung CG. *Grundsätzliches zur praktischen Psychotherapie*. En Jung CG. *Praxis der Psychotherapie (GW 16)*. Walter Verlag, Düsseldorf, 1935, pp. 15-32
41. Keleman S. *Die Reifung des somatischen Selbst*. En Marlock G. Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 246-255
42. Lachmann F. *A farewell to countertransference*. *International Forum of Psychoanalysis* 2001; 10: 242-246
43. Lyons-Ruth K. *Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment*. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19(3): 282-289
44. Meissner W. *Psychoanalysis and the mind-body relation: Psychosomatic perspectives*. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2006; 70(4): 295-315
45. Mitchell S. *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. Siglo Veintiuno Editores, México, 1988
46. Mitchell S. *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. The Analytic Press, New Jersey, 1997
47. Mitchell S, Aron L. *Preface*. En Mitchell S, Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. ix-xx
48. Modell A. *El psicoanálisis en un contexto nuevo*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984
49. Ogden T. *The analytic third: Working with intersubjective clinical facts*. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1994, pp. 459-492
50. Orange D. *Intersubjective systems theory: A fallibilist’s journey*. *Self and Systems: Annual of the New York Academy of Sciences* 2009; 1159: 237-248
51. Orange D, Atwood K, Stolorow R. *Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main, 1997
52. Pally R. *A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis*. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 71-93
53. Reich W. *The Function of the Orgasm*. Souvenir Press, 1942, London
54. Renik O. *Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst’s irreducible subjectivity*. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1993, pp. 407-424
55. Rodríguez-Sutil C. *Epistemología del psicoanálisis relacional*. *Clínica e Investigación Relacional* 2007; 1(1): 9-41
56. Safran J, Muran C. *La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional*. Desclee de Brouwer, Bilbao, 2000

57. Sassenfeld A. Regulación afectiva, psicopatología y psicoterapia. *Gaceta Universitaria: Temas y Controversias en Psiquiatría* 2006; 2(3): 329-336
58. Sassenfeld A. Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007a; 3(2): 177-188
59. Sassenfeld A. Dos patrones relacionales de la regulación afectiva en la interacción temprana y en la interacción psicoterapéutica. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007b; 3(3): 300-309
60. Sassenfeld A. Algunas posibilidades del trabajo psicoterapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008a; 4(4): 440-453
61. Sassenfeld A. Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008b; 4(1): 83-92
62. Sassenfeld A. Interacción no-verbal temprana y defensas no-verbales relacionales implícitas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008c; 4(3): 331-338
63. Sassenfeld A. Reflexiones sobre el sistema de las neuronas espejo y algunas de sus implicancias psicoterapéuticas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008d; 4(2): 193-198
64. Sassenfeld A. Neurobiología de los procesos relacionales no-verbales. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2009; 5(3): 351-362
65. Schore A. Clinical implications of a psychoneurobiological model of projective identification. En Alhanati S. *Primitive Mental States: Psychobiological and Psychoanalytical Perspectives on Early Trauma and Personality Development*. Karnac Books, London, 2002, pp. 1-65
66. Schore A. *Affect Regulation and the Repair of the Self*. W. W. Norton, New York, 2003a
67. Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. W. W. Norton, 2003b, New York
68. Schore A. A neuropsychanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005; 15(6): 829-854
69. Seligman S. Dynamic systems theories as a metaframework for psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 2005; 15(2): 285-319
70. Siegel D. *La mente en desarrollo*. Desclée de Brouwer, Bilbao, 1999
71. Siegel D. An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy: Awareness, mirror neurons, and neural plasticity in the development of wellbeing. *Psychiatric Annals* 2006; 36(4): 248-256
72. Stern DB. On having to find what you don't know how to look for: Two perspectives of reflection. En Jurist E. Slade A. Bergner S. *Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis*. Other Press, New York, 2008, pp. 398-413
73. Stern DB. *Partners in Thought: Working with Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*. Routledge, New York, 2010
74. Stern DN. The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19(3), 300-308
75. 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
76. Stolorow R. The intersubjective context of intrapsychic experience. En Stolorow R. Atwood G. Brandchaft B. *The Intersubjective Perspective*. Jason Aronson, New Jersey, 1994, pp. 3-14
77. Stolorow R. Impasse, affectivity, and intersubjective systems. *Psychoanalytic Review* 2002; 89(3): 329-337
78. Stolorow R. Atwood G. *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Herder, Barcelona, 1992
79. Stolorow R, Atwood G, Orange D. *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*. Basic Books, 2002, New York
80. Stolorow R, Brandchaft B, Atwood G. *Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz*. Fischer, 1987, Frankfurt am Main
81. Thompson E, Varela F. Radical embodiment: Neural dynamics and consciousness. *Trends in Cognitive Sciences* 2001; 5(10): 418-425
82. Tronick E. "Of course all relationships are unique": How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry* 2003; 23(3): 473-491
83. Wallin D. *Attachment in Psychotherapy*. Guilford Press, 2007, New York
84. Worm G. Zum Umgang mit Handlungsdialogen in der therapeutischen Beziehung. En Geissler P. Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Ein Lehrbuch. Springer, Wien, 2007, pp. 211-238

COMPRENSIÓN PSICONEUROTERAPÉUTICA

UNA APROXIMACIÓN ADAPTATIVO-EVOLUTIVA A LAS ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL (O.S.P.) DE VITTORIO GUIDANO: NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA PSICOTERAPIA POST-RACIONALISTA

(Rev GPU 2010; 6; 1: 63-70)

Bernardo Nardi¹, Cesario Bellantuono¹, Andrés Moltedo²

La reciprocidad con el cuidador primario conduce a las capacidades individuales de adaptación hacia la construcción de la Organización de Significado Personal (O.S.P.) más útil con respecto a un específico ambiente de desarrollo. Las conductas previsibles e invariables del cuidador permiten un foco *inward* y una visión física de la reciprocidad: cuando la reciprocidad es alta se desarrollará una O.S.P. *inward* "Controladora"; cuando es baja, lo hará una O.S.P. *inward* "Separada". La O.S.P. "Controladora" está centrada en las necesidades de protección/exploración; la O.S.P. "Separada" en necesidades de expresión en contextos de aislación. El cuidador no-previsible y las conductas variables permiten un foco *outward* y una visión semántica de la reciprocidad: cuando la reciprocidad es alta, se desarrollará una O.S.P. *outward* "Contextualizada"; cuando es baja, lo hará una O.S.P. *outward* "Orientada a los principios". La O.S.P. "Contextualizada" lee los cambios del ambiente relacional de uno en uno en tanto que la O.S.P. "Orientada a los Principios" se centra en la clasificación de aspectos antitéticos de la realidad. En la psicoterapia, centrándose en la O.S.P., es posible reconocer y hacer emerger recursos adaptativos individuales, mejorando las habilidades que controlan las emociones perturbadoras y encontrando nuevas y más flexibles estrategias de conducta. Gracias a las modernas biotecnologías (como el campo de las neuroimágenes funcionales y del Polimorfismo de Nucleótido Simple) es posible realizar un estudio científico en vivo de las O.S.P., proporcionando correlatos biológicos respecto del paradigma post-racionalista de las O.S.P.

¹ Unidad de Psiquiatría, Departamento de Neurociencias, Universidad Politécnica de La Marca, Ancona, Italia

² Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. andres.moltedo@ucv.cl

EL PARADIGMA DE LA ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL

Entre los distintos enfoques constructivistas a la psicoterapia, el paradigma post-racionalista constituye uno de los más innovadores, proponiendo una teoría epistemológica útil del funcionamiento mental con exitosas aplicaciones en la práctica clínica. Como es conocido, este modelo fue desarrollado conceptualmente por Vittorio F. Guidano en los años ochenta (Guidano y Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1991; Nardi y Panelli, 2001).

Como Guidano y Liotti escribieron, el enfoque post-racionalista se originó “de la percepción de la discrepancia entre los resultados prometedores de una práctica psicoterapéutica que hace una amplia utilización de técnicas terapéuticas conductuales y el limitado poder explicativo de los principios del aprendizaje que forman los fundamentos teóricos de dichas técnicas” (Guidano y Liotti, 1983).

Los principales lineamientos de la teoría de Guidano son: a) la importancia de la manera del sujeto de referirse a la experiencia inmediata para construir su autoidentidad, así como una reducción de la centralidad e imparcialidad del terapeuta-observador, y de b) el terapeuta como un “perturbador estratégicamente orientado”, ayudando al sujeto a alcanzar un funcionamiento mental capaz de mayores adaptaciones; sin embargo, este resultado puede ser obtenido sólo en los límites de las modalidades invariables estructuradas durante el desarrollo del sujeto.

Según Guidano (1987), hay un núcleo que organiza procesos (*core organizing processes*) en cada experiencia psicológica humana (fisiológica y patológica). El conocimiento del sistema individual (*Self system*) es central en la práctica clínica; influye profundamente en la actitud del terapeuta, en los procedimientos de evaluación, en el método de auto-observación, y en la estructura y dinámica de cambio terapéutico; además, permite una reconstrucción centrada en el sujeto de la experiencia inmediata, modificando las pautas disfuncionales de auto-percepción y logrando cambios sustantivos.

El setting terapéutico se centró en la manera subjetiva de autorreferirse la experiencia; Guidano propuso la técnica de la “moviola”, que consiste en instruir a los consultantes para enfocarse, en una escena significativa, en la diferencia entre la “experiencia inmediata” (cómo) y su “explicación” (por qué), tanto durante y después de la escena. De hecho, como Guidano observó,

“the “how” has to do with the subjective experiencing, both in terms of how it is made up, that is, its ingredients (e.g., ongoing patterns of flowing imagery; multifaceted, opposing feelings; the felt sense of self) and in terms of how it comes about, that is, what perception of events or circumstances brought it on” (Guidano, 1991).

De acuerdo con este enfoque, es central la conceptualización de “Organización de Significado Personal” (O.S.P.). Identifica “the specific arrangement of personal meaning processes by which each individual is provided with a sense of oneness and historical continuity in the course of his/her lifespan” (Guidano, 1987).

A pesar de aplicaciones exitosas en la práctica clínica, con pacientes neuróticos y psicopáticos, pocas investigaciones científicas han sido realizadas para mejorar el paradigma de las O.S.P. Además, el apego fue tomado como una referencia directa, a pesar de la inexistencia de referencias unívocas entre ambos modelos.

En los últimos años el desarrollo en neurociencias proporcionó a las O.S.P. la conceptualización de nuevas referencias fisiológicas y adaptativas. Modificando el concepto de O.S.P. introducido por Vittorio Guidano, así, Nardi (2000, 2006, 2007) propuso una nueva interpretación del significado adaptativo de los diferentes estilos de personalidad, tanto durante la evolución del *Homo sapiens* como en el desarrollo de cada persona.

El tema central de esta aproximación es que en el *Sapiens* la aparición de una evolución en una O.S.P. específica permite la mejor adaptación posible en un ambiente específico, construyendo el apego y la reciprocidad más exitosos posibles. Para subrayar el significado fisiológico de la evolución en las O.S.P., Nardi —que fue discípulo de Guidano— propuso una nueva terminología para denominar a las O.S.P.: “Controlador” (para la O.S.P. “Fóbica” de Guidano), “Separado” (para la “Depresiva”), “Contextualizado” (para los Desórdenes Alimenticios Psicógenos), y “Orientado a los Principios” (para la “Obsesiva”) (Nardi, 2006, 2007). Por lo tanto, la reciprocidad con el cuidador primario conduce a las capacidades de adaptación individuales hacia la construcción de la más exitosa y útil O.S.P. respecto al ambiente de desarrollo.

O.S.P. INWARD Y OUTWARD

Como señalaron nuestras investigaciones (Nardi, 2007; Nardi *et al.*, 2008a y 2008b), en situaciones cotidianas y concernientes a temas como la risa, enojo, temor o sueño, el niño percibe a su cuidador (y, en general, a su ambiente) como estable y predecible. En estas condiciones,

resulta fácil reconocer y predecir la experiencia. Resulta además fácil de decodificar al cuidador y sus expresiones faciales concernientes a las emociones básicas (temor, la ira, la tristeza, y la felicidad).

Reconocer tales activaciones permiten enfocarse en algunas “escenas nucleares”, lo cual se constituye en las bases de su proto Self (Tomkins, 1978; Abelson, 1981); estas “islas” de experiencia se unen gradualmente definiendo juntas una suerte de “*movie in the brain*”, constituyendo las bases de identidad (Damasio, 1999). De acuerdo con la obra de Guidano, analizando la sucesión de las imágenes con respecto a un episodio significativo (puestas en la “moviola”) es posible reconstruir la experiencia inmediata subjetiva de eventos perturbantes. La constancia y predictibilidad de los comportamientos del cuidador y de sus expresiones emocionales le permiten al niño una precoz decodificación de activaciones semejantes en sí mismo. Por ejemplo, el sujeto comienza a percibir en qué situaciones se siente seguro o en peligro, protegido o solo y, por lo tanto, decodifica por sus activaciones internas lo que sucede en el ambiente que le rodea (foco interno: lectura “*inward*” de la experiencia).

Al contrario, cuando las conductas y expresiones del cuidador son percibidas como más complejas y cambiantes, dependiendo de situaciones externas, resultan menos predecibles y más difíciles de decodificar. El niño necesita memorizar más datos y actualizarlos continuamente; también deben ser actualizadas y reenmarcadas las escenas nucleares; las activaciones emocionales son conectadas a esquemas cognoscitivos de auto-evaluación (culpa, sentido de inadecuación personal, vergüenza). En estas condiciones, el self se desarrolla desde una evaluación preliminar del ambiente, orientado al reconocimiento de activaciones y auto-percepciones internas (foco externo: lectura “*outward*” de la experiencia).

Por lo tanto, a lo largo del eje primario de desarrollo procesal enfocado en lo *inward/outward*, la previsibilidad y la variabilidad del cuidador (y, más en general, del ambiente) conduce a cada individuo a alcanzar la mejor adaptación que le es posible; igualmente, ellas le conducen a desarrollar habilidades invariables para la asimilación y autorreferencia de la experiencia, que le permitan mantener coherencia interna. De hecho, no hay una preeminencia adaptativa hacia un foco *inward* u *outward*, pero cada uno proporciona habilidades específicas para decodificar self y ambiente, en relación con los principales aspectos percibidos a través del apego: el foco *inward* resulta más útil cuando el mundo externo es percibido como estable, previsible, y, por lo tanto, sus cambios generalmente pueden ser decodi-

ficados fácilmente en función de la protección física o soledad; por el contrario, el foco *outward* es conveniente cuando características ambientales parecen vagas, complejas o cambiantes y, por lo tanto, necesitan de la asimilación de más parámetros cognoscitivos.

El desarrollo de pautas emocionales se produce de acuerdo con esta pauta: en general (cuando no hay situaciones de emergencia para sobrevivir) las activaciones *inward* consisten esencialmente en emociones básicas, que no necesitan complejas evaluaciones cognoscitivas para ser expresadas, mientras que los procesos cognoscitivos son desarrollados posteriormente, para explicar la emoción percibida por el sujeto (es decir, por qué él/ella está asustada(o) o triste). Por el contrario, en las activaciones *outward*, la autoevaluación cognoscitiva es esencial para percibir emociones, lo cual es más complejo y se expresa como esquemas emocionales (es decir, la vergüenza o la culpa necesitan una evaluación preliminar de la propia conducta) (Nardi, 2006, 2007).

Obviamente, las pautas *inward/outward* se encuentran en el mismo eje procesal del desarrollo; por lo tanto, ellas serán más o menos evidentes en diferentes sujetos, pero en cada individuo sólo una de las dos será predominante, al menos en específicas categorías de experiencia.

Como Nardi señaló, en el desarrollo *inward* los mismos patrones de reciprocidad emotiva se expresan en las mismas situaciones, y la capacidad de cambios en la decodificación se encuentra condicionada por la propia percepción del manejo de tales habilidades. La comunicación se encuentra centrada en la reciprocidad física: distancia, disponibilidad del cuidador en términos de protección o separación; por lo tanto, la reciprocidad se desarrolla a lo largo de un eje procesal, desde altas a bajas pautas de reciprocidad física (alta protección y tranquilidad – pérdida y soledad).

El desarrollo evolutivo *inward* permite centrar el comportamiento en la percepción y el manejo de cómo se logra la protección o la soledad, orientando consecuentemente la capacidad de separación exploratoria. Esto promovió dos capacidades esenciales del Homo Sapiens: a) construir identidad, identificando figuras seguras y confiables, discriminando amigos de enemigos y grupos, manejando adversidades y peligros, b) enfrentarse con la separación, la pérdida y la desertión, percibiendo la soledad como el punto de partida para desarrollar capacidades propias, para apreciar las responsabilidades y, también, cuidar de otros.

De acuerdo con la visión de Nardi, y según las consideraciones ya mencionadas, evolutivamente las primeras Organizaciones de Significado Personal fueron

las *inward*, al proporcionar las habilidades básicas de sobrevivencia. De hecho, los sujetos *inward* pueden manejar: a) situaciones de proximidad, disponibilidad de ayuda, dependencia, y de un compartir social, o b) situaciones de distancia, indisponibilidad de ayuda, independencia, y aislamiento social.

En el desarrollo *inward*, donde la reciprocidad física es alta (no dependiendo de la calidad –positiva o negativa– de las relaciones significativas), la identidad es construida controlando cómo el sujeto percibe su necesidad de protección o libertad: la separación del cuidador y la exploración ambiental es posible cuando el sujeto siente la situación bajo control y, por lo tanto, cuando él/ella está seguro de sí mismo. En todos estos casos, *inward* con alta reciprocidad física, se estabiliza una O.S.P. “Controladora”.

Por otra parte, en el desarrollo *inward*, donde la reciprocidad física es baja (no dependiendo de la calidad –positiva o negativa– de las relaciones significativas), la identidad se construye manejando la separación y soledad que el sujeto percibe como la condición habitual de su vida, tratando de encontrar los recursos necesarios para realizarse. En este caso, se trata de *inward* con baja reciprocidad física, estabilizándose una O.S.P. “Separada”.

Como ya ha sido mencionado, de acuerdo al paradigma de Nardi, en el complejo desarrollo *outward* la variabilidad o la ambivalencia de señales ambientales orienta a la construcción de esquemas emocionales mediante una importancia pertinente de auto-evaluación cognoscitiva. El sujeto aprende a leer información de su ambiente significativo para actualizar las percepciones internas, en términos de aceptación o rechazo, alta o baja amabilidad, importancia o insignificancia. La comunicación se centra en la reciprocidad semántica, en función de aprobación, decodificación, reglas, y valores; por lo tanto, la reciprocidad se desarrolla en un eje procesal, de altas a bajas pautas de reciprocidad semántica.

El desarrollo evolutivo *outward* permite dirigir los comportamientos hacia la percepción y el manejo de cuán aprobado o seguro se es o se siente, orientando de esa manera su comportamiento exploratorio. El enfocarse en el mundo interno de los demás promovió otras dos capacidades esenciales del Homo Sapiens: a) utilizar (y cuando es posible, también anticipar) juicios y opiniones externas, para realizar comportamientos exitosos, y para actualizarlos cuando dichos estilos y modos cambien, y b) encontrar pautas y teorías para comprender la experiencia humana, reordenándola adecuadamente, a pesar de las contradicciones observadas y los límites cognoscitivos propios.

En el desarrollo *outward*, cuando la reciprocidad semántica es alta (no dependiendo de la calidad –positiva o negativa– de las relaciones), la identidad se construye “en el tiempo real”, paso a paso, basándose en señales percibidas del contexto externo, en términos de aprobación o desaprobación, acuerdo o desacuerdo y del éxito o fracaso. Una gran importancia se le da a la comparación con otros, a los resultados logrados y a la búsqueda de adaptación ante personas, situaciones y de las actividades que permitan delinear la mejor autoestima posible. En todos estos casos se trata de un *outward* con alta reciprocidad semántica, donde se estabilizará una O.S.P. “contextualizada”.

En el desarrollo *outward*, cuando la reciprocidad semántica es baja (no dependiendo de la calidad –positiva o negativa– de las relaciones), la identidad se construye de acuerdo a preceptos, reglas, criterios acerca de aquello en lo que se tiene razón o se está equivocado, bueno o malo y útil o inútil. El sujeto orienta sus estrategias para identificar un conjunto positivo de pensamientos y comportamientos, para alcanzar certezas que estabilizan la percepción del self y el mundo, y, al mismo tiempo, no enfocarse en pensamientos y comportamientos negativos. Los parámetros fundamentales para evaluar su comportamiento no son los resultados (como en los *outwards* contextualizados), sino el auto-compromiso. Se realiza una búsqueda de la reciprocidad (coherente con los esquemas autoevaluativos emocionales propios); el sujeto parece consentir ante instrucciones y reglas, pero también busca una nueva y original teoría en la vida, dando importancia a habilidades, relaciones, y objetivos. En todos estos casos estamos frente a un *outward* con alta reciprocidad semántica, estabilizándose una O.S.P. “orientada a los principios”.

Por lo tanto, cada individuo tiene modalidades constantes y variables de autorreferirse la experiencia, típicas de cada O.S.P. específica; además, en muchos casos, es posible observar que un sujeto puede mostrar modalidades secundarias, evidentes en algunas situaciones durante la vida, típicas de otra O.S.P. (“Organizaciones Mixtas”).

Otros ejes evolutivos secundarios (“descriptores”) permiten el hecho de que cada individuo sea único en sus opiniones, comportamientos y hábitos, cambiando durante el ciclo vital. Estos ejes se traducen en la reactividad psicomotora individual, estilo activo/pasivo, canal principal emocional o cognoscitivo, actitudes introvertidas/extrovertidas, intereses prácticos o teóricos, y sistemas de valores. En todos los casos estos ejes deben ser referidos a la O.S.P. que determina sus patrones básicos de experimentar.

Según el paradigma de Nardi, cada O.S.P. expresa capacidades de adaptación, permitiendo enfrentar situaciones de vida; por otra parte, cada O.S.P. puede presentar fragilidad cuando estímulos ambientales perturbadores no pueden ser integrados al sentido de self. Sin embargo, una percepción más positiva o negativa del self no está relacionada directamente con una O.S.P. específica, pero sí a fragilidades personales en la asimilación de la experiencia; en todo caso, los temas de narraciones autorreferenciales son consistentes con las modalidades específicas de cada O.S.P. (por ejemplo, la insuficiencia en la O.S.P. contextualizada) y el reconocimiento de las modalidades específicas de la organización del sujeto permite al terapeuta reordenar la experiencia del sujeto de una manera más capaz de adaptación. Además, el enfoque post-racionalista proporciona al terapeuta una llave adaptativa para leer los desórdenes mentales, en donde los síntomas todavía representan un esfuerzo adaptativo difícil, inestable, y frágil de experimentar. Por lo tanto, durante el trabajo psicoterapéutico, enfocándose en la O.S.P. es posible reconocer y hacer aparecer los recursos individuales que permitan la adaptación, mejorando la habilidad para manejar las emociones perturbadoras y encontrando nuevas y más flexibles estrategias de comportamiento.

¿ES POSIBLE UNA VALIDACIÓN CIENTÍFICA PARA EL ENFOQUE DE LAS O.S.P.?

En los últimos años, el progreso en neurociencias proporcionó a la investigación cognoscitiva dos nuevos campos investigativos: a) la posibilidad de ver en vivo las modificaciones cerebrales que acontecen durante condiciones o tareas diferentes, incluyendo las activaciones emocionales (Neuroimagen funcional, fNI) y b) la facultad para identificar variaciones en la secuencia del ADN (como polimorfismos) para investigaciones genéticas. En los párrafos siguientes se hará referencia a dichos campos de investigación.

A. Investigaciones y Neuroimagen

Las modernas tecnologías de neuroimagen (especialmente la Imagen de Resonancia Magnética funcional, fIMR y la Tomografía de Emisión de Positrones, PET) permiten un estudio científico de tiempo real de lo que sucede en el funcionamiento neurofisiológico durante cierta acción o ante ciertos cambios; igualmente, ahora es posible estudiar qué sucede cuando comienza una emoción y qué regiones cerebrales están implicadas en esta activación subjetiva.

Utilizando fIMR, una investigación reciente (Bertolino *et al.* 2005) evaluó diferencias en individuos con diferentes O.S.P. (señaladas como “Estilos de Personalidad”). En este estudio, en donde los estilos de personalidad fueron identificados por terapeutas expertos, se demostró que la variabilidad de la actividad de la amígdala estaba relacionada con el estilo de personalidad: viendo expresiones faciales de temor, sujetos *inward* presentan una mayor activación de la amígdala, el hipocampo y la corteza medial prefrontal; por el contrario, sujetos *outward* tienen una activación más alta a nivel de giro fusiforme, de la corteza frontal dorso-lateral, y de la corteza occipital.

Otra investigación de este grupo (Rubino *et al.*, 2007), realizado con 14 sujetos *inward* y 14 *outward* durante la presentación de estímulos amenazantes, demostró una activación más alta de la corteza medial prefrontal en los *inward*, como consecuencia de un involucramiento neuronal más alto durante la evaluación cognoscitiva de emociones primarias.

Recientemente, en un estudio realizado con fIMR, también nuestro grupo (Nardi *et al.*, 2008a y 2008b) investigó activaciones cerebrales inducidas por estímulos emocionales estandarizados en sujetos sanos, cuando el sujeto percibe expresiones faciales de una persona desconocida (“experiencia de tercera de persona”), y cuando percibe expresiones de su propia cara (“experiencia de primera persona”).

En detalle, se estudió en 10 sujetos sanos las activaciones de la amígdala y otras estructuras del sistema nervioso cuando el sujeto percibe expresiones emocionales viendo una cara desconocida y la propia cara. Los resultados también fueron comparados con las organizaciones *inward/outward* (estudiadas con un enfoque clínico, así como con MMPI2, QSP, y el MQOP, cuestionario construido “ad hoc”). Esta investigación confirmó la importancia de la amígdala en el procesamiento de los estímulos emocionales, especialmente en aquellos con impacto social, de acuerdo con otras investigaciones de neuroimágenes, realizadas con fIMR o PET Scan (Breiter *et al.*, 1996; Morris *et al.*, 1996; Phillips *et al.*, 1998; Whalen *et al.*, 1998, 2001; Wang *et al.*, 2005; Costafreda *et al.*, 2007; Pérez-Edgar *et al.*, 2007). Refiriéndose a trabajos semejantes, la presencia de activaciones bilaterales (Vuilleumier *et al.*, 2003) o de la activación de la amígdala izquierda (Morris *et al.*, 1996) puede ser explicada con el hecho de que los sujetos investigados podrían ser *inward* u *outward*, presentando diferentes pautas de activación, como lo demuestran Bertolino *et al.* (2005), Rubino *et al.*, (2007) y nuestro grupo (Nardi *et al.*, 2008a y 2008b).

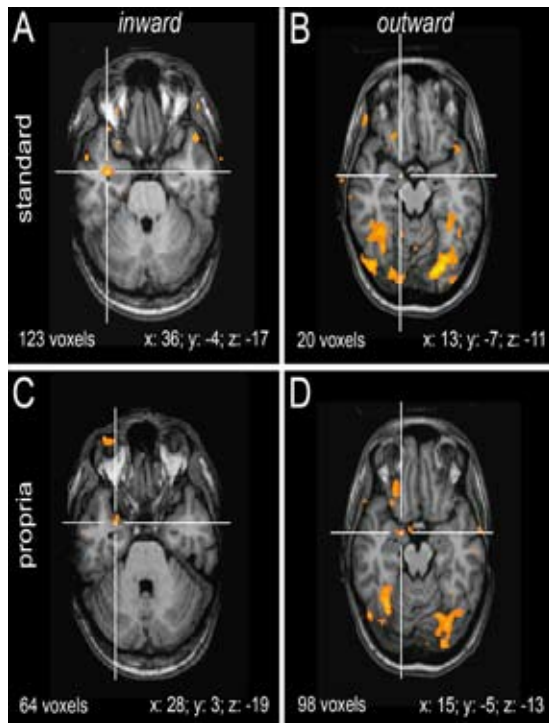


Figura 1. La activación en la amígdala derecha, marcada por intersección de dos ejes, producida por la presentación de expresiones faciales de ira. A) Activación observada en un sujeto *inward* por la presentación de una cara desconocida que expresa ira (experiencia de tercera persona). B) Activación producida por el mismo estímulo en un sujeto *outward*. C) Activación observada en el mismo sujeto *inward* de A observando su propia (experiencia de primera persona). D) Activación producida por el mismo estímulo en el sujeto *outward* mostrado en B. Según la convención estándar radiológica, el hemisferio izquierdo está en el lado derecho (de Nardi *et al.*, 2008).

Como se muestra en la Figura 1, sujetos *inward*, respecto a los *outward*, responden a la rabia de manera más intensa y con una pauta más unívoca; ellos activan mayormente la amígdala derecha, y menos áreas corticales.

De acuerdo con otras investigaciones, que demostraron diferentes activaciones entre la experiencia en primera o tercera persona (Vogelely *et al.*, 2000; Schulte-Rutter M. *et al.*, 2007), en nuestro estudio tanto *inwards* como *outwards* mostraron una mayor activación ante expresiones faciales de personas desconocidas que ante las suyas, probablemente debido a un “efecto de sorpresa” y una más alta atención a detalles estéticos desconocidos, no observables en la visión de su propia imagen. Cuando el sujeto ve su cara, generalmente activa ambos lados de la amígdala. En la presencia de expresiones de rabia una mayor activación de la amígdala derecha puede ser explicada por el hecho de que esta emoción no necesita una decodificación semántica

cortical para su activación. Las expresiones faciales de felicidad activan la amígdala izquierda o ambos lados de la misma. Ya que la amígdala izquierda está conectada con los sistemas corticales del idioma, la felicidad pareciera ser una emoción más compleja y menos directa, requiriendo una decodificación semántica.

De esa manera, estas tres investigaciones con respecto a las O.S.P. (Bertolino *et al.* 2005, Rubino *et al.*, 2007, y Nardi *et al.*, 2008a y 200b) demostraron que las organizaciones *inward* y *outward* tienen diferentes pautas de activación emocional. En el caso de sujetos *inward*, la rabia activa más la amígdala derecha, según la experiencia clínica, en estos individuos, las emociones básicas (como la rabia) son predominantes y son utilizadas para decodificar si el ambiente presenta un contexto positivo o no. En nuestro estudio, sólo en sujetos *inward* una expresión facial neutral activaba la amígdala (en un nivel más alto en el caso de propia la cara respecto a la cara de un desconocido). Este hecho también confirma que los *inward* se centran en las percepciones internas, y desde ellas evalúan situaciones ambientales: el simple hecho de ver su propio rostro puede producir en el sujeto *inward* una activación emotiva.

Por el contrario, los sujetos *outward* tienen una activación más baja de la amígdala pero activan más áreas cerebrales para expresiones faciales de rabia y felicidad. En el caso de esta última, una mayor activación del hemisferio verbal fue observada en los *outward*, esto es, una codificación semántica más alta de las emociones respecto a los *inward*. Tales resultados concuerdan con la experiencia clínica donde los sujetos *inward* construyen relaciones basadas en la reciprocidad física, mientras que los sujetos *outward* lo hacen en la reciprocidad semántica.

B. Las investigaciones genéticas

Como se sabe, en los últimos años muchos trabajos han sido llevados a cabo centrándose en las diferencias genéticas entre distintos individuos, tanto respecto del comportamiento normal como del patológico. Además, las diferencias en las expresiones fenotípicas de genotipo humano fueron estudiadas para comprender las distintas respuestas al tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico. En particular, el Polimorfismo de Nucleótido Simple (Single Nucleotide Polymorphism SNP), ha sido la forma más comúnmente investigada de variaciones de la secuencia de ADN (> 1%). Incluso si muchos SNPs no parecen tener efecto en el funcionamiento de la célula, algunos SNPs pueden conferir una susceptibilidad individual para desarrollar las enfermedades, de-

terminando su severidad y progresión, así como afectar la respuesta a patógenos, toxinas, sustancias químicas, drogas y otras terapias. Por lo tanto, el SNP ha sido de gran valor para la investigación biomédica, permitiendo alcanzar una medicina más personalizada. Esta aproximación permitirá reconocer quién podría enfermarse, de qué enfermedad, cuál es el tratamiento más efectivo, y su pronóstico. No obstante, el inmenso número de polimorfismos a evaluar y la enorme cantidad de datos experimentales necesarios para obtener una evaluación estadística significativa hacen estas evaluaciones caras y requerentes de mucho tiempo. Por lo tanto, sólo pocos SNPs son usualmente seleccionados para los estudios de asociación genotípica.

En el marco constructivista, algunos artículos recientes muestran una correlación entre algún genotipo de SNP y O.S.P. inward u outward. Por lo tanto, tales datos están de acuerdo con la hipótesis que las O.S.P. inward u outward tienen también una base genética específica. Esta es una interesante nueva perspectiva a desarrollar en próximas investigaciones, y puede ser útil para mejorar la comprensión de la eficacia de la psicoterapia y de sus paradigmas epistemológicos.

En la investigación ya mencionada de Bertolino *et al.* (2005), diferentes patrones en el procesamiento de estímulos de temor fueron descubiertos en la amígdala, dependiendo de los estilos de personalidad inward o outward, en la función del polimorfismo 5'HTTLPR de transporte de serotonina.

En una investigación indagatoria (Piva *et al.*, 2008), aplicamos métodos bioinformáticos para predecir la severidad de un SNP y para evaluar cuál proceso biológico podría ser afectado. Otra investigación en proceso (realizada por las Unidades de Psiquiatría, Biología y la Genética, y Medicina Legal de la Universidad Politécnica de La Marca, Italia) investigará las posibles relaciones entre SNP con respecto a receptores y transportadores de serotonina, por una parte, y O.S.P. inward u outward, por la otra.

CONCLUSIONES

Como ya se ha mencionado, el progreso en neurociencia admite identificar nuevas líneas de investigación, que permiten destacar correlaciones biológicas para ciertos patrones de personalidad, como aquellas señaladas en el paradigma de las O.S.P. Gracias a las nuevas tecnologías es posible observar que enfoques psicoterapéuticos útiles, como el constructivista post-rationista, tienen bases sólidas no sólo teóricas y epistemológicas sino también confirmadas por patrones neurales específicos (por ejemplo, diferencias biológicas en la

activación emocional entre sujetos *inward* y *outward*), y configuraciones de polimorfismos genéticos; tales hechos pueden explicar cómo los procesos de apego no sólo tienen bases aprendidas sino también son conducidos por pautas genéticas de conducta.

En conclusión, los progresos en neurociencias pueden ser útiles para validar paradigmas psicoterapéuticos (no sólo “racionalistas” sino también “post-rationistas”), así como iluminar lo que sucede en la mente como consecuencia de la psicoterapia, y puede sentar las bases de un puente entre las aproximaciones biológicas (psicofarmacología) y psicológicas (psicoterapia) de los desórdenes mentales.

REFERENCIAS

1. Abelson RP (1981). Psychological status of the script concept. *American Psychology*, 36, 715-729
2. Bertolino A, Arciero G, Rubino V, Latorre V, De Candia M, Mazzola V, Blasi G, Cario G, Hariri A, Kolachana B, Nardini M, Weinberger DR, Scarabino T (2005). Variation of the human amygdala response during threatening stimuli as a function of 5'HTTLPR genotype and personality style. *Biological Psychiatry*, 57, 1517-1525
3. Breiter HC, Etcoff NL, Whalen PJ, Kennedy WA, Rauch SL, Buckner RL, *et al.* (1996). Response and habituation of the human amygdala during visual processing of facial expression. *Neuron*, 17, 875-887
4. Costafreda SG, Brammer MJ, David AS, Fu CH (2007). Predictors of amygdala activation during the processing of emotional stimuli: A meta-analysis of 385 PET and fMRI studies. *Brain Research Review*, 12
5. Damasio AR (1999). *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*, 1999
6. Guidano VF (1987). *Complexity of the Self*. New York: Guilford
7. Guidano VF (1991). *The Self in Progress*. New York: Guilford
8. Guidano VF, Liotti G (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford
9. Morris J, Frith C, Perret D. (1996). A differential neural response in the human amygdala to fearful and happy facial expressions. *Neuropsychologia*, 42, 1029-1040
10. Nardi B (2000). Report on psychotherapeutic landscape in Italy. *European Psychotherapy*, 1, 1, 40-43
11. Nardi B (2006). Rol de los procesos filogenéticos y ontogenéticos en el desarrollo de las organizaciones de significado personal. *Psicoperspectivas (Chile)*, 5, 1, 49-64
12. Nardi B (2007). *CostruirSi. Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia*. Franco Angeli, Milano, 2007
13. Nardi B, Capecci I, Fabri M, Polonara G, Mascioli G, Cavola G, Di Nicolò M, Laurenzi S, Rocchetti D, Brandoni M, Rocchetti G, Salvolini U, Manzoni T, Bellantuono C (2008a). fMRI investigation of emotional activations during visual processing of other or own facial expressions in subjects with IWD or OWD personality). *Rivista di Psichiatria*, 43, 4, 233-241
14. Nardi B, Capecci I, Fabri M, Polonara G, Salvolini U, Bellantuono C, Moltedo A (2008b) Estudio mediante Imagen Funcional de Resonancia Magnética (fMRI) de las activaciones emotivas correlacionadas con la presentación de rostros extraños o del propio rostro en sujetos con personalidad inward y outward. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 46(3): 168-181

15. Nardi B, Pannelli G. (2001). A tribute to Vittorio F. Guidano (1944-1999). *European Psychotherapy*, 2, 1, 18-19
16. Pérez-Edgar K, Roberson-Nay R, Hardin MG, Poeth K, Guyer AE, Nelson EE, Mc Clure EB, Henderson HA, Fox NA, Pine DS, Ernst M (2007). Attention alters neural responses to evocative faces in behaviorally inhibited adolescents. *Neuroimage*, 35, 4, 1538-1546
17. Phillips ML, Young AW, Scott SK, Calder AJ, Andrew C, Giampietro V, *et al.* (1998). Neural responses to facial and vocal expressions of fear and disgust. *Proceeding of the Royal Society, London Bulletin of Biological Sciences*, 265, 1809-1817
18. Piva F, Giuliotti M, Nardi B, Bellantuono C, Principato G (2008). An in silico prediction of the effects of Single Nucleotide Polymorphism (SNP) on the serotonin genes in humans. *Biological Psychiatry* (submitted)
19. Rubino V, Blasí G, Latorre V, Fazio L, D'Errico I, Mazzola V, Caforio G, Nardini M, Popolizio T, Hariri A, Arciero G, Bertolino A. (2007). Activity in medial prefrontal cortex during cognitive evaluation of threatening stimuli as a function of personality style. *Brain Research Bulletin*, 74, 250-257
20. Schulte-Rüther M, Markowitsch HJ, Fink GR, Piefke M. (2007). Mirror neuron and theory of mind mechanisms involved in face-to-face interactions: a functional magnetic resonance imaging approach to empathy. *Journal of Cognitive Neurosciences*, 19, 8, 1354-1372
21. Tomkins SS (1978). Script theory: Differential magnification of affects. In: Howe HE, Page MM (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press
22. Vogeley K, Schneider-Axmann T, Pfeiffer U, Tepest R, Bayer TA, Bogerts B, Honer WG, Falkai P (2000). Disturbed gyrification of the prefrontal region in male schizophrenic patients: A morphometric postmortem study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 34-39
23. Vuilleumier P, Armony JL, Driver J, Dolan RJ (2003). Distinct spatial frequency sensitivities for processing faces and emotional expressions. *Nature Neurosci.*, 6, 6, 624-631
24. Whalen PJ, Rauch SL, Etcoff NL, Mc Inerney SC, Lee MB, Jenike MA (1998). Masked presentations of emotional facial expressions modulate amygdala activity without explicit knowledge. *Journal of Neurosciences*, 18, 411-418
25. Whalen PJ, Shin LM, Mc Inerney SC, Fischer H, Wright CI, Rauch SL (2001). A functional MRI study of human amygdala responses to facial expressions of fear versus anger. *Emotion*, 1, 70-83
26. Wang L, Mc Carthy G, Song AW, Labar KS (2005). Amygdala activation to sad pictures during high-field (4 tesla) functional magnetic resonance imaging. *Emotion*, 5, 12-22

TEORÍA

SUFRIMIENTO, LENGUAJE Y SU MÁS ALLÁ: APROXIMACIONES PSICOANALÍTICAS

(Rev GPU 2010; 6; 1: 71-78)

Niklas Bornhauser¹

El sufrimiento más intolerable es el que produce
la prolongación del placer más intenso.

GEORGE BERNARD SHAW

El sufrimiento es un sentimiento universal, central para las ciencias humanas, sociales y de la salud. Se discute, desde un punto de vista psicoanalítico, el estatuto y la consistencia del concepto, considerando, a la vez, su relación con el lenguaje y la teoría de las pulsiones. Finalmente, se establecen algunas consecuencias de dicha problematización para la práctica clínica.

I. SUFRIR. ALCANCES SEMIOLÓGICOS

La palabra *sufrimiento* es un término polisémico, rico en alcances y asociaciones. Su inscripción semántica es múltiple y diversa, ya que atraviesa a diferentes discursos y prácticas disciplinares, caracterizándose por su movilidad y pluralidad de significaciones.

Su complejidad y heterogeneidad irreductibles de antemano destinan al fracaso a toda estrategia de análisis sostenida en el supuesto de los significados únicos y la biunivocidad (Wüster, 1979) entre significante y

significado. Pareciera requerir, más bien, un abordaje diverso y plural, capaz de transitar por diferentes campos de aplicación, de considerar sus diferentes especializaciones locales y de recoger las diferentes influencias particulares que convergen en la palabra en cuestión.

Una primera aproximación, consistente en el análisis de sus diferentes usos en el lenguaje cotidiano (*Alltagssprache*)², sugiere que en principio se puede distinguir varios campos de significación, no necesariamente emparentados entre ellos. En relación a lo anterior, el verbo *sufrir* se presenta, básicamente, en cuatro

¹ Universidad Andrés Bello, Campus Casona Las Condes, Escuela de Psicología. nbornhauser@unab.cl

² A propósito de la pertinencia metodológica de realizar un análisis del lenguaje cotidiano u ordinario, véase, por ejemplo, Heidegger, M.: *Erläuterungen zu Hölderlins Dichtung*. Frankfurt a. M.: Klostermann, 1963.

contextos, que si bien están relacionados entre sí, son separables al menos didácticamente:

PRIMERO, sufrir, en términos generales, es empleado en un sentido descriptivo, en la medida en que alude a una situación en la cual un ente, un cuerpo, se ve expuesto a una acción. Ejemplo: "Todo cuerpo sufre la fuerza de gravedad".

La fuerza aludida, la fuerza gravitacional, en principio, actúa sobre todo cuerpo, sometiéndolo a sus efectos, en este caso, atrayéndolo hacia sí, respectivamente, hacia el centro de masa del objeto del que emana. Sufrir, en el ejemplo citado, es empleado de manera neutra en un doble sentido: por un lado, las fuerzas en juego son entidades anónimas e imparciales, es decir, indiferentes; por el otro, a los efectos de la acción no se les asigna juicio de valor alguno, ya que éstos simplemente se sufren sin cuestionar su justificación o sus implicaciones.

A propósito de esta acepción, se podría pensar, por ejemplo, en ciertas acciones u operaciones que necesaria e innegociablemente recaen sobre todo sujeto, así como todo cuerpo está sujeto a la acción de la fuerza de gravedad. Sufrir, entonces, adquiere el sentido de experimentar –y soportar– una coerción inevitable, que opera sobre todos indistintamente, sin admitir excepción alguna. Así, por ejemplo, todo sujeto, a la hora de constituirse como tal, sufre la imposición del lenguaje como un cuerpo relacional abierto, conformado por un conjunto de significaciones que le son extrañas y ajenas. Sin su indispensable inscripción en el campo socio-simbólico correspondiente, simplemente no es posible pensar en subjetividad alguna. Esta primera significación del sufrir, por ende, nos sitúa en el ámbito de las determinaciones fundantes, de aquellos factores que se relacionan no solamente con el mítico momento en el cual algo se constituye como tal, sino que, además de lo anterior, inciden, de manera decisiva, en el devenir de lo constituido, más allá de su mera configuración³.

³ La insistencia del significante *caída* en el texto recuerda la clínica del *clinamem*, desviación de la clínica única y dogmática, pensada a partir de ese término, usado por Epicuro para designar la capacidad que permite a los átomos, al caer hacia abajo en función de su peso, desviarse espontáneamente de esa dirección y formar combinaciones no previsibles con otros cuerpos. Como no pensar, a propósito de lo anterior, en la caída del objeto a, expresión empleada por J. Lacan al momento de poner en juego el estatuto fragmentado del sujeto, dividido por dos significantes, que producen una *Spaltung*,

SEGUNDO, sufrir apunta a ciertas circunstancias en las que algo se somete a prueba o experimenta un cambio, de preferencia en su evolución o desarrollo. Ejemplos: "En la adolescencia el cuerpo sufre cambios vertiginosos" o "La Bolsa ha sufrido una baja de dos puntos".

Sufrir, en esta ocasión, aparece ligado a la acción de cambiar, es decir, se sufre un cambio, lo que quiere decir que se altera o transforma un cierto estado de cosas. Por ende, apunta al cambio, a la conversión de una cosa en otra, a su modificación o mudanza, ya sea en su apariencia, naturaleza o condición. El sufrimiento, bajo esa acepción, sería parte del devenir subjetivo propiamente tal, en tanto éste se basa en la transformación y la variabilidad constitutiva del psiquismo como una de sus propiedades básicas e irrenunciables.

La idea del sufrimiento como cambio recuerda, asimismo, a la novela *Die Verwandlung* de Franz Kafka, traducida al castellano habitualmente como *La metamorfosis* o *La transformación*. Dicho relato, como es consabido, narra la historia de Gregor Samsa, un comerciante de telas, que un día amanece convertido en monstruoso insecto (*ein ungeheures Ungeziefer*), una especie de cucaracha gigante. El relato, por parte de Kafka, de la incapacidad de asumir dicha transformación –tanto por parte de él como de los demás– se ha convertido en uno de los testimonios más elocuentes del sufrimiento humano.

Se combinan, en la narración kafkiana, los tres lados, desde los cuales, según Freud, amenaza el sufrimiento, a saber, "desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos" (Freud, 1927, p. 76). El sufrir, si bien se relaciona con estas tres fuentes, recibe un influjo particularmente poderoso de la tercera de ellas, con lo cual el ámbito intersubjetivo le proporciona a la experiencia humana un padecer especialmente doloroso. El sufrir, por ende, pierde su connotación abstracta e impersonal y, más bien, se radica en el terreno de lo interpersonal propiamente tal.

TERCERO, sufrir es utilizado cuando se siente un dolor, ya sea físico o moral "Sufro de los huesos" o "Ciertamente

cuyo resto es el objeto a. Véase, al respecto, Lacan, J.: *El Seminario. Libro XIII. El objeto del psicoanálisis (1965-66)*, especialmente las lecciones del 8 de diciembre de 1965, el 15 de diciembre del mismo año y el 25 de mayo de 1966.

estaba profetizado que debería sufrir el dolor de la traición, era una parte de su tragedia moral. Cuánto dolor moral sufriría José!”

El sufrimiento experimentado, en los ejemplos referidos, adquiere una connotación abierta y directamente dolorosa, ya que se sufre una dolencia, una enfermedad o una aflicción. Es decir, la neutralidad de la experiencia, que caracterizaba el primer caso, se pierde y se pasa a designar lo que se sufre como algo francamente doloroso, pungente y desagradable. Sufrir señala el estar expuesto a un mal, una enfermedad. Apunta a un mal-estar.

Se desprende, de las consideraciones precedentes, la necesidad de distinguir dolor y sufrimiento. A propósito de esta distinción, resulta de interés considerar que existe una disciplina que surge como una reflexión sobre la enfermedad y sobre el sufrimiento doloroso de los cuerpos –la medicina (Canguilhem, 1971). De manera consistente con lo anterior, ésta históricamente suele definir como su meta el establecer un estado de bienestar, de adaptación y de equilibrio. Basta con recordar la clásica definición de salud como silencio de los órganos.

El sufrimiento, a diferencia del dolor, se refiere a una experiencia que implica al sujeto, que lo compromete de raíz. Es decir, se sufre en la intimidad, sufre todo el sujeto, no solamente su cuerpo, convirtiendo el sufrimiento en una experiencia subjetiva, tal como lo expresa el enunciado “yo sufro”. El dolor, en cambio, “se tiene”, es decir, permanece a nivel de lo a-la-mano, de las pertenencias, sin implicar la subjetividad en sus cimientos (Ortiz y López-Ibor, 1999).

Sin embargo, ciertas concepciones contemporáneas del dolor vuelven a aproximar a éste al sufrimiento, planteando, por ejemplo, que el dolor es una experiencia perceptiva y afectiva que viene determinada por la historia del sujeto, y por el significado que para él tiene la agresión que lo origina o la situación en que se produce (Wall, 2000). En este caso, se podría decir que el sujeto sufre un dolor, convirtiendo la vivencia de éste en vivencia del dolor de cada sujeto.

Es precisamente el prestar atención no solamente a la urgencia y el retorno del dolor, sino el atender a su subjetivación o a la implicación del sujeto en éste, lo que está en el origen de los descubrimientos sobre la constitución del psiquismo, la dimensión inconsciente del cuerpo y la vida pulsional. Desde comienzos de su obra, Sigmund Freud presenta el dolor como un concepto límite, situado entre lo cuantitativo y lo cualitativo, en la delicada frontera que separa una percepción interna de una externa. El dolor, en la medida en que se relaciona con el sufrimiento, aparece cuestionando la

distinción entre lo corporal y lo anímico, obligando, entre otros, a redefinir el concepto clásico de cuerpo como equivalente al soma.

En uno de los textos considerados prepsicoanalíticos, titulado *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* (1890), Freud dice que si bien el dolor, por lo general, se suele incluir entre los fenómenos corporales, es preciso tomar en cuenta “su evidentísima dependencia de condiciones anímicas” (Freud, 1890, p. 120). Tales influencias, habitualmente resumidas bajo el rótulo de la “imaginación”, suelen tener una influencia equiparable a una herida, una enfermedad o una inflamación, causando dolores no menos reales ni menos fuertes que las causas somáticas mencionadas.

En uno de los primeros historiales clínicos, escrito en 1893, Freud arribaría al procedimiento de la remoción del material patógeno por la palabra: “Poco a poco aprendí a utilizar como brújula ese dolor despertado; cuando ella enmudecía, pero todavía acusaba dolores, yo sabía que no lo había dicho todo y la instaba a continuar la confesión hasta que el dolor fuera removido por la palabra {*wegsprechen*}” (Freud, 1893, p. 163).

El desplazamiento desde la mirada médica hacia la escucha psicoanalítica (Foucault, 1966) equivale a asumir una posición ante la “imaginación” de sus pacientes, que le permitió escuchar, por primera vez, el aparente sinsentido de los dolores convertidos en sufrimiento. Es en virtud de este cambio epistémico que fue descubriendo una serie de satisfacciones paradójicas, asociadas –de un modo aún por precisar– al sufrimiento, en las cuales se confundían el placer y el displacer. A modo de ilustración, refiere que al oprimir la piel de Elizabeth von R., el rostro de ésta cobraba una peculiar expresión “más de placer que de dolor” (Freud, 1893, p. 153). Esta cita, en la que convergen y se confunden dos sensaciones anímicas habitualmente opuestas y excluyentes, nos encamina hacia las observaciones siguientes.

CUARTO y último, tal como se sugiere en las citas y observaciones comentadas, el sufrimiento es un eje organizador central de la obra freudiana. Atraviesa toda su producción escrita, orienta decisivamente su clínica y lo obliga a examinar, una y otra vez, sus supuestos y *a priori*s teóricos. Al revisar las numerosas referencias al sufrimiento en el corpus freudiano, aparece una entrada que, a propósito de la última acepción de sufrimiento revisada, llama la atención. Dice ahí, en *El chiste y su relación con lo inconsciente* (1905): “*Eifersucht ist eine Leidenschaft die mit Eifer sucht, was Leiden schafft*” (Freud, p. 35).

Este apotegma, cuya autoría corresponde a Friedrich Daniel Ernst Schleiermacher, ha sido traducido

unánimemente de la siguiente manera⁴: Los celos (*Eifersucht*) son una pasión (*Leidenschaft*) que con celo busca (*mit Eifer sucht*) lo que dolor produce (*was Leiden schafft*).

La traducción de *Leiden* por dolor si bien no es incorrecta, en este caso resulta al menos imprecisa. Equivaldría a traducir *Die Leiden des jungen Werther* de Johann Wolfgang von Goethe por *Los dolores del joven Werther*. En el caso de la novela epistolar de Goethe, las traducciones existentes al castellano, que han optado por emplear las palabras *cuitas*, *desventuras*, *penas* o *sufrimientos*, dejan entrever la inexactitud o incluso confusión que supondría traducir *Leiden* por dolor.

Por ende, una traducción posible del aforismo de Schleiermacher podría ser ésta: “Los celos son una pasión que con celo busca lo que *sufrimiento* produce”.

Esta acepción de sufrir aparece, asimismo, en la descripción del efecto que provocaron en George Dumas las fotografías del suplicio chino Quin. La alusión en este caso es implícita, ya que el sufrimiento aparece aludido, de modo velado, entre líneas, a propósito de la confusión entre placer y displacer: “Es en ese marco, que al describir las expresiones internas y externas de dolor y de placer, en particular cuando aborda la expresión del dolor, su observación de las fotografías del supliciado se detiene en los pelos de punta (horripilación), en el sudor, en los movimientos de los músculos de la cara, en la carne de gallina del paciente chino, hasta llegar a escribir esa frase que se transforma en el ojo de la tormenta: el rostro expresa una especie de gozo (*joie*) extático con la boca entreabierta, los ojos semicerrados...” (Assandri, 2007, p. 108).

En ambos casos, sufrir se entremezcla, por un lado, con el dolor, la aflicción, el malestar y, por el otro, con lo que pareciera ser su opuesto inconciliable –el gozo. Sufrir, en este contexto, equivale no solamente a aguantar o tolerar, sino a experimentar, con el consentimiento pasivo de quien lo padece, una sensación gozosa, asociada al orden de la tensión, del forzamiento, de la coacción.

Es posible constatar, por consiguiente, la existencia de pasiones que con ardor y asiduidad buscan lo que sufrimiento produce.

Lo anterior equivale a sostener nada menos que la existencia de determinadas mociones emocionales,

que, contrariamente a lo que afirma el sentido común, persiguen el sufrimiento. Significa poner en entredicho el supuesto, adoptado sin reservas no solamente en la teoría psicoanalítica, que el decurso de los procesos anímicos es regulado por el principio de placer. Vale decir, el psiquismo no estaría empeñado exclusivamente en la producción de placer, respectivamente en la evitación de displacer, sino que albergaría determinadas mociones pulsionales que persiguen precisamente lo contrario, a saber, que buscan activamente el displacer, el padecimiento o el malestar.

Ha llegado el momento de relacionar lo inferido a partir de las indagaciones semánticas precedentes con ciertos postulados freudianos respecto del sufrimiento.

II. FANTASÍA INCONSCIENTE, DESUBJETIVACIÓN Y PULSIÓN DE MUERTE

PRIMERO, coincidentemente con lo cotejado en el primer apartado, el sufrimiento aparentemente se relaciona con una actitud contemplativa o inactiva, ya que, según se constató en los ejemplos referidos, las fuerzas en cuestión son padecidas pasivamente por alguien que sufre –impasiblemente– su influjo. No es sino esta misma situación la que es sometida a análisis, por parte de Freud, en *Pegan a un niño* (1919).

Resalta aquí, nuevamente, la dificultad de traducir al castellano el título original, el cual contiene, por cierto, la hipótesis principal del texto: *Ein Kind wird geschlagen*. Llama la atención la voz pasiva, construcción verbal por la cual se presenta al sujeto como pasivo (sujeto paciente), mientras que la acción ejecutada por el verbo es desempeñada por un complemento (complemento agente) y no por el sujeto agente del verbo en voz activa. A través de esta conjugación se pone en evidencia el sujeto y su condición –*un niño es pegado*. “Un niño es pegado. La voz pasiva excluye al sujeto del enunciado para situarlo como objeto gramatical que sufre la acción del verbo. El sujeto, identificado con el objeto que es pegado por otro” (Bercovich, 1997, p. 102). En el *pegan*, respectivamente, *es pegado* impersonal, se encuentra –vagamente– la función paterna, desprendida de todo padre imaginario. El enunciado de la fantasía, de acuerdo a Lacan (1965-1966), pone de manifiesto la desubjetivación esencial que se produce en esta relación.

El texto en cuestión, subtítulo “Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales”, parte constatando la insistencia con la cual en la práctica psicoanalítica se presenta la fantasía a la que el escrito en cuestión le debe su título. A dicha fantasía, de acuerdo a Freud, “se anudan sentimientos

⁴ A pesar de sus cuantiosas discrepancias y divergencias, en esta ocasión, ambos traductores de la obra freudiana al castellano, tanto Luis López-Ballesteros como José Luis Etcheverry, coinciden en cuanto a su versión propuesta.

placenteros en virtud de los cuales se la ha reproducido innumerables veces o se la sigue reproduciendo" (Freud, 1919, p. 48).

El *ser-azotado*, situado en el núcleo de la fantasía de paliza, es distinguido como actitud fundamentalmente pasiva. Esta pasividad incluso es reproducida en otro nivel, ya que la persona del niño fantaseador siquiera sale a la luz en dicha fantasía, pues los pacientes, si son interrogados con insistencia, sólo atinan a exteriorizar: "Probablemente yo estoy mirando".

En efecto, lo que finalmente queda es una desubjetivación radical de la escena, en la cual el sujeto está reducido a ser un mero espectador, una suerte de ojo –recuérdese, en este lugar, la relevancia atribuida a los órganos y a su eventual autonomía en las primeras líneas. Comenta Lacan, en el Seminario IV: "Para verlo, es preciso no siempre un sujeto, pero sí al menos un ojo, que puede ser únicamente una pantalla sobre la que se instituye el sujeto" (1956-57, p. 120).

Nos encontramos, pues, frente a una especie de reducción simbólica tajante, que progresivamente ha eliminado toda la estructura subjetiva de la situación inicialmente descrita para dejar subsistir tan sólo un residuo, un remanente o un desecho, último e irreducible. Dicho exceso, completamente desubjetivado, al conservar toda la carga –pero una carga no revelada, sin constituir, no asumida por el sujeto– de lo que en el Otro constituye la estructura articulada en la cual el sujeto está implicado, se presenta a modo de un enigma.

Ein Kind wird geschlagen (1919) da cuenta, por ende, de la dimensión gozosa experimentada en el castigo del cual el sujeto es objeto. La pasividad, inicialmente advertida, llega hasta el extremo de la aniquilación subjetiva, punto en el cual el sufrimiento se torna gozo. La fantasía perversa, lejos de circunscribirse únicamente a la estructura perversa, es decir, al ámbito de la psicopatología, abre una vía de comprensión del sufrimiento que no pasa, al menos exclusivamente, por su oposición al placer y que requiere considerar los procesos y la dinámica de desubjetivación aludida.

SEGUNDO, el sufrimiento, lejos de relacionarse únicamente con el displacer o el malestar, se engrana –de un modo (o varios) que aún habría que precisar– con cierta modalidad de placer.

Solamente un año después de *Ein Kind wird geschlagen* (1919), Freud, en *Más allá del principio del placer* (1920), describe la llamada *reacción terapéutica negativa*. Se trata, a grandes rasgos, de un fenómeno observado en algunas curas psicoanalíticas y que constituye un tipo de resistencia, particularmente tenaz, que se

manifiesta cuando en el curso del análisis cabría esperar una mejoría y, en su lugar, ocurre una agravación o una desmejora, tal como si ciertos pacientes prefirieran el sufrimiento a la curación.

De modo concordante con lo descrito en *Pegan a un niño* (1919), Freud atribuye este fenómeno clínico a un sentimiento de culpabilidad inconsciente, inherente a ciertas estructuras masoquistas. Según la experiencia clínica, en algunos pacientes "toda solución parcial, cuya consecuencia debiera ser una mejoría o una suspensión temporal de los síntomas, como de hecho lo es en otras personas, les provoca un refuerzo momentáneo de su padecer; empeoran en el curso del tratamiento, en vez de mejorar" (1923, p. 177).

Ya en *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten* (1914), Freud había advertido el problema de "la agravación durante el tratamiento", según él, debido a una reacción invertida, prefiriendo el paciente, en cada etapa del análisis, la persistencia del sufrimiento a la curación. El mentado sentimiento de culpabilidad inconsciente es muy difícil de sacar a luz, pues éste "es mudo para el enfermo, no le dice que es culpable: él no se siente culpable, sino enfermo" (*Ibidem*).

Como consecuencia de lo anterior, Freud se ve obligado a reconocer que, "en verdad, es incorrecto hablar de un imperio del principio de placer sobre el decurso de los procesos anímicos" (Freud, 1920, p. 9), ya que si tal dominio efectivamente existiese, la mayor parte de los procesos psíquicos tendría que verse acompañada de placer o al menos conducir a él, lo cual es energicamente desmentido por la experiencia general. Existe, efectivamente, en el psiquismo, una fuerte tendencia al placer, pero a ésta se oponen, no con menos fuerza y vehemencia, otras fuerzas, de modo que el resultado final no puede corresponder siempre al logro o a la obtención de placer.

La evidencia clínica en la cual se sustenta dicha sentencia no se reduce únicamente a la mencionada reacción terapéutica negativa, sino que se extiende a los siguientes fenómenos: Primero, la voluptuosa expresión, mitad sufrimiento mitad gozo, advertida en el "hombre de las ratas" al recordar éste el relato de la tortura. Dicho recuerdo le producía un intenso placer, asociado al horror evocativo, hasta entonces desconocido por parte del paciente. Al relatar la modalidad específica del suplicio, según comenta Freud, "mostraba todos los signos del horror y la resistencia [...] y en todos los momentos más importantes del relato se nota en él una expresión del rostro de muy rara composición, y que sólo puedo resolver como horror ante su placer, ignorado {*unbekennen*} por él mismo" (Freud, 1909, p. 133).

Segundo, el júbilo percibido en el rostro de su nieto, al jugar éste con el célebre carrete. El juego aludido consiste en el hábito de arrojar lejos de sí, a un rincón o debajo de un mueble, todos los pequeños objetos que hallaba a su alcance. Al hacerlo, según el relato de Freud, profería, “con expresión de interés y satisfacción” (Freud, 1920, p. 15), un fuerte y prolongado “o-o-o-o”, que, según el análisis freudiano significaba “se fue” {*fort*}. Un día Freud lo observó jugando con un carretel de madera atado con un piolín. Al arrojarlo tras la baranda de su cuna, el niño pronunciaba su significativo “o-o-o-o” para después, tirando del piolín, volver a sacarlo, saludando ahora su aparición con un amistoso “acá está” {*da*}. Este juego es interpretado, entonces, a la luz del “gran logro cultural del niño”, a saber, su renuncia pulsional o, más precisamente, su renuncia a la satisfacción pulsional.

Sin embargo, como Freud de inmediato advierte, dado que es imposible que la partida de la madre, representada por la ausencia del carretel, le resultara agradable o siquiera indiferente, entonces, ¿cómo se concilia con el principio de placer que repitiese en calidad de juego esta vivencia penosa para él? Y, según él mismo añade, ¿cómo interpretar que “el primer acto, el de la partida, era escenificado por sí solo y, en verdad, con frecuencia incomparablemente mayor que el juego íntegro llevado hasta su final placentero”? (*Ibidem*).

Tercero y último, el gozo apasionado, infinito, que experimenta el presidente del senado Daniel Paul Schreber, a propósito de la constatación de la transformación paulatina de su cuerpo en cuerpo femenino. La consideración pormenorizada de esta tercera modalidad del sufrimiento gozoso, en la medida en que requiere referirse –aunque sea a grandes rasgos y de modo introductorio– a la psicosis, excede el marco de estas consideraciones, centradas en el problema del sufrimiento.

III. DISCUSIÓN

De las consideraciones precedentes, centradas en el ámbito del lenguaje y el territorio pulsional, se desprenden algunas consecuencias con respecto de una concepción psicoanalítica del sufrimiento. Después de haber establecido su estatuto, al mismo tiempo fundamental y liminar, interesa, en este apartado, señalar algunas implicaciones para la clínica psicoanalítica. El sufrimiento, en ese sentido, no se distingue de cualquier otro concepto psicoanalítico, pues queda inscrito en la relación indisoluble entre la teoría y la práctica psicoanalítica, relación resumida en el dictamen del *Junktim* freudiano (Freud, 1918, 1927, 1933).

El sufrimiento si bien puede ser considerado un hecho, no es un hecho en sí o como tal, sino que está vinculado, irremediamente, al ámbito del lenguaje y, con ello, a sus procesos dinámicos fundamentales: metáfora y metonimia (Lacan, 1953). Las sendas recorridas a lo largo de este trabajo ilustran la irreductible polisemia inherente al sufrimiento, así como las múltiples asociaciones significantes que se pueden establecer a partir, con o a pesar de éste.

La vinculación del sufrimiento con el lenguaje no se reduce a una relación abstracta, “teórica”, desvinculada de todo quehacer “práctico”⁵, sino que, más que al lenguaje concebido como el ámbito recóndito de las determinaciones trascendentales, apunta más bien al decir. Más específicamente, no se relaciona con el decir genérico e impersonal, sino con el decir de un sujeto, que dice sin saber lo que dice a raíz del padecimiento del significante. Este padecer, en principio sufrido como

⁵ La práctica psicoanalítica, en lugar de una entidad compacta, monolítica e impenetrable, es un agregado híbrido y múltiple, conformado por un complejo entramado de conexiones de reciprocidad que van de un punto teórico a otro. Convergen en la práctica del psicoanálisis elementos teóricos disímiles y dispares, procedentes de diferentes disciplinas –fisiología, filosofía, incluso, ciertos precedentes de una especie de teoría cultural incipiente, etc. (Bercherie, 1996)– y entre los cuales se establece todo tipo de nexos, enlaces y ligaduras. Es, precisamente, debido a esta pluralidad irreductible que se pueden proyectar relaciones diversas y variables con diferentes disciplinas y prácticas discursivas, no necesariamente emparentadas; al menos, en principio.

Al mismo tiempo, la teoría psicoanalítica, en tanto conformación heterogénea y compuesta, puede ser pensada como los empalmes y ensambladuras de una práctica con otra. Dichas articulaciones no se dan, al menos no exclusivamente, al modo de síntesis, integraciones y acoplamientos, sino que, al tratarse de relaciones entre fuerzas, se producen, también –y de manera determinante– a través de desencuentros, colisiones y choques.

Freud, a través de su práctica interpretativa, desmonta todo modelo que defina, por un lado, la existencia de un dominio especulativo, teorizante e hipotético –asentado firmemente sobre sus fundamentos epistemológicos consolidados– y, por el otro, la presencia de un ámbito efectivo, expeditivo y práctico. Esta relación ideológica, heredera del neopositivismo imperante, a partir de Freud será reemplazada por algo muy distinto: la idea de un sistema de conexión abierto, incompleto, articulador de una multiplicidad de piezas parciales y fragmentarias, de segmentos a la vez teóricos y prácticos.

La teoría psicoanalítica, por lo tanto, no es que prescriba, exprese o traduzca una práctica: es una práctica.

insensato, inexplicable e incomprensible, según lo expuesto, sólo se vuelve susceptible de ser significado si se esclarecen sus relaciones con otros significantes. Recuérdese, a propósito de lo anterior que “el significante, en cuanto tal, no significa nada” (Lacan, 1955-56, p. 261) y que no es sino lo que representa a un sujeto para otro significante. En otras palabras, no existe algo así como el “sufrimiento” propiamente tal, despejado de toda significación accidental y supletoria, el en sí del sufrimiento, su mismidad absoluta e irreductible, abstraída de la extensa superficie socio-simbólica en la cual ésta se inscribe.

No obstante, la determinación del sufrimiento a partir de la consideración de su inscripción en el entramado rizomático del lenguaje implica, asimismo, asumir que, debido a la misma incompletitud estructural del lenguaje, siempre habrá algo que no puede decirse en relación a éste, es decir, se resiste a ser representado. En otras palabras, el sufrimiento no puede ser nombrado en su totalidad y, por ende, no puede llegar a ser articulado totalmente, quedando siempre un resto, un residuo o un excedente sin decir.

Esta imposibilidad de decirlo todo compromete tanto la metodología investigativa como la práctica clínica en psicoanálisis, imponiendo la necesidad de atender a la dimensión de la falta y, con ello, del deseo (Lang, 1973). Al considerar las consecuencias de los alcances establecidos a lo largo del trayecto recorrido, se vuelve evidente que toda conceptualización psicoanalítica del sufrimiento entreabre una vía comprensiva alternativa al orden de los conocimientos empíricos y de la técnica moderna. Dicha diferencia, a propósito del sufrimiento, se basa en el reconocimiento del lugar central del lenguaje y del sujeto, lo que significa que hablar de sufrimiento sólo tiene sentido si se hace en relación a un sujeto; más específicamente, un determinado tipo de sujeto, sujeto del inconsciente, sujeto de la pulsiones.

Este sujeto, en palabras de Piera Aulagnier, “no viene a vernos porque forma parte de una *intelligentsia*, tampoco porque está movido por no sé qué deseo de saber, sino que viene porque sufre y para que lo ayudemos a superar su conflicto psicótico, neurótico u otro que es causa de su sufrimiento” (1986). Es decir, el paciente acude al psicoanalista a raíz de su sufrimiento y espera de éste, en principio, ser aliviado del sufrimiento que padece.

Ahora bien, que el paciente espere un alivio de su sufrimiento no significa que el analista efectivamente se arroje a apaciguar su padecer. Tal como hemos podido entrever, el psicoanálisis propone un abordaje del sufrimiento que difiere de la respuesta, habitualmente

planteada por la psicología. La psicología, en tanto ciencia, ofrece un arsenal de instrumentos técnicos y razonamientos ideológicos como respuesta a una demanda social explícita, que proviene de determinadas necesidades planteadas, al fin y al cabo, en la organización de la producción (Braunstein, 1975). Estas respuestas, la mayoría de las veces, se traducen en intervenciones cosméticas, tendientes a apaciguar el síntoma, respectivamente, el sufrimiento vinculado a éste, y terminar con el malestar asociado.

El psicoanálisis, en cambio, no pretende acabar ni con el síntoma ni con el sufrimiento, sino, por el contrario, propone trabajar a partir y con él. Esto significa, primero, abstenerse de apuntar a resolver mecánica e irreflexivamente el malestar humano, a responder automáticamente a las diferentes demandas sociales y las exigencias correspondientes, y segundo, transformar el sufrimiento en pregunta dirigida a Otro.

Trascender la queja, transformarla en pregunta, es ésta la condición esencial para trabajar psicoanalíticamente con el sufrimiento. El trabajo propuesto, en este caso, implica recorrer un camino indirecto, sinuoso, en ocasiones laberíntico, ya que el sufrimiento es refractario a toda aproximación frontal. De ello se sigue una complejidad básica y primordial de un abordaje psicoanalítico del mismo: éste no es el norte de la travesía ni el objetivo ideal hacia el cual, imperturbado e imperativamente, apunta la brújula psicoanalítica, aunque sí es uno de sus objetivos irrenunciables.

En otras palabras, el alivio del sufrimiento es un lugar por el cual el análisis debe pasar; no obstante, para hacerlo debe transitar por él colateralmente, en el decir de Lacan, “por añadidura” (Lacan, 1955, p. 92). Dicho tránsito es posibilitado por el reconocimiento del sujeto, respectivamente, su escisión, y el consecuente silencio de la escucha, una actitud que cuestiona al saber consciente que oculta la causa del malestar. Es de este modo que la posición del psicoanalista permite que allí donde “todo” era sufrimiento advenga otra cosa.

REFERENCIAS

1. Assandri J. Entre Bataille y Lacan. Buenos Aires: El cuenco de plata, 2007
2. Aulagnier P. “Entrevista a la Dra. Piera Aulagnier” Extraído el 23 de noviembre de 2009 de <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero1/aulagnier1.htm>
3. Bercherie P. Génesis de los conceptos freudianos. Buenos Aires, Paidós, 1996
4. Bercovich S. “El agente del laberinto” en Morales H.: El laberinto de las estructuras. México: Siglo XXI, 1997
5. Braunstein N. Psicología: Ideología y ciencia. México: Siglo XXI, 1975

6. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo XXI, 1971
7. Foucault M. El nacimiento de la clínica. México: Siglo XXI, 1966
8. Freud S, Breuer J. Estudios sobre la histeria (1893-95), Obras Completas, Tomo II, Buenos Aires: Amorrortu, 1978
9. Freud S. A propósito de un caso de neurosis obsesiva (1909), Obras Completas, Tomo X, Buenos Aires: Amorrortu, 1991
10. Freud S. De la historia de una neurosis infantil (caso del Hombre de los Lobos) (1918 [1914]), Obras Completas, Tomo XVII, Buenos Aires: Amorrortu, 1986
11. Freud S. El chiste y su relación con lo inconsciente (1905), Obras Completas, Tomo VIII, Buenos Aires: Amorrortu, 1978
12. Freud S. El malestar en la cultura (1930 [1929]), Obras Completas, Tomo XXI, Buenos Aires: Amorrortu, 1986
13. Freud S. El problema económico del masoquismo (1924), Obras Completas, Tomo XIX, Buenos Aires: Amorrortu, 1986
14. Freud S. El yo y el ello (1923), Obras Completas, Tomo XIX, Buenos Aires: Amorrortu, 1986
15. Freud S. Epílogo a ¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? (1927), Obras Completas, Tomo XX, Buenos Aires: Amorrortu, 1986
16. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia (1926 [1925]), Obras Completas, Tomo XX, Buenos Aires: Amorrortu, 1986
17. Freud S. Más allá del principio del placer (1920), Obras Completas, Tomo XVIII, Buenos Aires: Amorrortu, 1986
18. Freud S. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis (1933), Obras Completas, Tomo XXII, Buenos Aires: Amorrortu, 1986
19. Freud S. Proyecto de psicología (1895), Obras Completas, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu, 1982
20. Freud S. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma) (1890), Obras Completas, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu, 1986
21. Harari R. La pulsión es turbulenta como el lenguaje. Ensayos de psicoanálisis caótico. Barcelona: Serbal, 2001
22. Heidegger M. Erläuterungen zu Hölderlins Dichtung. Frankfurt a. M.: V. Klostermann, 1963
23. Lacan J. "Función y campo de la palabra y el lenguaje (1953)". En Escritos I, México: Siglo XXI, 1984
24. Lacan J. "Variantes de la cura-tipo" (1955). En Escritos I, México: Siglo XXI, 1984
25. Lacan J. El Seminario. Libro 4. La relación de objeto (1956-57). Barcelona: Paidós, 1994
26. Lacan J. El Seminario. Libro III. Las Psicosis (1955-56). Buenos Aires: Paidós, 1981
27. Lacan J. El Seminario. Libro XIII. El objeto del psicoanálisis (1965-1966) (inédito)
28. Lang H. Die Sprache und das Unbewußte. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1973
29. Ortiz Alonso T, López-Ibor MI. Lecciones de psicología médica. Barcelona: Masson, 1999
30. Wall P. Pain: The science of suffering. New York: Columbia University Press, 2000
31. Wüster E. Einführung in die allgemeine Terminologielehre und terminologische Lexikographie, 2 vols., New York, Springer, 1979

REVISIÓN

UN NUEVO CONCEPTO PARA LA COMPRENSIÓN E INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA: MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA

(Rev GPU 2010; 6; 1: 79-91)

Marcelo Cárcamo¹, Laura Moncada²

El presente es un artículo de divulgación que surge como producto del trabajo realizado durante el primer semestre del año 2008, como alumno del programa de Doctorado de Investigación en Psicoterapia de la Universidad de Chile y la Pontificia Universidad Católica de Chile. Inserto en esta formación fui supervisado y acompañado por la profesora Dra. Laura Moncada en un trabajo consistente en una revisión bibliográfica. La Dra. Moncada es psicóloga clínica de orientación humanista e investigadora en el área de psicoterapia.

Se presenta el concepto de Mindfulness, proveniente de la tradición de la psicología budista y que ha sido incorporado gradualmente por teóricos e investigadores en el ámbito de la Psicología y la Psicoterapia a través de diversas comprensiones y aplicaciones. El objetivo de este trabajo es aproximar a los profesionales en Salud Mental a un concepto muy poco conocido en el ámbito nacional que durante los últimos 20 años ha acumulado un número significativo de publicaciones para la comunidad científica internacional.

INTRODUCCIÓN

La "Atención Plena", o su equivalente anglo-sajón *Mindfulness*, es el corazón de la psicología budista. Ha sido definido como un estado inherente de conciencia que implica la atención focalizada, momento a momento, en la propia experiencia, la cual es recogida

tanto del mundo interno como del externo (Kabat-Zinn, 2003). Este estado se cultiva y desarrolla a través de diversos métodos de meditación y también de prácticas cotidianas, tradición enraizada luego de siglos de disciplina en las culturas de Oriente.

El encuentro de esta tradición oriental con la Psicología occidental parte con la llegada de diversos

¹ Ph.D. (c) Doctorado de Investigación en Psicoterapia.mocarcam@uc.cl

² Ph.D. Doctora en Psicología, Universidad de Chile

practicantes de disciplinas de meditación budista (en sus variantes india como el Yoga o la japonesa Zen) a mediados del siglo XX a distintas áreas continentales. Ellos comenzaron gradualmente a enseñar y compartir estas técnicas y tanto en Norteamérica como en Europa la práctica de la meditación comenzó a ser frecuentada por diversos profesionales entre los cuales había psiquiatras y psicoterapeutas. Ellos, después de experimentar los beneficios de esta práctica, se interesaron por buscar posibilidades de aplicabilidad en el contexto de su trabajo. El resultado de este esfuerzo es una ola de trabajos publicados, que se desarrollaron exponencialmente y que podemos apreciar en el Gráfico 1.

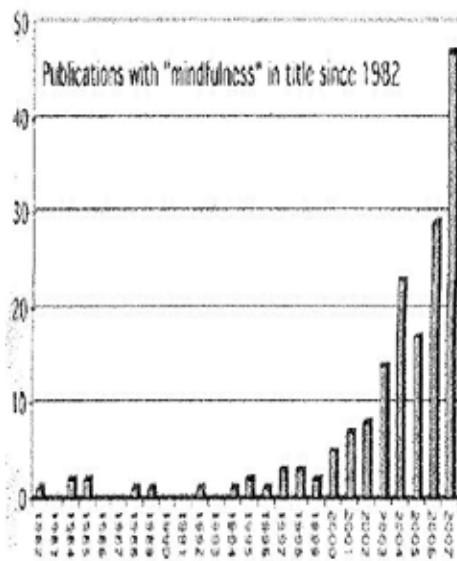


Gráfico 1. Número de publicaciones por año con la palabra "mindfulness" en el título desde 1982 (Kabat-Zinn, 2008).

La idea central de este artículo será exponer y desarrollar el concepto *Mindfulness*. Se dará cuenta de un proceso de intercambio cultural que ha estado operando desde la década de 1970. Este proceso tiene como resultado el acercamiento a nociones y prácticas originadas en enfoques milenarios de la filosofía y antropología oriental. En ellas tanto la concepción de ser humano como del entendimiento de la realidad son distintas a las nuestras. Sin embargo, como han sido incorporadas por la psicología occidental, revisaremos ciertos antecedentes tanto en el enfoque fenomenológico/experiencial (escuela humanista) como en el psicodinámico que nos facilitarán la comprensión y asimilación de este antiguo conocimiento aplicado a conceptualizaciones occidentales contemporáneas.

Se contextualizará el *mindfulness* dentro del budismo recorriendo sus antecedentes conceptuales e históricos de manera muy sucinta. Como segundo paso se señalará la forma en que los paradigmas occidentales en psicología acogen este concepto y lo incorporan para, finalmente, exponer elementos esenciales de su definición, y los hallazgos relevantes en la aplicación de nuestras disciplinas.

BUDISMO, PSICOLOGÍA HUMANISTA Y PSICOANÁLISIS

Breve descripción del desarrollo del Budismo

Siguiendo el trabajo de Safran (2003), el que recopila ciertos elementos históricos, es posible establecer que antes del surgimiento del budismo se había desarrollado en India (siglos VII a VI a.C.) una nueva tendencia religiosa, la tradición *Upanishad*. Esta tradición reinterpretaba la tradición de los Vedas. Enfatizaba el significado interno de las cosas por sobre el externo; el significado mágico y sagrado de los ritos y criticaba el sistema de castas.

La tradición *Upanishad* reinterpretaba la sabiduría de los Vedas la cual enfatizaba la importancia –equivalente a nuestra concepción actual de alma– de la noción de "atman". Esta es la esencia, que trasciende la experiencia, siendo la experiencia de sí mismo y de la realidad sólo ilusiones en contraste con ella. El objetivo es reconocer la naturaleza ilusoria del sí mismo y unificar el verdadero sí mismo o *atman* con la subyacente esencia universal (Safran, 2003).

Entre las prácticas empleadas por la tradición *Upanishad* para acercarse a la trascendencia estaban la meditación y la mortificación de la carne. En este contexto, se definía la meditación como sentarse aquietadamente usando una variedad de técnicas de concentración mental. La mortificación implicaba exponerse uno mismo a varias experiencias físicas extremas como el frío, calor, hambre, para de esta manera conquistar las exigencias del cuerpo (Safran, 2003).

El Budismo se originó en lo que actualmente es el noreste de India, aproximadamente durante el siglo V a. C. En esta época la sociedad india, primordialmente agraria, transitaba gradualmente hacia una organización con grandes centros urbanos y economías de intercambio. Una nueva clase culta y sofisticada, compuesta principalmente por prósperos comerciantes, emergía y los valores tradicionales y las creencias religiosas eran desafiados.

El budismo puede ser entendido como una reacción a esta visión de mundo en diversas formas. Primero, Buda negó la existencia de un alma trascendente. Él (Buda) jamás enseñó que el sí mismo no existía, sino más bien que no era sustancial en el sentido que se construía momento a momento a partir de las distintas experiencias como los recuerdos, sensaciones físicas, conceptos, etcétera. Causas cambiantes y condiciones ponían al sí mismo permanentemente bajo su influencia. Desde la perspectiva budista el sí mismo, como todo en el mundo, es inconstante. Todo cuanto nos ocurre son aspectos inevitables de la vida. El sufrimiento surge de la creencia de que lo que deseamos y evitamos es lo que causa dolor, por lo que la liberación emerge como resultado del reconocimiento de la naturaleza cambiante de la realidad y de dejar ir la visión centrada en uno mismo (Safran, 2003).

Buda rechazaba enfáticamente el ascetismo extremo como práctica espiritual (*Upanishad*) e instó a seguir lo que él denominó la Vía Intermedia, o sea, un camino intermedio entre las prácticas ascéticas extremas y el hedonismo. La meta en el budismo no viene a ser una experiencia trascendental verbalizable sino una búsqueda de sabiduría para vivir en la experiencia (Safran, 2003).

Estas diferencias entre la tradición *Upanishad* y la Vía Intermedia tienen un rol central en el uso de la práctica meditativa actual. La meditación centrada en un objeto constituye una de las formas de hacerlo, pero no es considerada suficiente para alcanzar la liberación. La segunda forma, que es la que más ha impactado en la tradición budista, consiste en desapegarse de la observación de la propia mente. La meditación concentrada en un objeto tiene un rol importante en el desarrollo de habilidades atencionales necesarias para observar la experiencia de un modo pleno, pero la absorción en este estado no es el objetivo. El objetivo de esta meditación, que se refiere como meditación de *insight* o meditación de atención plena (*Mindfulness*), es ayudar a quien la practica a adquirir mayor conciencia de los múltiples contenidos del darse-cuenta tal como se despliega; y lograr con el tiempo la habilidad de una actitud de aceptación no enjuiciadora de un amplio rango de experiencias. La meditación en *Mindfulness* lleva a una clara apreciación de la condición cambiante de la naturaleza y de todos sus fenómenos, nosotros incluidos. Permite una apreciación del rol que tiene la mente en la construcción de la realidad (Safran, 2003).

Hecha esta breve consideración de aspectos tanto históricos como filosóficos del budismo y de la práctica de meditación que propone, revisemos cómo algunas nociones presentes en la Psicología occidental permi-

ten explicar y compartir estos aportes milenarios. Así, después daremos un paso adelante hacia su incorporación en los paradigmas que más fácilmente podremos reconocer, tanto teórica como pragmáticamente.

La Psicología Humanista

La psicología humanista comprende un espectro de diversos abordajes psicoterapéuticos; más aún teóricamente diversos en su origen pero con una visión de hombre en común. Esta comprensión propuesta por Kriz (1990), se amplía al incluir la filiación psicoanalítica originaria de muchos de quienes son considerados “fundadores” de este movimiento tales como A. Adler, V. Frankl, K. Horney o W. Reich. Tanto la psicología como la terapia humanista se destacan por su empeño en generar una renovación de los paradigmas imperantes hasta la década de 1960 desde su concepción misma de lo científico, arraigada en el paradigma positivista-cartesiano. Deben reconocerse las raíces de este movimiento en las siguientes corrientes de pensamiento:

1. La *filosofía existencialista*, que aporta una reflexión e interés por la búsqueda de fundamentos propios, lejos de los dogmas religiosos o ideológicos del discurso científico. Con base en las nociones de libre albedrío y de libertad, en la que el ser humano debe ser comprendido desde sí mismo, en su autonomía, finitud y temporalidad. La experiencia y la existencia son ejes centrales al dirigir su potencial de desarrollo, ésa es la esencia de lo humano. La responsabilidad del hombre por su libertad hacen posible su propia dignidad e identidad (Kriz, 1990).
2. La *fenomenología* que centra su atención en la experiencia sensible y trata de aprender la experiencia de la cosa en sí o su esencia. Desde Husserl y la tradición fenomenológica alemana, como punto de partida, se busca fundar una ciencia en la experiencia misma hasta pasar por la tradición francesa, que enfatiza en el ser humano la noción de intencionalidad en el conocimiento como en su conducta. Un mundo cambiado y organizado por el hombre (Kriz, 1990).
3. La psicología de la *Gestalt*, en cuanto defiende que así como en la percepción (Wertheimer), en el pensamiento y en las acciones se da un orden que responde a las leyes generales de la forma total (*Gestalt*). Teniendo validez estos principios en el organismo humano como un todo, como en su capacidad de autorregulación. En base a las observaciones de experiencias de soldados con lesiones cerebrales, K. Goldstein destacó las tendencias a la

autorregulación y la autoactualización en interdependencia de los fenómenos psíquicos y somáticos (Kriz, 1990).

Adicionalmente en la referencia a la imagen del hombre en la Psicología Humanista (Kriz, 1990) se sugiere que deben ser considerados los siguientes puntos básicos en el enfoque humanista:

1. Autonomía e interdependencia social: el ser humano es un ser activo capaz de intervenir cada vez más en su propio desarrollo y tomar sobre sí la responsabilidad de su vida. Es una autonomía socialmente responsable, es decir, no es indiferente ante el curso de la comunidad.
2. Autorrealización: a pesar de las necesidades fisiológicas y de su lugar en la determinación de las motivaciones, el ser humano se mantiene activo y empeñado en tomar iniciativas que desplieguen su potencial creador. Estas necesidades de crecimiento también son motores del organismo y, en contextos favorables, consolidan los potenciales y la identidad.
3. Orientación por la meta y el sentido: la actividad psíquica y somática son por definición intencionales, es decir, se ordenan en miras de un sentido y se orientan a metas. Ambas son para la conciencia un puente entre realidad exterior e interior. Parte esencial de estas metas es que han de trascender al ser más allá de la propia existencia.
4. Totalidad: el ser humano es un todo, integrado, significativo y que está en un orden coherente en cuanto sentimientos, razón, cuerpo y mente.

Revisados los fundamentos antropológicos de la escuela humanista, revisemos entonces cómo también desde el enfoque psicodinámico es posible integrar estos aportes a la Psicología occidental.

Psicoanálisis y algunos puntos de encuentro con el Budismo

En interés del psicoanálisis por el budismo puede rastrearse a autores como K. Horney y E. Fromm en la década de los años 1950-60. Este se extiende hasta la actualidad (M. Epstein, 2007; Stern, 2004). Puede decirse que el intercambio entre Sigmund Freud y el Dalai Lama se ha instalado, y para quedarse, en la sociedad contemporánea.

El Psicoanálisis nació en el seno de una sociedad gradualmente secularizada. A comienzos del siglo XX los notables avances del racionalismo científico fueron haciendo que la creencia en Dios aumentara con mucha

dificultad. Trabajos de Freud, como “El Porvenir de una Ilusión” o la “Psicología de las Masas y Análisis del Yo”, contribuyeron a que muchas de las personas de orientación laica pusieran su confianza ya no en la fe sino en la ciencia (Safran, 2003).

Iniciado el siglo XXI se observa un movimiento en que las personas han depuesto su confianza en la ciencia (tal como se expresa en el creciente interés por terapias alternativas) lo que genera una sensación de vacío existencial más pronunciada que nunca. Claramente el Psicoanálisis no es una ciencia en el sentido de las ciencias físicas, pero de algún modo ha venido a llenar el lugar una vez ocupado por la religión; aunque el Psicoanálisis mismo no se preocupe de las preguntas existenciales (Safran, 2003).

Aunque existe una sed espiritual en nuestra cultura es muy difícil que las personas vuelvan desde una visión del mundo laica a una religiosa propia de la premodernidad. El “hombre religioso” de la antigüedad ha dado paso al “hombre psicológico” y en esta transformación el Psicoanálisis ha jugado un papel principal (Reiff, 1996). Uno de los atractivos del Budismo para la cultura laica y psicoanalítica es que no es una religión en el sentido de la tradición Judeo-Cristiana. El Budismo es “una religión sin creencias” o “una religión de la no-religión”; sin un Dios y sin una doctrina dogmática que demande adhesión total a ella.

Tanto el Psicoanálisis como el Budismo constituyen tradiciones heterogéneas con diferentes escuelas y conflictos que parecen ser contradictorios. Ambos son sistemas de salud que han sido asimilados por diversas culturas. Y han transformado aquellas culturas en las que han entrado. Ambos han evolucionado mucho respecto de sus conceptos originales.

Autores como P. Reiff (1996) sostienen que el Psicoanálisis se desarrolló en un periodo de la historia en que los valores religiosos tradicionales y los símbolos que compartían la comunidad se estaban derrumbando. Perdiendo su capacidad de contribuir a la integración de los individuos y la mantención de los rituales que ayudaban a soportar diversas experiencias que provocan el estrés emocional. En los sistemas basados en la experiencia religiosa, la cura implica estar comprometido en un acto de fe en los valores del grupo y a través del compromiso, pero también deseando la propia salvación. Cuando surge el Psicoanálisis, la visión de mundo tradicional estaba perdiendo su poderío de cohesión. Los valores del sistema tradicional se fragmentaban. Desde esta perspectiva el Psicoanálisis no es una terapia del compromiso sino un enfoque que libera a las personas del compromiso y fe surgido de la religión tradicional y otras instituciones.

CAMINOS DE ENCUENTRO: ANTECEDENTES, HISTORIA Y CIENCIA

Un Diálogo entre la Cultura Oriental y Occidental: Meditación y Psicología

Las tradiciones de meditación de Oriente y la psicología de Occidente tienen a la vez aspectos comunes como diferencias significativas. La ciencia occidental se ha basado históricamente en un rigorismo metodológico que persigue la observación independiente del mundo físico, que puede ser comprendido objetivamente, haciendo uso de los hechos empíricos y excluyendo la variabilidad de la subjetividad. Aquí la comprensión de la mente como una máquina es el resultado de la lógica moderna (s. XVIII – XIX) aplicada de una forma reduccionista tendiente a limitar la comprensión de fenómenos complejos como la interacción mente/cuerpo. Este enfoque asume el control mecánico del ambiente, así como de la realidad mente/cuerpo. Predomina en Occidente un modelo único de estado vigil de conciencia, y cuando este modelo aplica el análisis científico a realidades complejas tiende a simplificarlas perdiendo su riqueza y valor (Didona, 2008).

Por su parte, la ciencia en Oriente, particularmente en aquellos ámbitos de tradición budista, se concibe centrada en la vida interna, por lo cual la mente es lo más importante. La mente es vista, simultáneamente, como fuente de alegría y sufrimiento a la vez, y en general como fuente de todos los fenómenos (Hanh, 1976). Existen en ella numerosos planos o modos de conciencia; varias fases de desarrollo en el adulto hacen esto posible. Por lo tanto, ejercer dominio sobre la mente es a la vez ejercerlo sobre los fenómenos (ambiente o mundo externo). Esto redefine la comprensión del bienestar y la salud pues retira del foco los recursos externos que son tan característicos del mundo occidental. Privilegia así el potencial terapéutico que cada uno tiene en sí mismo.

¿Qué sabemos sobre la Meditación en Occidente? Tanto en oriente como occidente ha existido una práctica de la meditación y la “presencia plena” en el contexto de la contemplación. En ambas se ha producido la posibilidad de entrar en contacto con una dimensión auto-observadora del yo (Deikman, 1982). Desde la tradición judeo-cristiana la comunicación con Dios se lleva a cabo de modo particular: el creyente se dirige al Creador siempre y cuando haya examinado su intención y además exista en él cierto nivel de honestidad; también debe acercarse teniendo en cuenta si hay alguna deuda que limite sus relaciones interpersonales. Así dispuesto, se comunica con Dios y éste en respuesta

le muestra su verdad y el hombre puede clarificar su experiencia a través de ella. Testimonio de esta experiencia es la práctica de la Lectio Divina dentro del monacato occidental, referida ya por Gigo, el Cartujo hacia el s. X (Gargano, 1996) que propone mediante sus fases sucesivas permitir ir desde lo cognitivo, o *lectio*, al componente místico del entendimiento llamado *contemplatio*.

En oriente la situación es bastante distinta. No existe una noción de Dios único sino una conexión con la totalidad amplia y perfecta. Son más bien concepciones panteístas en las que la práctica de la observación de sí mismo parte en la experiencia cotidiana, en la dimensión de la experiencia misma (Safran, 2003).

El método de examinar la experiencia, que surge de la tradición budista hace 2.500 años, tiene por objetivo el desarrollo de la “presencia plena” (Mindfulness). Es un particular aporte a ciertas nociones de las ciencias cognitivas, particularmente la de “no-yo” que aporta al entendimiento de fragmentación del Yo descrita en el cognitivismo y el conexionismo. La inclusión de la tradición oriental constituye un segundo Renacimiento como aporte a re-descubrir aportes de otras visiones de mundo. La historia Occidental de la filosofía está mutilada si se desconoce el legado cultural-lingüístico común de Grecia e India. En esta última la filosofía no fue nunca una ocupación abstracta, sino que estaba sujeta a un método disciplinado y específico para el logro del conocimiento, los diversos modos de meditación. Particularmente “presencia plena” significa que la mente está presente en la experiencia corpórea cotidiana; sus técnicas están diseñadas para devolver a la mente desde su abstracción de ideas, sentimientos, imágenes y ocupaciones de regreso al campo de la situación de la experiencia (Varela *et al.*, 1992). Revisemos a continuación cómo es que los aportes conceptuales de la tradición oriental toman forma, en una propuesta concreta y ampliamente difundida.

Conocimiento contemporáneo sobre Meditación

Siendo la meditación una práctica que data desde hace más de tres mil años, la investigación científica se ha hecho cargo de ella apenas desde comienzo de la década de 1960. Los primeros intentos quisieron, esporádicamente, registrar algunas de las hazañas fisiológicas de *maestros yoghis*³. Sin embargo, la investigación sistemática no comenzó sino hasta comienzos de la década

³ Maestro Yoghi: es un practicante experimentado y avanzado en la práctica de Yogha.

de los años 1970, ampliándose desde ese momento. Estos trabajos que se presentan a continuación han sido confirmados en la actualidad señalando resultados similares y convergentes (Treadway & Lazar, 2008)

Los psicólogos transpersonales, puntualiza Walsh (1980), han sido quienes abrigan esperanzas de tender puentes que unan las prácticas de disciplinas orientales con la investigación empírica de Occidente. Lo complejo es que la investigación apunta a medir variables objetivas de orden biológico (químico-conductuales), las cuáles parecen ser muy imprecisas respecto de los sutiles cambios vivenciales que se experimentan en la meditación. Aunque en la actualidad y con el mayor desarrollo de la tecnología se tiende a mediciones refinadas y sensibles. La mayor parte de la experimentación tiende a centrarse en los efectos de la meditación por sobre la interacción que tendría con otros factores como la personalidad, edad y género de quienes la practican.

Se conocen efectos verificados en las áreas psicológicas, fisiológicas y químicas. Se suponía inicialmente que los distintos tipos de prácticas poseían efectos equivalentes, al parecer la investigación sugiere que las diferentes técnicas poseen efectos peculiares (Walsh, 1980). La forma de clasificar las reacciones ante la meditación consiste en considerar las variables psicológicas, fisiológicas y químicas.

a) Variables Psicológicas

La evidencia experimental señala que la meditación produce varios beneficios psicoterapéuticos. Favorece el bienestar psicológico y la sensibilidad perceptiva, reduce la ansiedad y algunos estudios han mostrado un incremento de la autoestima, la confianza y la actividad académica (Shapiro & Giber, 1978). Pacientes psiquiátricos encuentran alivio a diversos trastornos con práctica diaria de meditación trascendental (Walsh, 1980; Craig, 2004).

Algunas de las experiencias que se reportan en meditadores principiantes consideran emociones intensas y lábiles, episodios de excitación y relajación profunda, aumento de claridad perceptiva, así como el aumento de la visión psicológica interna, percepción de la dificultad para controlar la mente y para no perder la concentración (Kornfield, 1979; Lesh, 1979; Leung, 1973). En una amplia gama, como resultado de una mayor apertura puede darse cualquier tipo de vivencia (Baerentsen, 2001).

En tanto los meditadores experimentados suelen reportar experiencias profundas de una calma basal, ecuanimidad que excluye las reacciones que impiden

apreciar diferentes experiencias (Goldstein, 1976; Afanas & Golocheikine, 2005). También se reporta profundización en la comprensión intelectual. Mediciones experimentales indican mayor sensibilidad perceptiva, los umbrales sensoriales descienden y se incrementa la capacidad de empatía (Kornfield, 1979; Valentine & Sweet, 1999).

b) Variables Fisiológicas

La primera evidencia que surge es que los efectos de la meditación pueden observarse como consecuencia de otras técnicas como estrategias de autocontrol, relajación y auto-hipnosis (Shapiro, 1978). Pero ocurre que las variaciones metabólicas significativas (baja en consumo de oxígeno, baja en producción de anhídrido carbónico y lactato en la sangre) no está claro hasta qué punto son particulares de la meditación (Wallace, 1970; Lutz *et al.*, 2004).

En la fisiología cerebral, mediante EEG, se ha observado que las pautas eléctricas son más lentas y sincronizadas, con predominio de ondas alfa; mientras que en meditadores experimentados pueden llegar a pautas de ondas theta (Fenwick *et al.*, 1977). Análisis más precisos han mostrado sincronización tanto entre áreas correspondientes de ambos hemisferios cerebrales como dentro de cada hemisferio individualmente (Glueck y Stroebel, 1978). En síntesis, hay evidencia que muestra tanto respuestas metabólicas como nerviosas (Dun, Hartigan & Mikulas, 1999).

c) Variables Neurales

Así como los primeros estudios con EEG, también los trabajos en neuroimágenes tienen variaciones significativas en sus diseños y en el tipo de meditación estudiada y, por lo tanto, presentan frecuentemente resultados controversiales. A pesar de ello, han surgido hallazgos consistentes:

- La activación de la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL), un área que ha sido asociada con ejecución de toma de decisiones y la atención. Tomados en su conjunto estos hallazgos, sugieren que la meditación produce cambios de estado en el aumento de la activación en CPFDL (Baerentsen, 2001; Lazar *et al.*, 2000, 2005)
- La meditación conduce al aumento de la activación de la corteza cingulada, particularmente la subdivisión anterior (CCA); esta zona juega un rol principal en la integración de la atención, motivación y control motor (Paus, 2001).

- La ínsula ha mostrado activación durante la meditación (Brefczynski-Lewis *et al.*, 2007), asociada con la intracepción, la cual es la suma de sensaciones viscerales e intuiciones que se experimentan en cualquier momento. Ha sido propuesta como un área clave involucrada en el procesamiento de sensaciones corporales transitorias, contribuyendo así a nuestra experiencia de sí mismo (Craig, 2004).

MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA

Definiciones

En el extenso trabajo presentado por Germer, Siegel y Fulton titulado *Midfulness y Psicoterapia* el año 2005, encontramos que Mindfulness es la traducción del vocablo SATI proveniente del idioma Pali, esta última es la lengua en que se transmitía la enseñanza budista hace más de 2.500 años y esta palabra constituye el nodo de esta tradición. Sugiere la noción de “darse cuenta, atender y evocar”. Es lo opuesto de funcionar automáticamente, lo opuesto de “soñar despierto”, significa más bien poner atención en aquello emergente en el momento presente (Germer, Siegel & Fulton, 2005).

El concepto *Mindfulness* puede ser usado para describir un constructo teórico (mindfulness), una dis-

ciplina cultivada (como la meditación mindfulness) o un proceso psicológico (existencia mindfulness). Una definición básica es “darse cuenta (awareness) momento a momento”. Desde la perspectiva de la psicología occidental como un proceso cognitivo que emplea la creación de nuevas categorías, apertura a nueva información, y darse cuenta más que una perspectiva teórica (Langer, 1989). Desde algunas perspectivas se le considera no aprehensible a través del lenguaje, porque es en sí una experiencia no-verbal (Gunaratana, 2002; Hanh 1976).

Cuando es llevado al ámbito de lo terapéutico, esta definición se amplía para incluir el *no-enjuiciar*. Ruth Baer (2003) define este concepto, encarnando una concepción más descriptiva y positivista, como “la observación no enjuiciadora del fluido continuo de los estímulos, tanto internos como externos, a medida que ellos se presentan” (p.126). La aceptación es una extensión del no-enjuiciamiento. Le añade una medida de amabilidad. Refiere a la voluntad de dejar a las cosas ser justo en el momento en que se hacen conscientes, sean éstas placenteras o displacenteras cuando emergen.

Estos componentes (darse cuenta de la experiencia presente con aceptación) están considerados irreductiblemente entrelazados en la experiencia de

Tabla 1
EJEMPLOS DE EJERCICIOS PARA UNA PRÁCTICA COTIDIANA DE MINDFULNESS

Finalidad del Ejercicio	Consigna
Activar la Auto-Observación	<ul style="list-style-type: none"> a. Sintónicese con su respiración en diferentes momentos del día, sintiendo el vientre pasar por una o dos levantadas y caídas. b. Llegue a ser consciente de sus pensamientos y sentimientos en esos momentos, sólo observándolos sin juicios sobre ellos o sobre usted mismo. c. A la vez, sea consciente si hay algunos cambios en la forma en que usted está viendo las cosas o sintiéndose respecto de usted mismo.
Activar la Atención/Concentración	<ul style="list-style-type: none"> a. Encuentre una postura confortable. Cierre sus ojos. Permita que su cuerpo esté agradado, apoyado por la silla. Advierta directamente la sensación de su cuerpo en contacto con ella. b. Advierta que su respiración está avanzando apropiadamente. c. Disminuya su atención al fluir de su respiración en la punta de su nariz, como contacta las fosas nasales. d. Cuando su atención se dispersa, y usted advierta que así es, regrese su atención a la punta de su nariz. e. Permitase un poco más de respiración antes de abrir sus ojos lentamente.
Activar la Atención Plena	<ul style="list-style-type: none"> a. Encuentre una postura confortable. Cierre sus ojos. Permita que su cuerpo este agradado, apoyado por la silla. Advierta directamente la sensación de su cuerpo en contacto con ella. b. Permita que surja en su campo de experiencia lo que sea (imágenes visuales, sonidos, sensaciones físicas, sentimientos, grupos de pensamientos), dejándolos ir y venir, moverse libremente. c. Después ponga atención a lo que viene a ser predominante en el campo de la experiencia. Mentalmente advierta y asigne una etiqueta verbal al tipo de pensamiento que más destaca, tales como análisis, planeamiento, recuerdo, escucha y así sucesivamente. d. Tome unas pocas respiraciones antes de abrir lentamente los ojos.

Germer C, Siegel R, Fulton P. [Ed] (2005) *Mindfulness and Psychotherapy*. The Guilford Press, New York.

Mindfulness. Sin embargo, su presencia aislada no determina la presencia automática de los otros.

Ronald Epstein (2003), profesor en la Escuela de Medicina Familiar de la Universidad de Rochester, señala que *Mindfulness* es más que un simple insight, es un estado mental que favorece la reflexión, presencia e insight. De acuerdo a este autor, implica equivalentemente aspectos cognitivos, técnicos e interpersonales del trabajo clínico (en su caso especial, en medicina), e invita a un examen profundo de los procesos de cuidado (Epstein, 2003).

Aplicación a la vida cotidiana

Mindfulness es un evento de ocurrencia natural en la vida cotidiana, pero requiere de práctica para ser mantenida. La capacidad para trabajar con pacientes resulta, la mayor de las veces, una sucesión intermitente de momentos "mindful". La mente puede ser absorbida por pensamientos, asociaciones de lo que los pacientes dicen o hacen. Algunas veces el contenido de la distracción es una clave significativa de lo que está ocurriendo en la sesión, otras veces esto no es así. La continuidad de *Mindfulness* requiere compromiso y trabajo sostenido (Germer *et al.*, 2005).

Mindfulness de acuerdo a la opinión de Germer (*et al.*, 2005) puede ser aprendida y entrenada (ver Tabla 1). La Práctica Reflexiva (Mindful Practice) puede ser organizada en dos categorías generales: formal e informal. El entrenamiento formal refiere a la "meditación mindfulness" (MM), la que es una oportunidad de experimentar *Mindfulness* en sus niveles más profundos. En tanto, el entrenamiento informal refiere a la aplicación de habilidades *Mindfulness* en la vida cotidiana (Mindful Practice, propiamente tal). Un ejercicio que nos alerta sobre el momento presente con aceptación cultiva *Mindfulness*. Por ejemplo, dirigir la atención a nuestra respiración, escuchar los sonidos de nuestro ambiente, poner atención a la postura que tenemos en un momento dado, etcétera. Es este tipo de *Mindfulness* el que los terapeutas ayudan a desarrollar en sus pacientes para ayudarlos en sus problemas con patrones perturbadores de pensamiento, sentimientos y comportamiento, así sentir alivio producido por el darse cuenta momento a momento (Germen *et al.*, 2005).

Existen dos ejercicios que permiten cultivar *Mindfulness* en la vida cotidiana: un lento caminar y un lento comer. En la "meditación caminada" atendemos a los ritmos, secuencias, contacto de nuestros pies con el piso, las sensaciones kinestésicas del caminar. Advertimos silenciosamente nuestro avance, el roce de nuestros zapatos, el contacto del balanceo de los brazos. En

la "comida meditada" comemos silenciosamente, más lento que lo usual y advertimos lo que nos llevamos a la boca, sentimos y reconocemos sabores, texturas, el movimiento de los músculos al masticar, esto puede hacer de una simple comida una experiencia excepcionalmente interesante. Estas dos prácticas nos enseñan, en definitiva, que cualquier evento mental puede ser objeto del darse cuenta o *Mindfulness* (Germen *et al.*, 2005).

Mindful Practice o "Práctica Reflexiva" (Epstein 2003) se aplica a partir de una práctica de la atención en salud centrada en el paciente y la medicina basada en la evidencia (Sackett *et al.*, 1996), ha señalado que es una herramienta útil para desplegar en diversas disciplinas. No es exclusivo del entrenamiento médico, aunque generalmente se evoca a través de historiales clínicos y por la observación de médicos experimentados. Implica dedicar atención a las distintas tareas de la práctica diaria para actuar con claridad y entendimiento. Orienta a la mente, a la experiencia en sí (Varela, Thompson & Rosch 1991). De esta manera los clínicos enfocan sus tareas con curiosidad crítica. Éstas y otras características son consideradas por muchos como prerequisites del cuidado compasivo (Goldstein, 1994; Noddings, 1984). La "Práctica Reflexiva" supone el desarrollo de cualidades altamente valoradas por los pacientes en sus médicos. Son consideradas características que estarían en el corazón de la práctica médica (Epstein, 2003).

En el contexto del entrenamiento de estudiantes de medicina (Epstein, Siegel y Silberman, 2007) y siguiendo la práctica de la incorporación de la "Práctica Reflexiva" desarrollan el concepto de Auto-monitoreo para describir las destrezas que despliegan los profesionales de la salud. El auto-monitoreo está caracterizado por atender, momento a momento, a nuestras propias acciones, curiosidad para examinar los efectos de aquellas acciones y decisión para usar aquellas observaciones para mejorar los patrones de conducta y de pensamientos en el futuro. Mientras la mayoría de los clínicos están de acuerdo que el auto-monitoreo es esencial a una buena práctica, sólo recientemente se dispone de teorías psicológicas e investigación neuro-cognitiva que proveen de vías de explicación para caracterizar y mejorar esta capacidad (v.gr. Modelo Racional-Emotivo).

INVESTIGACIÓN EN MINDFULNESS

Evidencia empírica y aplicación de Mindfulness a la Psicoterapia

Existen varias alternativas de tratamiento fundamentadas en la noción de *Mindfulness*. Por su reciente aplicación al área del trabajo psicológico, desde fines de los

años 1970, a comienzos de la década de los 1990 han surgido aproximaciones empíricas que den cuenta de la eficacia de éste, siendo testeada recientemente su verificabilidad. Baer (2003) ha liderado en la Universidad de Kentucky trabajos de investigación en torno a la efectividad y la evaluación de instrumentos para la medición de las habilidades asociadas a *Mindfulness*. En su trabajo sugiere que existe evidencia para sostener que los tratamientos basados en *Mindfulness* son “probablemente efectivos” y que se encuentran en vías de lograr su “establecimiento válido” dentro de los recursos terapéuticos hoy en día.

Al ser *Mindfulness* una capacidad humana simple y universal, es posible encontrarla en la psicología de tradición occidental, tanto en sus dimensiones teóricas como prácticas.

Terapias conductual-cognitivistas

Ha surgido una gran cantidad de literatura sobre tratamientos conductual-cognitivos basados en *Mindfulness* (Baer, 2003; Hayes *et al.*, 2004; Epstein, 2003). A diferencia de los tratamientos tradicionales fundamentados en el cambio, estas terapias se caracterizan por centrarse en el cultivo disciplinado de la relajación, una relación no-adversa hacia los síntomas, en los que a sensaciones perturbadoras, pensamientos y sentimientos se les permite ir y venir libremente. Las principales técnicas en este grupos son:

- Terapia Conductual-Dialéctica (M. Lineham) que trabaja preferentemente con pacientes con trastornos límite de personalidad en la regulación afectiva.
- Reducción de estrés basado en *Mindfulness* (M. Kabat-Zinn) un entrenamiento de 2 meses que tiene amplia aplicabilidad en salud mental y física.
- Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (Segal, Williams y Teasdale) aplicación del modelo anterior al manejo de la depresión que enseña a los pacientes a observar sus pensamientos.
- Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes) que alienta a sus pacientes a aceptar más que controlar las sensaciones displacenteras.

Parece ser que la terapia Cognitivista en perspectiva amplia estaría pasando bajo una “segunda revolución”: una nueva comprensión sobre lo que pensamos, sentimos y hacemos como consecuencia de procesos “implícitos” o inconscientes (Westen, 1999). Entonces la terapia se dirige, a la luz de este nuevo enfoque, a lograr el acceso a patrones de pensamiento y sentimiento,

los que poseen cualidades disfuncionales, automáticas e implícitas (Friedman y Whisman, 2004).

Terapias psicodinámicas

Autores psicodinámicos son los que descubrieron muy tempranamente el valor de la psicología budista, al menos ya desde el tiempo de C.G. Jung. Autores contemporáneos como Mark Epstein, Jeremy Safran y Anthony Molino han incursionado en la reflexión sobre las convergencias y diferencias entre el psicoanálisis y la psicología budista. Peter Fonagy (2000) y su concepto de “mentalización” o la capacidad de pensar sobre los estados mentales propios y de los otros, sería una habilidad *Mindfulness*. Así mismo, Daniel Stern (2004) en un reciente trabajo sobre el “momento presente en psicoterapia” esclarece los procesos implícitos en el campo intersubjetivo. Todas estas nociones se relacionan con los principios de la psicología budista descritos previamente.

Es comprensible el descubrimiento temprano de las psicoterapias psicodinámicas de *Mindfulness*, en comparación con las corrientes conductistas ya que las primeras comparten características comunes con la “*Mindfulness Practice*” o *Práctica Reflexiva*: ambas son un trabajo introspectivo, asumen el darse cuenta y la aceptación como previos al cambio y ambas reconocen la importancia de los procesos inconscientes.

Efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas basadas en *Mindfulness*

Cuando se evalúa la efectividad de la capacitación en *Mindfulness* para problemas psicológicos o físicos estamos preguntándonos si las personas se benefician intencionalmente “siendo con” el malestar en sus vidas más que empleando las estrategias usuales de evitación, negación o intentando remover el problema.

El simple volumen de investigación disponible alienta la idea de que la práctica de “atención plena o *Mindfulness*” tiene efectos saludables sobre una amplia variedad de enfermedades tanto físicas como emocionales (Baer, 2003). No existen muchos diseños experimentales bien contruidos para la evaluación de estos programas, debido particularmente a la dificultad que se presenta a la hora de crear controles de intervención que adecuadamente complementen los elementos nucleares de *Práctica Atenta* (Baer, 2008).

No obstante lo anterior, el trabajo más amplio desarrollado hasta el momento es el meta-análisis realizado por la Dr. Ruth Baer (2003), en el que revisa 22 estudios que han utilizado el programa Reducción de estrés

basado en *Mindfulness* (MBSR) o la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT). Otros programas no considerados en la investigación son los que incorporan la TCD (Terapia Conductual Dialéctica del modelo de M. Lineham) y la TAC (Terapia de Aceptación y Compromiso del modelo de F. Hayes) por considerárselos menos específicamente basados en *Mindfulness*. Las condiciones médicas tratadas en el estudio de R. Baer (2003) consideran ansiedad, depresión, trastorno alimentario, dolor crónico, fibromialgia, soriasis y estrés asociado al cáncer entre poblaciones clínicas y no-clínicas. La mayoría de los estudios en sus diseños usan medidas repetidas, pre y post o seguimientos. Baer (2003) llega a la conclusión que el MBSR es “probablemente eficaz” basado en el limitado número de estudios controlados.

COMPONENTES DE MINDFULNESS

La mejor forma de entender los elementos que actúan en el funcionamiento de una persona en “mindfulness” se entiende a partir de las funciones básicas que el trabajo de Baer (2004) describe. No todos los autores describen la misma secuencia, pero este modelo tiene la ventaja de estar ampliamente validado por la investigación de esta académica de la Universidad de Kentucky.

- *Atención al momento presente*: implica centrarse en el momento presente, en vez de fijarse al pasado o preocuparse por el futuro. Aún cuando no existe acuerdo si es que la atención ha de centrarse en la experiencia interna o en la actividad concreta. Sin embargo, hay posturas como las de Kabat-Zinn (1994) que propone integrar ambas dimensiones.
- *Apertura a la experiencia*: observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias. Implica acercarse a los fenómenos (internos o externos) como si fuese la primera vez. Acercarse como si fuese la primera vez, con “mente de principiante” (Hanh, 1976).
- *Aceptación*: se considera como sinónimo de no juzgar. No evaluar ni los pensamientos, los sentimientos o incluso las percepciones. Experimentar aquello que acontece tal cual se nos ofrece al vivir (Baer, 2004).
- *Dejar pasar*: no dejarse atrapar en la atención por ningún pensamiento, sentimiento o percepción. No apegarse o identificarse con ellos (Kabat-Zinn 1994).
- *Intención*: este principio parece ser contradictorio con algunos de los previamente descritos. Esto, pues, reconoce que en la práctica de cada indivi-

duo las necesidades son un proceso diferenciado, particular y que el resultado final del aprendizaje variará según cada individuo. Pero sin embargo, es necesaria la motivación, la disciplina y la constancia: éste es el sentido de este principio (Baer, 2004).

Aplicaciones en profesionales de la Salud

Diversos trabajos han mostrado los resultados de aplicar un entrenamiento a poblaciones de profesionales de la salud basado en Práctica Reflexiva. Uno de los primeros (Shapiro *et al.* 1998), realizado con estudiantes de medicina, verificó su capacidad para reducir las puntuaciones de ansiedad, malestar psicológico y depresión durante el periodo de exámenes. Posteriormente (Rosenzweig *et al.*, 2003) empleando también una muestra de estudiantes de medicina mostró una mejora en su perfil de estado de ánimo. En el trabajo de Mackenzie *et al.* (2006), dos investigaciones diseñadas con muestras de enfermeras se reporta que un entrenamiento basado en *Mindfulness* mejora la auto-percepción de salud física y mental, empatía y bienestar. Por su parte, el programa de reducción del estrés basado en *Mindfulness* ha sido eficaz en reducir las puntuaciones en burnout en grupos de enfermeras (Cohen-Katz *et al.*, 2005) y mejorar la calidad de vida y la auto-compasión de profesionales sanitarios (Shapiro *et al.*, 2005).

Pérez y Botella (2004) reportan trabajos de investigación en que personas adultas han encontrado mejoras en cuanto al impacto percibido de los acontecimientos perturbadores cotidianos, estrés psicológico, síntomas médicos y ansiedad. También parejas heterosexuales que han participado en formatos modificados del programa de reducción del estrés de Kabat-Zinn, experimentaron un incremento en sus índices de satisfacción relacional, autonomía, proximidad, optimismo en tanto que se redujeron los índices de malestar psicológico general.

Alcances para el profesional de la Atención de Salud

Para llevar a cabo una tarea clínica idónea, de acuerdo a Enright (1970), los profesionales que se desempeñan no sólo en salud mental requieren tener un acceso fluido a su experiencia interior. Esto porque los principales indicios que permiten acercarse a los estados afectivos del otro son, en primer lugar, la conciencia de algún estado similar o complementario en uno mismo; esto es el reconocimiento en último término de lo que podríamos llamar vida mental (Kandel, 1998). La importancia

de esta toma de conciencia y la forma de lograrla recibieron menciones colaterales por mucho tiempo, quedando este tema relegado a la posesión de un don el cual se podía tener o no, pero difícilmente desarrollarse. Muchas veces se aconsejaba a los alumnos aplicarse en un proceso de psicoterapia, como si este proceso de toma de conciencia fuera una enfermedad a tratar y no un estado normal que mejora la vida y toda interacción (Enright, 1970).

Algunos aspectos de Atención Plena (*Mindfulness*) pueden ser enseñados a través de las usuales formas de comunicación del conocimiento por vía de transmisión de conceptos y el intelecto. Pero hay una gran parte de Atención Plena (*Mindfulness*) que sólo puede ser verdaderamente descubierta y comunicada cuando el clínico/instructor incorpora este enfoque “con todo el corazón”. Entendiendo esto último en cuanto a que el corazón es el lugar en que toman contacto las emociones, el intelecto, el espíritu, convergiendo en el ser humano en sí. Esto pone un énfasis diferente en el aprendizaje clínico porque significa entregar *Mindfulness* desde una posición que resuena con autenticidad sobre lo que la práctica trae a la vida del clínico (Woods, 2008)

Para Enright (1970), la toma de conciencia es una experiencia inmediata que toma lugar al tiempo que el organismo tiene contacto con su ambiente y forma parte de él. Aunque puede incluir pensamientos y sentimientos, se centra en las percepciones de la situación actual. Supone cierta intencionalidad de sí mismo dirigida hacia el mundo; que produce un debilitamiento transitorio en la barrera que diferencia un sí mismo de otro, y el objeto mismo de la conciencia parece transitoriamente incorporado al sí mismo. Para algunos experimentar este estado es una vivencia más o menos continua, pero para otros, que bloquean con regularidad este estado, esta experiencia es acompañada frecuentemente por un alivio de tensión, aun cuando la situación de la que se toma conciencia sea dolorosa. Esto es el comienzo del cultivo de las habilidades necesarias para el establecimiento de una relación de calidad en la comunicación. La Práctica Reflexiva (Woods, 2008) es un medio de observación directa de la naturaleza de los pensamientos, emociones y sensaciones físicas y la forma en los que ellos contribuyen al bienestar o al sufrimiento. La atención es dirigida al examen de toda la experiencia, tal como emerge en el momento presente. No es un proceso pasivo sino más bien un estado comprometido de vigilia, amable e intencionado.

Los profesionales de la salud se sientan con un paciente y se dedican a diagnosticar, pronosticar, a

planificar la próxima intervención y en qué momento se habrá de producir; pero raramente se abren a la experiencia del sí mismo con el otro. Rodeados por una percepción más o menos eficaz de la realidad, se mueven en un mundo rodeado de fantasmas y sólo prestan una leve atención al prójimo. Este último se presenta diluido e incompleto, cada uno lo rellena con sus propias proyecciones y reacciona inadecuadamente ante éstas. El encuentro vivaz y pleno de compromiso es en realidad todo lo contrario. Aun cuando es cierto que los que trabajan con pacientes usualmente prestan más atención que el común de las personas con que nos relacionamos, sufren de una real incapacidad para escuchar plenamente y para ver con claridad (Enright, 1970). Como resultado de una práctica sostenida y disciplinada, este “darse cuenta” presenta la posibilidad de menor estancamiento en pensamientos, sentimientos y comportamientos absortos en sí mismos y más elecciones amplias cuando éstas se presentan en situaciones estresantes o dificultosas.

Para aprender y fortalecer esta capacidad de “ser con otro” es que en las últimas décadas ha surgido el recurso a diferentes prácticas provenientes de tradiciones contemplativas. Éstas tienen como objetivo general iniciar en la experiencia subjetiva la posibilidad de conectarse con lo que acontece al otro, considerando el supuesto de que ello es viable porque el propio sujeto ha hecho un camino de conocimiento de sí que le permite explorar empáticamente (Enright, 1970).

Hasta la actualidad, en Occidente poco o ningún énfasis ha sido dado al estudio de la mente humana en su comprensión del rol que juega en los estados mentales positivos y las emociones. Además, han sido ignorados los métodos de enseñanza de tales estados mentales positivos, como la amabilidad y la compasión en el establecimiento y desarrollo de la relación terapéutica.

Gastar esfuerzos en el fortalecimiento y desarrollo de la atención, concentración y Atención Plena (*Mindfulness*) conduce a la ecuanimidad y sabiduría basada en la comprensión como condición fundamental de la felicidad e infelicidad (Ekman, Davidson, Ricard & Wallace, 2005).

La amabilidad y la compasión (en el sentido de simpatía con el otro), cuando se dirigen hacia uno mismo y externamente a otros, tienden a suavizar los juicios que tenemos sobre nosotros mismos y sobre los demás y es caracterizada por un profundo estado de cuidado (Hanh, 1976).

El estado de cuidado y compasión (en tanto sentido de empatía y preocupación por el sufrimiento o infortunio de otro con la capacidad de resonar con su pena) juega un importante rol en el trabajo como clínicos.

Se ha sugerido que el cuidado por uno mismo, como el cuidado por nuestros pacientes, es particularmente relevante en la conducción efectiva de la terapia (Gilbert, 2006). Otros trabajos sugieren también que cuando los profesionales de la salud se encuentran insatisfechos con sus trabajos y padecen de distrés psicológico, va en desmedro de la atención a los pacientes (Shanafelt, Bradley, Wipf & Black, 2002). Estos resultados preliminares y el de Shapiro, Brown y Siegel (2007) parecen ofrecer a la salud de los profesionales un camino para desarrollar una respuesta saludable a los efectos estresores en los que se da la propia vida y en el trabajo con pacientes.

Mindfulness no es una solución rápida o una intervención de tiempo limitado para el alivio del dolor y el sufrimiento, es más bien un enfoque que se concentra en el estudio directo de la experiencia y la conciencia, es más bien compromiso en el tiempo para nutrir la mente hacia la posibilidad de entenderse y de ganar sabiduría.

Existen muchas preguntas aún sobre el rol que tiene *Mindfulness* en los contextos de cuidado en salud. Estamos comenzando la comprensión de los mecanismos implicados en la eficacia de este enfoque en diversos tipos de tratamientos. Estamos recién comenzando a aprender sobre cuáles son los aspectos de *mindfulness* que hacen la diferencia en los contextos clínicos. No sabemos realmente cuáles son los elementos de competencia para su instrucción, pero ya hay suficientes aproximaciones que nos orientan al respecto (Baer, 2003; Baer *et al.*, 2006). Hay evidencia empírica que la práctica de *Mindfulness* en el tiempo con regularidad contribuye a la felicidad y alivia el sufrimiento.

MBSR y MBCT emplean Práctica Reflexiva (*mindful practice*) como el centro de sus programas de intervención. Ambos ofrecen una oportunidad para el grupo de participantes de fortalecer la comprensión de la experiencia sobre un terreno cada vez más universal de la salud y el bienestar, se relaciona con el sentido completo que conecta con un profundo núcleo de sabiduría, un profundo sentimiento de estar en casa a pesar de dónde estemos y qué nos esté ocurriendo.

Mindfulness es una herramienta para recordar cómo redescubrir la experiencia del momento. Su práctica nos toma en una forma que trabajan juntos mente y cuerpo. Por esta razón los profesionales enseñando programas necesitan coordinar el aprendizaje tanto intelectual como experiencial en *Mindfulness*; de lo contrario, lo que la práctica tiene que ofrecer puede perder su enfoque centrado en el trabajo con el sufrimiento.

REFERENCIAS

1. Aftanas LI, Golocheikine SA. (2005) Impact of Regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions. *International Journal of Neuroscience*, 115; 893-909
2. Baer R. (2003) Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10: 125-143
3. Baer R, et al. (2004) Assessment of Mindfulness by Self-report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skill. *Assessment*, 11(3): 191-206
4. Baer R, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. (2006) Using self-report assessment methods to explore facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1): 27-45
5. Baer R, Walsh E, Lykins EL. (2008) Assessment of Mindfulness. En *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer Science, New York
6. Baerentsen KB. (2001) Onset of Meditation Explored with fMRI. *Neuroimage*, 13, S297
7. Brefczynski-Lewis JA, Lutz A, Schaefer HS, Levinson DB et al. (2007) Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 104(27): 11483-11488
8. Cohen-Katz et al. (2005) The Effects of Mindfulness-based Stress reduction on Nurse Stress and Burnout, part II. *Holistic Nursing Practice*, 19(1): 26-35
9. Craig AD. (2004) Human feelings: Why are some more aware than others? *Trends in Cognitive Sciences*, 8(6): 231-241
10. Deikman AJ. (1982) *The Observing Self, Mysticism and Psychotherapy*. Beacon Press, Boston
11. Didona F. (2008) [Editor] Introduction: Where new and old paths to dealing with suffering meet. En *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer Science, New York
12. Dunn BR, Hartigan JA, Mikulas WL. (1999) Concentration and Mindfulness meditations: Unique forms of Consciousness? *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24(3): 147-165
13. Ekman P, Davidson RJ, Ricard M, Wallace BA. (2005) Buddhist and psychological perspectives on emotions and well-being. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2): 59-63
14. Enright J. (1970) El adiestramiento de la conciencia y los profesionales de la Salud Mental. En Fagan J, Shepherd I (Compiladores). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Gestáltica*. Amorrortu Editores, Buenos Aires
15. Epstein M. (2007) *Psychotherapy without the Self: A Buddhist Perspective*. Yale College
16. Epstein R. (2003) *Mindful Practice in Action (I): Technical Competence, Evidence-Based Medicine, and Relationship-Centered Care*. Families, Systems & Health. Vol 2; N° 1
17. Epstein R, Siegel D, Silberman J. (2007) Self-Monitoring in Clinical Practice: A Challenge for Medical Educators. En *Comunicación Personal*, artículo inédito
18. Fenwick PBC, Donaldson S, Gillis L, Bushman J, Fenton GW, et al. (1977) Metabolic and EEG changes during transcendental meditation: an Explanation. *Biological Psychology*, 5: 101-118
19. Fonagy P. (2000) Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4): 1129-1146
20. Friedman M, Whishman M. (2004) Implicit Cognition and the Maintenance and Treatment of major Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11: 168-177
21. Gargano I. (1996) *Iniciación a la Lectio Divina*. Sociedad de Educación Atenas, Madrid
22. Germer C, Siegel R, Fulton P (Ed.) (2005) *Mindfulness and Psychotherapy*. The Guilford Press, New York

23. Gilbert P. (2006) *Compassion: Conceptualizations, research and use in Psychotherapy*. Routledge, New York
24. Glueck BC, Stroebel CF. (1978) *Meditation in the Treatment of Psychiatric Illness*. Springer, New York
25. Goldstein J. (1976) *The Experience of Insight*. Unity Press, California
26. Goldstein H. (1994) *Insight Meditation: The Practice of Freedom*. Shambhala Press, Boston
27. Gunaratana B. (2002) *Mindfulness in plain English*. Wisdom Publication, Somerville
28. Hanh TN. (1976) *The Miracle of Mindfulness*. Peacon Press, Boston
29. Hayes S, et al. (2004) DBT, FAP and ACT: How Empirically Oriented are the new Behavior Therapy Technologies? *Behavior Therapy*, 35: 35-54
30. Kabat-Zinn J. (1994) *Wherever you go, there are you: Mindfulness Meditation in Everyday life*. Hyperion, Boston
31. Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2): 144-156
32. Kabat-Zinn J. (2008). Foreword. En Didona, F.(Ed) *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer Science, New York
33. Kandel E. (1998) A New Intellectual Framework for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155: 457-469
34. Kriz J. (1990) *Corrientes Fundamentales en Psicoterapia*. Amorrortu Editores, Buenos Aires
35. Kornfield J. (1979) Intensive Insight meditation: a Phenomenological study. *Journal of Humanistic Psychology*, 11: 41-58
36. Lang H, Faller H. (1998) *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg
37. Langer E. (1989) *Mindfulness*. Da Capo Press, Cambridge
38. Lazar SW, Busch G, Gollub RL, Fricchione GL, et al., (2000) Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *NeuroReport*, 11: 1581-1585
39. Lazar SW. (2005) Mindfulness Research. En Germer C, Siegel R, Fulton P (Ed.) (2005) *Mindfulness and Psychotherapy*. The Guilford Press, New York
40. Lesh TV. (1970) Zen meditation and development of Empathy in Counselor. *Journal of Humanistic Psychology*, 10: 39-74
41. Leung R. (1973) Comparative effects of training in internal and external concentration of counseling behaviours. *Journal of Counseling Psychology*, 20: 227-234
42. Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, et al. (2004) Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceeding of the National Academy of Science of the USA*, 101(46): 16369-16373
43. Mackenzie C, Poulin P, Seidman-Carlson R. (2006) A Brief Mindfulness-based Stress Reduction Intervention for Nurses and Nurse Aides. *Applied nursing Research* 19: 105-109
44. Noddings J. (1984) *Caring, a Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. University of California Editions, Berkeley
45. Paus T. (2001) Primate anterior cingulate cortex: Where motor control, drive and cognition interface. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(6): 417-424
46. Pérez MA, Botella L. (2006) *Conciencia Plena (Mindfulness) y Psicoterapia: Concepto, Evaluación y Aplicaciones Clínicas*. *Revista de Psicoterapia (España)*, 16(66): 77-120
47. Rieff P. (1966). *The Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud*. University of Chicago Press
48. Rosenzweig S, et al. (2003) Mindfulness-based stress reduction lower psychological Distress in Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*, 15(2): 88-92
49. Sackett D, Rosenberg W, Haynes RB, Richardson WS. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312: 71-72
50. Safran JD. (2003) *Psychoanalysis and Buddhism. An Unfolding Dialogue*. Wisdom Publication, Boston
51. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Black AL. (2002) Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136: 358-367
52. Shapiro D, Giber D. (1978) Meditation: Self-regulation strategy and altered states of Consciousness. *Arch Gen Psychiat* 35: 294-302
53. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. (1998) Effects of Mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6): 581-599
54. Shapiro SL, et al. (2005) Mindfulness Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2): 164-176
55. Shapiro SL, Brown KW, Siegel GM. (2007) Teaching Self-care to Caregivers: Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2): 105-115
56. Stern D. (2004) *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. Norton Press, New York
57. Treadway M, Lazar S. (2008) *The Neurobiology of Mindfulness*. En Didona, F. *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer-Science, New York
58. Valentine ER, Sweet PLG. (1999) Meditation and attention: A comparison of the Effects of Concentrative and Mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion & Culture*, 2(1): 59-70
59. Varela F, Thompson E, Rosch E. (1992) *De Cuerpo Presente*. Editorial Gedisa, Barcelona
60. Wallace RK. (1970) Psychological effects of transcendent Meditation. *Science*, 167: 3926
61. Walsh, R, Vaughn F. (1980) [Comp.] *Más Allá del Ego*. *Textos en Psicología Transpersonal*. Editorial Kairós, Barcelona
62. Westen D. (1999) *Psychology: Mind, Brain and Culture*. Wiley editions, New York
63. Woods SL. (2008) *Training Professionals in Mindfulness: The Heart of Teaching*. En *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer-Science, New York

INVESTIGACIÓN

ESTUDIO DESCRIPTIVO EXPLORATORIO DE LA CO-TERAPIA

(Rev GPU 2010; 6; 1: 92-97)

Gino Ravera, Germán Morales, Adriana Pedrals, Constanza Recart, Lilian Tuane¹

Se presenta un estudio exploratorio descriptivo de la Co-terapia, definida como la acción terapéutica conjunta entre un psicoterapeuta y un farmacoterapeuta con el objetivo de complementar el tratamiento de los consultantes; el estudio se basa en los resultados de una encuesta semi-estructurada que se aplicó a psiquiatras y psicólogos clínicos; este estudio se realizó teniendo como muestra a 271 profesionales durante el año 2007, y su propósito fue conocer tanto la percepción como la práctica de la co-terapia entre dichos profesionales.

MARCO TEÓRICO

En el contexto de la escasa y poco definida información respecto de la coterapia y junto a la inexistencia hasta aquí, de formación tanto en pregrado como en postgrado del quehacer en el trabajo coterapéutico, se decidió iniciar el presente estudio definiendo la Coterapia como “el arte de complementar la acción terapéutica desde diversos campos de tratamiento de lo humano, con un objetivo común, y con el particular desafío de apuntar todos en la misma dirección. En el caso más específico que nos ocupa, se trata de integrar los esfuerzos ya descritos entre psicoterapeutas y farmacoterapeutas en el tratamiento de nuestros consultantes” (Pedrals A.; Fernández M.; Morales G.; Ravera G.; Recart C; & Tuane L.; Gaceta Universitaria Sept. 2007).

Surge de la definición la necesidad de pensar cuáles son los aspectos propios de esta práctica que

podieran favorecer, inhibir o dificultar los procesos terapéuticos. Es así que podemos proponer las condiciones que requeriría una co-terapia funcional y sinérgica, que serían:

- DESARROLLO DE UNA NOCIÓN DE EQUIPO: ello implica un trabajo fluido y respetuoso con validación de los saberes y del quehacer de cada profesional.
- MODELOS TEÓRICOS Y CONCEPTO DE ENFERMEDAD COMPARTIDOS: ello permite consensuar objetivos comunes.
- COMUNICACIÓN CONTINUA ENTRE LOS CO-TERAPEUTAS: ello facilita la receptividad de indicaciones recíprocas y evidencia que ambos terapeutas tienen un nivel de compromiso similar evitando el splitting de los pacientes.
- ENCUADRE: los roles de los co-terapeutas deben ser claros, flexibles, sinérgicos, complementarios, para poder registrar y trabajar con la transferencia de los pacientes.

¹ Ituane.gcp@gmail.com

Estas condiciones ideales para la co-terapia habitualmente no se cumplen, y se encuentran atravesadas por dificultades propias de los vínculos entre los profesionales, por lo que surgen tensiones tales como:

- **CONFLICTOS ENTRE LOS TERAPEUTAS:** pueden surgir desde distintas miradas surgidas desde enfoques y/o modelos contradictorios entre sí.
- **CONFUSIÓN Y/O DIFUSIÓN DE ROLES EN EL TRATAMIENTO:** pueden surgir desde un encuadre poco claro del tratamiento y la función de cada profesional.
- **DESCALIFICACIÓN DE LOS ACTOS TERAPÉUTICOS MUTUOS:** pueden surgir por omisión o explicitación de diferencias directamente al paciente.
- **COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL ENTRE LOS TERAPEUTAS:** puede surgir por no construir una alianza de trabajo.

Estas tensiones se evidencian en la transferencia de los pacientes, quienes tienden a proyectar y desarrollar un vínculo mediado por la escisión; es posible destacar los siguientes mecanismos que tiene el paciente para vincularse con su terapeuta:

IDEALIZACIÓN/DENIGRACIÓN: Ésta se refiere a que el paciente puede tender a idealizar a uno(a) de los terapeutas, a quien adscriba capacidad comprensiva, empática, profesionalismo, y a quien considerar como responsable de su mejoría. Mientras que por otro lado, a otro(a) terapeuta le adscriba confusión, frialdad, informalidad, y a quien considerar como innecesario y descartable dentro de su rol. Esta dinámica puede caracterizarse por una desidia moderada en el discurso del paciente o una intensa descalificación a uno(a) de los terapeutas.

DISPERSIÓN/SINERGI RÍGIDA: Ésta se refiere a que el paciente pueda tender a dispersar la acción de los terapeutas, generándose confusión en los roles, las indicaciones, el contenido de las sesiones, poniendo a prueba la comunicación entre los terapeutas. Esta dinámica puede caracterizarse por interrogantes constantes acerca de la marcha del tratamiento o resistencias expresadas en la discontinuidad y/o cuestionamientos a la propuesta de tratamiento.

VALOR-SABER/JERARQUÍA: Ésta se refiere a que el paciente pueda tender a desequilibrar la acción de los terapeutas, adscribiendo experticia y conocimientos, en función de parámetros propios de la formación y el valor de los honorarios, poniendo a los terapeutas en una suerte de jerarquía en su fantasía. Esta dinámica puede caracterizarse por interrogantes constantes acerca de

la edad, lugar de estudio, y comentarios acerca de los honorarios o el mobiliario de la consulta.

En función de lo señalado y más allá de las reflexiones surgidas de la práctica de la coterapia, se hace necesario tener un sustrato empírico que vaya más allá de la especulación. De allí que en esta investigación se diseñó una encuesta para buscar respuesta a estas interrogantes.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Esta investigación tuvo el propósito de explorar la realidad de la co-terapia en la práctica clínica. Se inició por aspectos tan básicos como conocer la definición de co-terapia y qué entienden los profesionales de la salud por el concepto; se intentó investigar cuál es la actitud del terapeuta frente a la práctica de la coterapia y si ésta representa un alivio para su quehacer clínico o lo complejiza y/o entorpece; era importante también para los autores saber cómo los profesionales implementaban la praxis de la coterapia y si existían prácticas comunes entre ellos.

Se indagó en la búsqueda de las relaciones entre la práctica clínica de la coterapia con los atributos de la muestra, tales como profesión, años de experiencia, inserción laboral, orientación teórica, entre otros, de manera de aproximarnos a las coordenadas de cómo se desarrolla y se percibe la coterapia.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue descriptivo-exploratorio y su objetivo fue evaluar la percepción y práctica de coterapia en un universo de psicólogos y psiquiatras con la aplicación de una encuesta diseñada para estos efectos.

La encuesta fue confeccionada por el equipo investigador y sometida a un proceso de validación de jueces, que buscaron la pertinencia y capacidad discriminatoria de los ítem. El instrumento obtenido y aplicado fue de autorreporte, constó de 30 preguntas con dos o más alternativas de respuesta.

La muestra fue de 276 profesionales encuestados, ingresando al estudio 271, ya que 5 sujetos eran becados al momento de la investigación. Los sujetos fueron Psicólogos y Psiquiatras titulados al momento de ser entrevistados.

Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados, obteniéndose las encuestas a través de correo electrónico y por mano (mayoritariamente en seminarios, talleres y congresos).

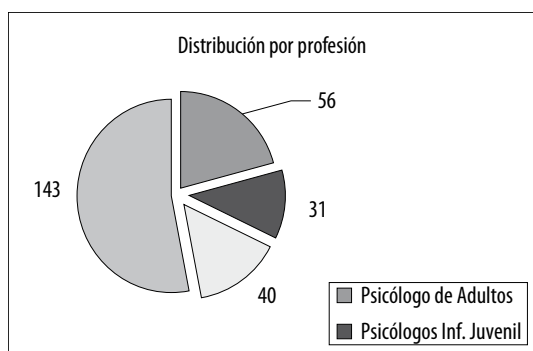
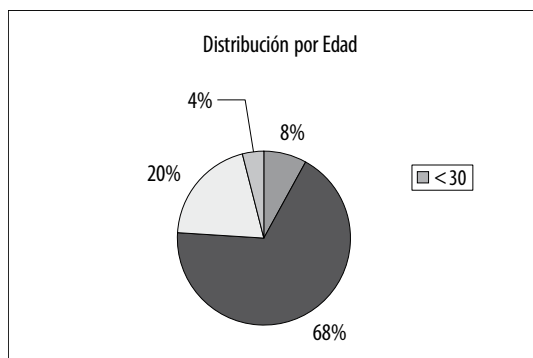
Los atributos de la muestra fueron los siguientes: según género, edad, profesión, años de experiencia, etc.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Al observar la distribución por género, de un total de 271 encuestas realizadas, 64% fueron respondidas por mujeres y el 34% por hombres; un 2% de los encuestados no respondió la pregunta sobre el género.

En cuanto a la distribución por edad, tal como lo muestra el gráfico a continuación, el 68% tiene entre 30 y 50 años, el 8% son menores de 30 años, el 20% mayor de 50 años y un 4% no responde.

Por último, en la distribución por profesión, 183 corresponden a psiquiatras (de los cuales 143 son psiquiatras de adultos y 40 de infanto-juveniles) y los 88 restantes son psicólogos (57 de adultos y 31 de infanto-juveniles).



VARIABLES ESTUDIADAS CON RESPECTO A LA PRÁCTICA DE CO-TERAPIA

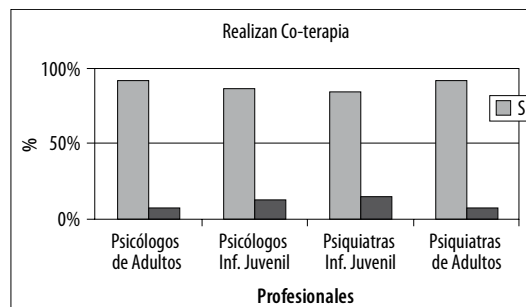
1. Profesionales que realizan co-terapia

Definida ésta como la actividad compartida entre dos colegas de salud mental, en el tratamiento psicológico/psiquiátrico de un paciente en común.

Tal como se observa a continuación en la Tabla 1, la mayoría de los encuestados respondió que sí realizaba co-terapia. Se observa que el 91% de los encuestados, de acuerdo a la definición presentada, dijo realizar co-terapia. Al realizar el desglose por los distintos profesionales no hay diferencias significativas entre ellos, lo que se confirma también en el gráfico.

Tabla 1

	Psicólogos de Adultos	Psicólogos Inf. Juvenil	Psiquiatras Inf. Juvenil	Psiquiatras de Adultos	Total	
					N°	%
Sí	52	27	34	133	246	91%
No	4	4	6	10	24	9%
n/r	1	0	0	0	1	
Total	57	31	40	143	271	100%



2. Interconsulta vs. co-terapia

Al revisar si la interconsulta constituye co-terapia observamos que para el 53% de los encuestados sí lo es, no existiendo diferencia significativa respecto de la distribución según años de experiencia clínica como se observa a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2

	1 a 5	6 a 10	11 a 15	> 15	n/r	Total	
						N°	%
Sí	26 (54%)	38 (50%)	26 (50%)	41 (59%)	0	131	53%
No	21 (44%)	37 (49%)	24 (46%)	27 (39%)	1	110	45%
n/r	1	1	2	1	0	5	2%
Total	48	76	52	69	1	246	100%

Sin embargo en la distribución según profesión de los encuestados se observan diferencias que llaman la atención, a pesar de no tener significación estadística, como lo muestra a continuación la Tabla 3.

Tabla 3

	Psicólogos de Adultos	Psicólogos Inf. Juvenil	Psiquiatras Inf. Juvenil	Psiquiatras de Adultos	Total	
					N°	%
Sí	31	18	20	62	131	53%
No	19	9	13	69	110	45%
n/r	2	0	1	2	5	2%
Total	52	27	34	133	246	100%

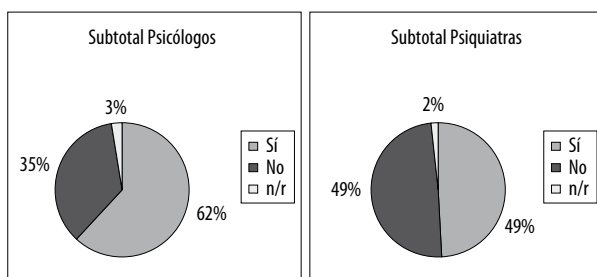
En la Tabla 3 se observa que sólo en el grupo de psiquiatras de adultos es donde hay una leve inclinación a que la interconsulta y la coterapia no son lo mismo.

Sin embargo al dividir en dos grupos tanto a los psicólogos como a los psiquiatras, es donde aparecen las mayores diferencias entre quienes consideran que la interconsulta constituye co-terapia.

Tabla 4

	Subtotal Psicólogos	%	Subtotal Psiquiatras	%	Total	%
Sí	49	62%	82	49%	131	53%
No	28	35%	82	49%	110	45%
n/r	2	3%	3	2%	5	2%
Total	79	100%	167	100%	246	100%

En la Tabla 4 se observa que el 62% de los psicólogos considera la interconsulta como coterapia; en los psiquiatras se distribuye homogéneamente dicha apreciación en un 49%, lo que es estadísticamente significativo ($Z=2.11$, $P\text{-value}=0.0176$). En el gráfico a continuación se observa claramente lo mencionado.



3. El trabajo en co-terapia favorece, alivia y/o complejiza a los terapeutas en su quehacer clínico

Se consultó si el trabajar en coterapia representaba un alivio para los profesionales y si su práctica favorecía o complejizaba el tratamiento.

Según se observa a continuación en la Tabla 5, la gran mayoría de los encuestados contestó sentirse aliviados al trabajar en co-terapia, y además manifestaban estar de acuerdo en que el trabajo coterapéutico favorece el éxito del tratamiento, no observándose diferencias significativas entre los distintos profesionales.

Tabla 5

	Psicólogos de Adultos	Psicólogos Inf. Juvenil	Psiquiatras Inf. Juvenil	Psiquiatras de Adultos
Alivia	92%	100%	94%	93%
Favorece	94%	100%	97%	96%
Complejiza	13%	37%	18%	26%

En esta misma tabla, consultados respecto si el trabajo en coterapia complejiza el tratamiento del paciente, se observan diferencias entre los distintos grupos de profesionales. Los que consideran que sí se complejiza el tratamiento alcanzan a más de un tercio de los psicólogos infantojuveniles y poco más de un cuarto de los psiquiatras de adultos, siendo sólo un 13 y un 18 por ciento de los psicólogos de adultos y psiquiatras infantojuveniles respectivamente.

Al analizar estos aspectos de la encuesta con respecto de la distribución etaria de los encuestados, se mantiene lo observado en relación al alivio de los terapeutas y de que la co-terapia favorecería el éxito del tratamiento, según se observa en la Tabla 6.

Tabla 6

	1 a 5 años	6 a 10	11 a 15	16 o más
Alivia	92%	97%	100%	91%
Favorece	98%	97%	100%	91%
Complejiza	23%	16%	21%	33%

Las diferencias porcentuales sobre cómo complejizaría el tratamiento de los pacientes alcanza al 33% de los profesionales encuestados de mayor edad y alrededor del 20% del resto de los grupos etarios.

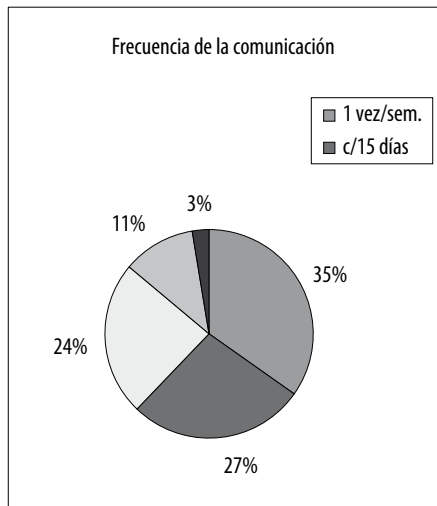
4. Comunicación entre co-terapeutas

A continuación en la Tabla 7 se observa que el 93% de los profesionales que realizan co-terapia dice comunicarse regularmente con el coterapeuta sin que existan diferencias significativas entre los distintos profesionales.

Tabla 7

	Psicólogos de Adultos	Psicólogos Inf. Juvenil	Psiquiatras Inf. Juvenil	Psiquiatras de Adultos	Total	
					N°	%
Sí	50	23	33	124	230	93%
No	2	2	0	7	11	4%
n/r	0	2	1	2	5	2%
Total	52	27	34	133	246	100%

En relación con la frecuencia, la mayoría de los encuestados respondió que se comunica en un rango que va desde una vez por semana a una vez por mes, tal como se ve en el gráfico adjunto.



CONCLUSIONES

1. La amplia mayoría de los profesionales encuestados realiza co-terapia, donde los de mayor edad realizan menos co-terapia.

2. Por sobre las diferencias porcentuales encontradas entre los profesionales la mayoría de los psicólogos considera que la interconsulta es lo mismo que la co-terapia.
3. Existe una tendencia mayoritaria que considera que la co-terapia alivia a los terapeutas, favorece el éxito del tratamiento y no lo complejiza.
4. La frecuencia con que se comunican los coterapeutas fluctúa entre una vez a la semana y una vez al mes.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En relación con que los encuestados de mayor edad realizan menos coterapia creemos que puede deberse a que tienen mayor experiencia, a factores políticos históricos y/o a los nuevos paradigmas de la visión de hombre. Dada la ecuación de que a medida que aumenta la experiencia disminuye la coterapia, no así su valoración, sería importante profundizar en la necesidad de promover un trabajo más sinérgico desde los inicios de la formación de psiquiatras y psicólogos, donde además se rescate la importancia del trabajo en equipo. La valorización de la co-terapia tendría relación con la valoración de cada uno de los profesionales, para no entrar en una relación competitiva donde los medicamentos pueden ahuyentar de la psicoterapia.

La diferencia entre coterapia y la interconsulta tiene relación con las tensiones que surgen entre las distintas miradas de los profesionales, las aprensiones y temores que genera el compartir la intimidad del trabajo con otro y la valoración que se tenga del rol del otro profesional.

Según los psicólogos infantojuveniles y los profesionales de más edad, el trabajar en co-terapia complejiza su labor. Nosotros hipotetizamos que esto podría ser porque éstos requieren incluir en el tratamiento más actores que el propio paciente; hay un trabajo de mayor coordinación entre psicólogo y psiquiatra, vincularse con los padres/familia del paciente o con el sistema escolar.

No obstante, la complejidad descrita es aparente, porque en nuestro quehacer hemos observado que facilita la evolución, mejora el pronóstico y amplía las posibilidades de mayor bienestar de nuestros pacientes. El escenario de la coterapia permite que el paciente, dentro de sus capacidades, logre el mejor desarrollo de sus potencialidades.

El poder comunicarse regularmente con el coterapeuta pensamos se relacionaría con diversos aspectos, tales como: la problemática existente en el paciente, ya que mientras más grave sea la problemática más

necesaria se hace una comunicación fluida y frecuente; la orientación de la terapia que se esté trabajando, porque es no es lo mismo que el paciente esté en terapia de orientación psicoanalítica o en una terapia de orientación familiar; e incluso la disponibilidad de tiempo de los coterapeutas, en el sentido a la carga de trabajo de cada cual, o bien la importancia que se le asigne a compartir el trabajo coterapéutico.

Así como pensamos que es de la mayor necesidad supervisar los pacientes, mantenerse al día a través de congresos, cursos, revistas de la especialidad, formar parte de grupos de estudios, también consideramos que se debe incluir en nuestro quehacer un tiempo para poder comunicarnos adecuadamente con nuestros coterapeutas.

Otra reflexión que quisiéramos dejar planteada es sobre la angustia de los terapeutas. Cómo a través de la co-terapia logramos encontrar alivio a ésta, lo que es una manera de prevenir el desgaste (burn-out) de todos los que trabajamos en salud mental. Este es el tema de nuestra próxima investigación/reflexión.

Por último, conforme hemos ido trabajando el tema de la co-terapia vamos convenciéndonos de que

el trabajo coterapéutico, junto con aportar a nuestros pacientes, y obviamente a nuestro trabajo con ellos, ha ido generando un enorme interés dentro de aquellos colegas con quienes nos ha tocado ir difundiendo nuestros hallazgos. Lo pudimos comprobar en un taller que realizamos como grupo durante el mes de junio del año 2008, donde expusimos parte de lo presentado en este trabajo, obteniendo además una importante retroalimentación por parte de los asistentes. Por lo que creemos que el seguir profundizando sobre distintos tópicos a través de esta mirada se ha transformado para nosotros en un interesante desafío y nos mueve a seguir tratando de aportar en el tema.

REFERENCIAS

1. Cea D'Ancona MA. (1998) Metodología Cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social. Editorial Síntesis, Madrid
2. Escobar L. (2009) Comunicación personal. Asesoría metodológica
3. Grupo de Co-terapia de Santiago (2008) Primeras Jornadas de Co-terapia. Santiago
4. Pedrals *et al.* Práctica psicoterapéutica: el desafío de la Co-terapia. Gaceta Psiquiatría Universitaria 2007; 3: 327-330

INVESTIGACIÓN

EL SONIDO DE LA PSICOTERAPIA: VISIÓN GENERAL DE UNA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

(Rev GPU 2010; 6; 1: 98-107)

**Alemka Tomicic¹, Claudio Martínez², Susanne Bauer³,
Alejandro Reinoso⁴, Marco Guzmán⁵, Luis Diego Chacón⁶**

Si usted como psicoterapeuta le pregunta a su paciente “cómo se ha sentido durante la última semana” y éste le responde con una voz monótona, lenta y apagada: “estoy muy contento, ha sido una excelente semana”. ¿Usted le cree más a lo que dice su paciente o a cómo lo dice? De acuerdo con Hirst (2004), enfrentados a un enunciado con discrepancia entre la prosodia y su contenido semántico, el oyente confía más en la prosodia que en la semántica.

Este ejercicio de imaginación de una muy habitual situación terapéutica y este dato que aporta Hirst proveniente de estudios en el ámbito de la fonética, tienen en común que relevan la importancia de la voz para la interacción humana, y en especial para la psicoterapia.

En este artículo presentamos los avances de la línea de investigación “voz y psicoterapia” en funcionamiento desde el año 2007 en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

¿POR QUÉ LA VOZ EN PSICOTERAPIA COMO OBJETO DE ESTUDIO?

La investigación de proceso-resultado se ha centrado en el estudio de las técnicas e intervenciones verbales facilitadoras de la construcción de la alianza y del cambio en la psicoterapia, produciendo un importante

corpus de conocimiento sobre algunos de los “ingredientes” de la efectividad terapéutica. Este conocimiento se ha desarrollado a través de investigaciones que han focalizado en el estudio de las intervenciones verbales aisladas del terapeuta y/o el paciente (e.g. Buchheim & Mergenthaler, 2001; Czogalik & Russell, 1995; Elliot, *et al.*, 1987; Krause, Valdés & Tomicic, 2009; Stiles

¹ Programa de Doctorado en Psicología, Universidad Católica de Chile. E-mail: atomicic@uc.cl

² Programa de Doctorado en Psicología, P. Universidad Católica de Chile. Unidad de Psicoterapia Dinámica, Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”.

³ Doctorado Internacional de Investigación en Psicoterapia, P. Universidad Católica de Chile.

⁴ Centro de Salud Mental PUC, P. Universidad Católica de Chile.

⁵ Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Chile.

⁶ P. Universidad Católica de Chile.

& Shapiro, 1995; Wiser & Goldfried, 1996). Sin embargo, poco se ha estudiado sobre las interacciones no verbales que se relacionan con una evolución positiva de la psicoterapia.

Estas interacciones no verbales han sido destacadas por algunos investigadores que han mostrado la relación de la coordinación o sincronía no verbal entre paciente y terapeuta con la alianza y el cambio (Ej. momentos dialógicos, Cissna & Anderson, 1998; momentos de encuentro, Stern, 2004; sincronía, Ramseyer & Tschacher, 2006, 2008). Asimismo, han señalado la existencia de una opinión compartida y generalizada entre los psicoterapeutas respecto a la importancia de los aspectos no verbales para el desarrollo y mantención de una alianza terapéutica favorable al cambio (Ramseyer & Tschacher, 2008; Tomicic, Bauer, Martínez, Reinoso & Guzmán, 2009).

El objeto de estudio de esta línea de investigación, integra estas dos dimensiones menos exploradas en el campo de la investigación de proceso-resultado en psicoterapia: el aspecto no verbal y la focalización en la interacción, a través del estudio de la voz en la interacción psicoterapéutica (Tomicic, Martínez, Altimir, Bauer & Reinoso, 2009).

¿Por qué escoger la cualidad vocal?

La mayoría de los estudios sobre la dimensión no verbal en psicoterapia se han focalizado en el análisis de la expresión facial (ej., Aström, Thorell & D'Elia, 1993; Benecke & Krause, 2005; Benecke, Peham, Bänninger-Huber, 2005; Beutel, Ademmer & Rasting, 2005; Krause & Merten, 1999; Merten, 2005), de los movimientos corporales (e.g. Davis & Hadiks, 1994; Davis & Hadiks, 1990; Nagaoka & Komori, 2008; Ramseyer & Tschacher, 2008; Sharpley, Jeffrey & Macmah, 2006) y, en menor medida, de la cualidad vocal (e.g. Holtz, 2004; Nagaoka, Yoshikawa, & Komori, 2006; Rice y Kerr, 1986; Rice & Wagstaff, 1967; Tomicic *et al.*, 2008; Tomicic *et al.*, 2009; Wiseman y Rice, 1989).

La escasez de estudios centrados en fenómenos vocales como el timbre o la cualidad vocal se ha explicado por las dificultades técnicas que implica el registro y el análisis del sonido, así como también porque se ha tendido a pensar que la actividad vocal se encuentra gobernada por las reglas del lenguaje y, en consecuencia, no se trataría de un comportamiento no verbal propiamente tal (Scherer, 1982).

Sin embargo, de acuerdo con Scherer (1982, 1986) éste es un supuesto equivocado por dos razones: (a) Existen muchas vocalizaciones humanas que son esencialmente no lingüísticas (tales como vocalizaciones es-

pontáneas de afectos o conjunciones) y, (b) no todos los aspectos del habla son de naturaleza verbal o lingüística; todas las oraciones producidas por los humanos se caracterizan por un importante número de aspectos no-lingüísticos o no verbales como la entonación, la cualidad vocal, el ritmo. Estos aspectos se mezclarían y modularían el código predominantemente verbal o lingüístico.

Se suma a lo anterior que la voz es el medio principal (aunque no el exclusivo) a través del cual ocurre la comunicación verbal en el diálogo psicoterapéutico (Russell, 1993). Las cualidades vocales como el timbre, ritmo, tempo, resonancia, control y acento aportan con significado y contexto a las palabras habladas (Andersen, 1998) y, en la interacción terapéutica, los aspectos sonoros del discurso pueden ser una de las principales fuentes de información sobre el sentido de los actos realizados en la comunicación entre sus participantes (Knoblauch, 2000, 2005).

Como una primera aproximación a este relevante aspecto de la comunicación no verbal en psicoterapia, realizamos un estudio exploratorio sobre el papel de la voz en el contexto psicoterapéutico desde la perspectiva de terapeutas. A partir de un análisis cualitativo emergieron dos categorías centrales: "Cualidad vocal de los pacientes" y "Uso de la voz como herramienta". Ambas categorías indican que los terapeutas prestan atención a las características sonoras del habla de sus pacientes y que sostienen que la voz puede servir como un instrumento específico para evaluar el estado de la relación y para desarrollar la relación terapéutica (Tomicic *et al.*, 2009).

Simultáneamente hemos trabajado en el diseño de herramientas y metodologías para el análisis de la coordinación vocal de paciente y terapeuta como manifestación de la regulación mutua en psicoterapia. Una de estas herramientas es el sistema de Codificación de Patrones de Cualidad Vocal (PCV) aplicable al habla del paciente y el terapeuta y la elaboración de un manual audio-visual para el entrenamiento en el uso del sistema (Tomicic *et al.*, 2009). Adicionalmente hemos desarrollado una metodología para el análisis de Patrones Dinámicos de Vocalización-Silencio (PD-VS, Tomicic, Barraza & Rodríguez, 2009) que incorpora dos aproximaciones gráficas para el análisis de sistemas dinámicos no lineales: Patrones Vocalización-Silencio y Dinámicas Vocalización-Silencio.

A continuación expondremos los principales avances y resultados obtenidos en tres años de vida de esta línea de investigación que, hasta ahora, es conformada por un equipo multidisciplinario compuesto por Alemka Tomicic (investigadora en psicoterapia), Claudio

Martínez (psicoterapeuta e investigador en psicoterapia), Susanne Bauer (musicoterapeuta), Alejandro Reinoso (psicoterapeuta), Marco Guzmán (fonoaudiólogo, especialista en voz), Diego Chacón (tesista de magister) y la colaboración especial de Eugenio Rodríguez, psicólogo, investigador en neurociencias.

La voz como una herramienta psicoterapéutica

En un estudio de carácter exploratorio indagamos la importancia que los psicoterapeutas le asignan a los aspectos no verbales de sus propias voces y las de sus pacientes (Tomicic *et al.*, 2009). Aplicamos un cuestionario a 25 terapeutas chilenos de diferentes orientaciones teóricas y niveles de experiencia. Analizamos sus respuestas empleando procedimientos cualitativo-descriptivos que nos permitieron conceptualizar y categorizar diferentes parámetros de la voz relevantes para la psicoterapia. Emergieron dos categorías centrales: “Cualidad vocal de los pacientes” y “Uso de la voz como herramienta” (ver Figuras 1 y 2).



Figura 2. Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría “Uso de la Voz como herramienta”

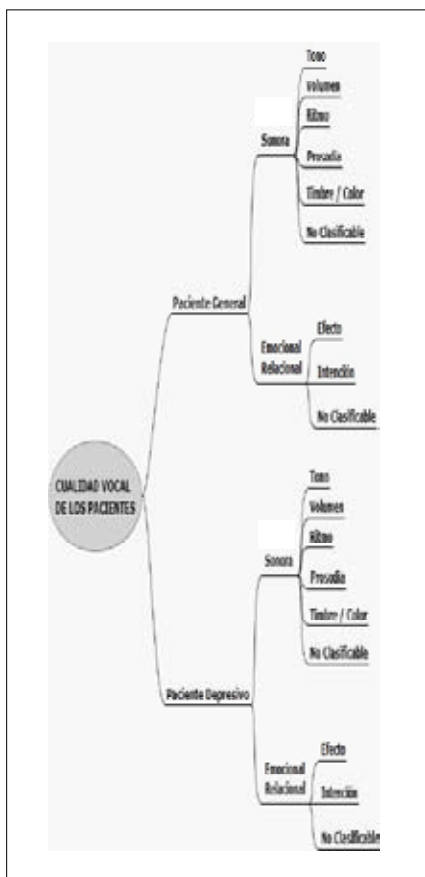


Figura 1. Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría “Cualidad Vocal de los Pacientes”

A partir de estos resultados concluimos que las y los psicoterapeutas que participaron en este estudio fueron una sólida fuente de información sobre el uso de la voz en el contexto psicoterapéutico. Junto con prestar atención y asignarle importancia a sus propias voces y la de los otros, fueron capaces de distinguir matices en diferentes aspectos de la voz, diferenciando su uso específico en el ámbito de la práctica profesional de la psicoterapia del uso atribuido a diversos ámbitos de la vida cotidiana (Tomicic *et al.*, 2009).

Respecto a la categoría *cualidad vocal de los pacientes*, los terapeutas reportaron preferir un nivel medio en todos los aspectos sonoros de la voz y rechazar las manifestaciones extremas de cada uno de estos parámetros (por ejemplo, coinciden en la mención de que les son desagradables las voces de pacientes que hablan con tonos muy agudos o muy graves, con un volumen de voz muy alto o muy bajo, cuya velocidad de habla se encuentra aumentada, que presentan una prosodia monótona y una voz muy ronca). Por su parte, *la voz de los pacientes depresivos* fue calificada como más cercana a uno de dichos extremos: voces muy graves y bajas, entrecidas, suspiradas y monótonas (Tomicic *et al.*, 2009).

Considerando la *dimensión relacional y emocional* de la cualidad de la voz de los pacientes en general y los pacientes depresivos, nos fue posible apreciar que todas las características de la voz a las cuales los terapeutas les atribuyen efectos placenteros fueron evaluadas de manera positiva. Asimismo, la congruencia

entre la cualidad vocal y el contenido del discurso del paciente también fue evaluada positivamente por los participantes de este estudio (Tomicic *et al.*, 2009). Estos primeros hallazgos nos parecen de relevancia por dos razones:

- En primer lugar, muestran que los terapeutas entrevistados son capaces de distinguir matices sonoros entre la variedad de sus pacientes, y de manera específica y consensuada, características particulares en la voz de pacientes depresivos. Esto nos indica que los terapeutas no sólo prestan atención al contenido de lo que sus pacientes dicen, sino también a la manera en que este discurso se materializa y adquiere un sentido relacional y emocional a través de sus características sonoras.
- En segundo lugar, la caracterización y evaluación, en términos de agrado y desagrado, de la voz de los pacientes en general y de los pacientes depresivos en particular, nos revela la importancia de algunos aspectos implícitos presentes en el espacio psicoterapéutico y su posible impacto en la generación de un vínculo positivo o negativo entre el terapeuta y el paciente. En este sentido, se nos hace evidente el peso que adquiere la cualidad de la voz en la construcción relacional con los pacientes y nos genera la interrogante respecto de la conciencia que tienen o no los terapeutas de este elemento no verbal de la interacción.

Respecto a la segunda categoría, *el uso de la voz como una herramienta*, los resultados muestran que los terapeutas entrevistados no sólo reconocen en términos generales el uso de la voz como una herramienta de comunicación no verbal o paraverbal, sino también usos bien específicos de acuerdo a la identificación de diversas instancias del espacio psicoterapéutico. Emplean la voz como un instrumento de comunicación, mencionando que las variaciones en la cualidad de la voz de los pacientes les permiten diferenciar en ellos diversos afectos y emociones. A su vez, usan estas variaciones sonoras para mejorar la comprensión de los pacientes y del proceso terapéutico. Adicionalmente, señalan la voz como una herramienta para la producción de cambios (ej. transformaciones del clima emocional de la sesión, uso de la voz como marcador de cambios durante el proceso psicoterapéutico y uso de la voz para la realización de intervenciones específicas) (Tomicic *et al.*, 2009).

De este segundo hallazgo, dos aspectos nos llaman especialmente la atención.

- En primer lugar, los terapeutas entrevistados parecen contar con un *know how* –un saber hacer– respecto de cómo y con qué características sonoras particulares del habla es posible producir cambios tanto en el clima emocional como en el contexto de trabajo terapéutico, incluso en el mismo paciente. Esto es especialmente llamativo, considerando que todos los entrevistados nos manifestaron explícitamente no haber tenido en su formación aproximación específica alguna a temáticas relacionadas con la voz en la conversación terapéutica.
- En segundo lugar, específicamente cuando nos centramos en las menciones sobre el uso de la cualidad vocal como un marcador de contexto, en la mayoría de los casos los participantes refirieron emplear las variaciones sonoras del habla para trabajar y desarrollar la relación y la alianza terapéutica. Esto último es interesante si se considera que algunos autores han planteado que buena parte de la relación terapéutica se construye en un nivel subsimbólico y no verbal (Bucci, 2007).

Por último, aun cuando los resultados de este estudio muestran que los terapeutas entrevistados dan cuenta de un conocimiento procedural sobre cuándo y cómo utilizar la voz en la psicoterapia como una forma de comunicación no verbal y como una herramienta de intervención, lo cierto es que este conocimiento se encuentra en un nivel intuitivo y conectado principalmente con su experiencia y práctica profesional, no constituyendo un *saber-saber* sistematizado.

En un segundo estudio exploramos la importancia que los pacientes les asignan a los aspectos no verbales de sus propias voces y las de sus terapeutas (Bauer *et al.*, 2009). Nuevamente realizamos un estudio cualitativo, aplicando a 20 pacientes alemanes (12 mujeres y 8 hombres, con un promedio de 41 años, con diagnóstico de depresión o de trastorno ansioso consultantes en el Outpatient-Psychotherapy-Center, KEH-Hospital en Berlín) un cuestionario similar al empleado en la primera investigación con psicoterapeutas chilenos. Sus respuestas fueron analizadas por medio de procedimientos cualitativos-descriptivos que permitieron conceptualizar y categorizar los diferentes parámetros de la voz mencionados y aplicar las mismas dos categorías centrales que emergieron en el estudio anterior: “Cualidad vocal” y “Uso de la voz como herramienta” (Bauer *et al.*, 2009) (ver Figuras 3 y 4).

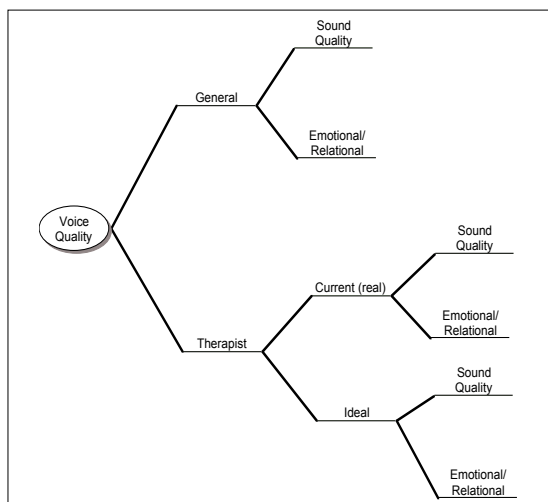


Figura 3. Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría "Calidad Vocal de los Terapeutas"

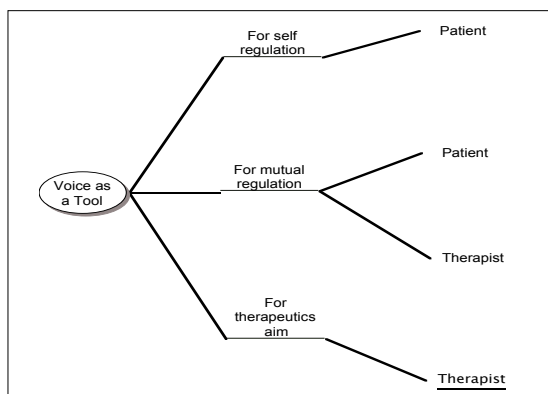


Figura 4. Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría "Uso de la Voz como Herramienta"

Sobre estos resultados concluimos que los pacientes entrevistados, de la misma manera que los psicoterapeutas del primer estudio, fueron capaces de distinguir y describir distintos aspectos de la voz, y lograron diferenciar entre sus cualidades sonoras y emocional-relacionales. Los pacientes mencionaron preferir una voz calmada y profunda en términos de volumen y tempo, y reportaron sentirse disgustados con tonos de voz muy fuertes, así como también con voces muy lentas que podrían ponerlos nerviosos. Respecto a los aspectos emocionales-relacionales de la voz, evaluaron positivamente la autenticidad y la empatía, mientras que refirieron que voces percibidas como agresivas o planas les causan una impresión negativa (Bauer *et al.*, 2009).

Cuando se les preguntó acerca del tono de voz de su actual terapeuta y el tono de voz que esperaban de un terapeuta ideal, incluyeron la mayoría de las

características de la voz deseada en la descripción de la voz de sus actuales psicoterapeutas. Adicionalmente, señalaron algunas cualidades sonoras y relacionales específicas y deseadas que, desde nuestra perspectiva, dan cuenta de la necesidad de contención emocional, cercanía y seguridad (Bauer *et al.*, 2009).

En cuanto a la segunda categoría, la *utilización de la voz como una herramienta*, los pacientes entrevistados dicen utilizar su voz para regular emociones, tales como la tristeza o la ira; para modular su estado de ánimo; y para afrontar situaciones que producen estrés. Además, los pacientes mencionaron la cualidad de la voz como una herramienta de regulación interactiva de los afectos con sus terapeutas (Bauer *et al.*, 2009).

En concordancia con el primer estudio realizado con psicoterapeutas chilenos (Tomicic, *et al.*, 2009), los pacientes alemanes describieron que sus terapeutas hacen uso de la voz como un medio para alcanzar fines psicoterapéuticos, señalándola como una herramienta de regulación del estado de ánimo, la motivación, como un medio para obtener información, y también para acentuar el rol del terapeuta (Bauer *et al.*, 2009).

En síntesis, los resultados de este estudio nos han mostrado que la voz es un importante elemento de la comunicación no verbal del que las personas son conscientes en sus contactos con otros. Los pacientes entrevistados mostraron estar muy atentos a la voz de sus terapeutas y fueron capaces de describir sus propias formas de regular y reaccionar mediante su propia voz así como también las de sus psicoterapeutas. De esta manera, los pacientes expusieron estar bastante conscientes sobre la importancia de la voz en psicoterapia, y la reconocen como un poderoso medio de autorregulación y como una herramienta clínica.

PATRONES DE CUALIDAD VOCAL (PCV): DESARROLLO DE UN SISTEMA DE CODIFICACIÓN

La literatura existente en este campo y nuestros propios resultados nos han hecho presente que la cualidad vocal de paciente y terapeuta puede ser uno de los aspectos clave para la descripción de los procesos de cambio en psicoterapia (Bady, 1985; Bauer *et al.*, 2009; Knoublaug, 2000, 2005; Rise & Kerr, 1986; Rise & Wafgstaff, 1967; Tomicic *et al.*, 2009, Wiseman & Rice, 1989).

Específicamente, algunos autores han planteado que la cualidad vocal de los terapeutas puede tener efectos significativos sobre sus pacientes (Bady, 1985; Beebe *et al.*, 2000). Este planteamiento fue demostrado en un estudio realizado por Wiseman y Rice (1989) hacia finales de la década de los años 1980.

Laura Rice *et al.* (Rice & Wagstaff, 1967; Rice & Kerr, 1986; Wiseman & Rice, 1989) desarrollan durante

las décadas de 1970-1980 sistemas de codificación de patrones de cualidad vocal para pacientes (cuatro patrones) y para terapeutas (seis patrones). Estos instrumentos les permitieron realizar una serie de estudios en los que asociaron ciertos patrones de cualidad vocal de paciente y terapeuta con la productividad en psicoterapia.

Debido a que estos patrones fueron descritos para el habla inglesa y no se encuentran disponibles descripciones exhaustivas de estos sistemas de codificación, decidimos elaborar un nuevo Sistema de Codificación de Patrones de Cualidad Vocal (PCV) (Tomicic *et al.*, 2009). Este nuevo sistema presenta al menos dos diferencias relevantes respecto a los elaborados por Rice *et al.*:

- a) Describimos patrones de cualidad vocal aplicables al habla hispana; y
- b) Desarrollamos un solo Sistema de Codificación de Patrones de Cualidad Vocal aplicable tanto a paciente como a terapeuta. Esto último nos permite hacer estudios comparativos de los PCV utilizados por pacientes y terapeutas, así como también estudios secuenciales de los PCV empleados por ambos a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Por lo tanto, la reelaboración de este instrumento constituyó un esfuerzo para posibilitar el análisis de la cualidad vocal de los participantes en el diálogo terapéutico a través de una apreciación auditiva entrenada.

Para generar el Sistema de PCV seguimos tres pasos sucesivos (Tomicic, *et al.*, 2009):

En un primer momento, como equipo de investigación, nos entrenamos y capacitamos con un fonoaudiólogo especialista en voz⁷, en la escucha e identificación de parámetros relevantes para el análisis de la voz de los participantes en el diálogo psicoterapéutico. En este primer paso determinamos que el tono, la intensidad, la duración y el timbre, como aquellos parámetros que mediante una apreciación auditiva entrenada permitían caracterizar la cualidad vocal de paciente y terapeuta y las variaciones de la misma en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico.

En un segundo momento identificamos y nominamos los seis patrones de cualidad vocal que constituyen actualmente el sistema: Reporte, Afirmativo, Conectado, Reflexión, Emocional-Expresivo y Emocional-Contenido. La identificación de estos patrones la

⁷ Fonoaudiólogo Marco Guzmán, actualmente miembro del equipo de investigación.

Tabla 1
SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE PATRONES DE CUALIDAD VOCAL

PCV	Descripción Fenomenológica
Reporte	Este patrón vocal imprime al habla la cualidad de "lo conocido," de desafección respecto de lo dicho y/o de cierta distancia emocional. Suena como si el hablante estuviese reportando, contando o indagando un contenido sin participación afectiva. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla desafectada.
Conectado	Este patrón vocal imprime al habla la cualidad de estar orientado hacia un otro (el interlocutor) y de estar siendo elaborado en el mismo momento de su emisión. Puede dar la impresión de un habla reflexiva si lo que prima es el carácter elaborativo, o bien de un habla excitada, si lo que prima es una reafirmación o una oposición a una elaboración del otro. Suena como si el hablante estuviese en conexión con el otro. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla elaborativa y orientada al otro.
Afirmativo	Este patrón vocal imprime al habla la cualidad de certeza y convicción. Suena como si el hablante estuviese aleccionando o instruyendo al oyente. Se diferencia del patrón Reporte en que este patrón no impresiona como desafectado y se diferencia del patrón conectado en que éste no impresiona como elaborativo sino como afirmativo. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla segura e instructiva.
Reflexión	Este patrón vocal imprime al habla la cualidad de estar orientado hacia uno mismo (el propio hablante). Suena como si el hablante estuviese en conexión con su mundo interno o en un diálogo consigo mismo. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla ensimismada.
Emocional-Expresivo	Este patrón vocal imprime la cualidad de afección y/o de que el habla está fuertemente cargada de emocionalidad. Suena la emoción del hablante (alegría, rabia, tristeza, miedo, etc.). En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla emocionada, independiente del tipo de emoción.
Emocional-Contenido	Este patrón vocal imprime la cualidad de afección y/o de que el habla está fuertemente cargada de emocionalidad. Sin embargo, en este caso no suena la emoción del hablante sino que al oyente lo impresiona un esfuerzo de contención de la emoción. En este patrón lo central es la impresión de sofocamiento y control que evita el desborde emocional.

realizamos por medio de la escucha acuciosa de tres episodios relevantes provenientes de tres psicoterapias de diferentes orientaciones teóricas y constituidas por distintas duplas paciente-terapeuta. En este paso, la caracterización de los PCV la realizamos por medio de una aproximación fenomenológica, prestando atención a la manera en que las diferentes formas de habla de los participantes impresionaban nuestra escucha, independiente del contenido de lo hablado.

Finalmente, en un tercer momento, retomamos los parámetros sonoros definidos en el primer paso (tono, intensidad, duración y timbre) y los asociamos a cada PCV. Esto fue realizado analizando un episodio de cambio correspondiente a la tercera sesión de una terapia de orientación psicodinámica, terapeuta hombre y paciente mujer. En total, el análisis incluyó la codificación de 40 unidades de análisis y 25 turnos de habla. Posteriormente, el sistema PCV continuó siendo perfeccionado mediante el análisis de una psicoterapia de orientación psicodinámica completa, terapeuta hombre-paciente hombre. El análisis ha incluido la codificación de 2 episodios de cambio y 2 episodios de estancamiento (88 unidades de análisis), obteniéndose un índice de acuerdo promedio de kappa de 0.8 para dos parejas de jueces (Tomicic *et al.*, 2009).

El resultado del procedimiento ya relatado lo constituyen los seis PCV que dan forma al sistema actual de codificación que se muestra en la Tabla 1.

En síntesis, hasta ahora hemos identificados seis patrones de cualidad vocal y, para cada uno de ellos hemos realizado una descripción fenomenológica, así como también una descripción basada en parámetros vocales específicos.

Adicionalmente, hemos finalizado la primera versión del Manual para el Entrenamiento y Codificación de Patrones de Cualidad Vocal (PCV-1.0) (Tomicic *et al.*, 2009). En este manual hemos incluido ejemplos en audio para cada uno de los parámetros vocales seleccionados (fase de entrenamiento, apreciación acústica) y para cada PCV (fase de codificación).

COORDINACIÓN DE PATRONES VOCALIZACIÓN-SILENCIO ENTRE PACIENTE Y TERAPEUTA

Estudios fuera del campo psicoterapéutico han mostrado que la coordinación de patrones de comportamiento vocal constituye un aspecto crucial para la organización del vínculo madre-bebé, para el desarrollo futuro de los patrones de apego del infante (Beebe *et al.*, 2000) y, también, para mantener exitosamente una conversación entre adultos (Capella, 1996; Capella & Planalp, 1981).

Jaffe & Feldstein (1970) desarrollaron un modelo de comunicación de sistemas diádicos por medio del estudio empírico de la coordinación del ritmo vocal en diadas de adultos y, posteriormente, lo aplicaron al estudio de la asociación entre la coordinación vocal madre-bebé y el desarrollo del apego en el infante (Jaffe *et al.*, 2001, Beebe, *et al.*, 2000). Con este modelo en mente, hemos desarrollado el método de Patrones Dinámicos de Vocalización-Silencio (PD-VS) (Tomicic, Barraza, & Rodríguez, 2009) que recoge sus planteamientos centrales, siendo nuestra principal motivación dar cuenta empíricamente de la existencia de patrones de coordinación vocal en la interacción terapéutica y examinar las hipótesis que establecen asociaciones entre la coordinación vocal entre paciente y terapeuta, y el desarrollo del proceso psicoterapéutico.

El sistema PD-VS permite evaluar el grado en que la interacción diádica paciente-terapeuta muestra periodicidad como una unidad, por medio de una aproximación gráfica a los sistemas dinámicos no lineales, empleando conjuntamente Gráficos de Patrones Vocalización-Silencio (GP-VS) y Gráficos Dinámicos Vocalización-Silencio (GD-VS). Empleamos la periodicidad como una medida indirecta de los patrones de coordinación vocalización-silencio, basados en el supuesto de que la coordinación entre ambos participantes es la propiedad que hace posible la observación de dicha regularidad (Bernieri & Rosenthal, 1991). Los GP-VSs nos hacen posible examinar la presencia de regularidades en los episodios relevantes considerando el grado de dispersión o aglutinamiento entre los puntos, mientras que los GD-VSs nos permiten observar la manera cómo estos patrones o regularidades se despliegan a lo largo del tiempo (ver Figura 5).

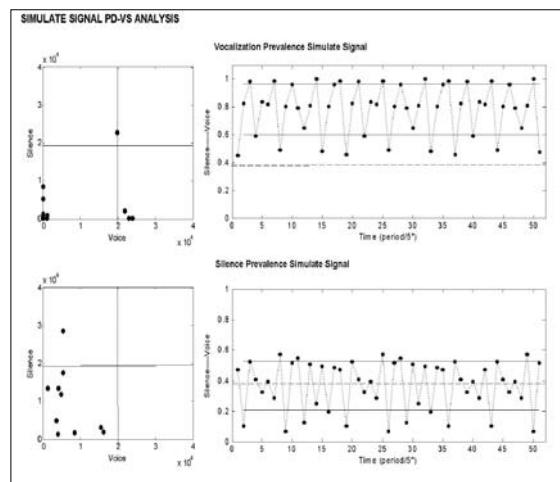


Figura 5. GP-VSs y GD-VSs de señales simuladas con prevalencia de vocalización y prevalencia de silencio.

En un primer análisis hemos estudiado los patrones de coordinación del ritmo vocal en la interacción terapéutica asociada a episodios de cambio psicoterapéutico (Tomicic *et al.*, 2009). Específicamente, examinamos la hipótesis de la existencia de un patrón rítmico de coordinación común en episodios de cambio.

En un estudio no experimental y naturalista, empleamos registros acústicos de 13 episodios de cambio de diferentes niveles jerárquicos, tomados de psicoterapias individuales de diferentes orientaciones teóricas. Estos episodios, grabados en una única pista de audio, fueron analizados empleando GP-VS y GD-VS con el propósito de observar patrones de vocalización-silencio y quiebres en dichos patrones (Tomicic, Barraza, & Rodríguez, 2009; Tomicic *et al.*, 2009).

Preliminarmente, concluimos que los episodios de cambio muestran un particular patrón de coordinación vocalización-silencio entre paciente y terapeuta. Como mencionamos antes, esta conclusión la basamos en el supuesto de que la coordinación del comportamiento de los participantes de la interacción es lo que nos hace posible la observación de un patrón. Además, observamos que episodios de cambio correspondientes a un nivel inicial de complejidad pueden ser caracterizados por un patrón de cortas y largas vocalizaciones seguidas por cortos silencios y por quiebres de este patrón hacia el silencio. Encontramos que estos quiebres hacia el silencio marcan momentos relevantes para la construcción de este tipo de cambios que parecen tener un sentido deconstructivo. Adicionalmente, cuando rastreamos en el texto estos silencios, nos fue posible constatar que éstos no pertenecen ni al paciente ni al terapeuta, a diferencia de lo que ocurre con las vocalizaciones. En este sentido, pensamos que los quiebres hacia el silencio en este tipo de episodios parecen contribuir a la configuración de un espacio intersubjetivo (Tomicic *et al.*, 2009).

Por su parte, episodios de cambio de un mayor nivel de complejidad pueden ser caracterizados por un patrón de cortas y largas vocalizaciones seguidas por muy cortos silencios y por una tendencia general hacia la vocalización (Tomicic *et al.*, 2009). En este punto, nos llamó la atención que la prevalencia de la vocalización es coherente con la noción de que este tipo de cambios tienen un sentido más constructivo: la construcción y consolidación de una teoría subjetiva sobre el paciente y sus problemas (Krause, 2005). Adicionalmente, cuando rastreamos en el texto estos largos periodos de vocalización, encontramos que estos correspondían a intercambios fluidos entre el paciente y el terapeuta o a largas verbalizaciones del paciente, ambas relacionadas con el contenido del cambio (Tomicic *et al.*, 2009).

Esta coordinación vocal entre los participantes y, entre ellos con el proceso de cambio observado en este tipo de episodios, parece configurar también un espacio intersubjetivo. Pero en este caso esta construcción ocurre de una manera diferente a la que describimos en episodios de cambio de nivel inicial.

Finalmente, las diferencias entre los patrones de vocalización-silencio y el quiebre de estos patrones observados en los episodios de cambio de nivel inicial y de mayor complejidad, nos sugieren una evolución de éstos a lo largo del proceso psicoterapéutico: por ejemplo, un periodo inicial deconstructivo y menos regular en términos de coordinación, y un periodo final constructivo y más regular (Tomicic *et al.*, 2009).

PRÓXIMOS PASOS: PROYECTANDO LA VOZ EN LA PSICOTERAPIA

Los resultados que hemos obtenido hasta ahora, lejos de ser conclusivos nos abren múltiples interrogantes y nuevas alternativas de exploración.

Con respecto a la importancia de la voz en psicoterapia, proyectamos en el corto plazo un estudio sobre la visión de pacientes chilenos y terapeutas alemanes sobre el valor y uso de la voz en psicoterapia. De este modo, pretendemos concluir sobre la mirada que ambos participantes, terapeutas y pacientes, tienen de este aspecto no verbal en la psicoterapia, como también contrastar estas visiones desde un punto de vista intercultural.

En relación con los Patrones de Calidad Vocal, hemos proyectado aplicar este sistema de codificación al análisis de episodios psicoterapéuticos relevantes, estableciendo secuencias de coordinación de PCV entre paciente y terapeuta y asociando estas secuencias con diferentes variables del proceso psicoterapéutico (Alianza Terapéutica, Resultados, Estilos de Apego Adulto, etc.). Además, proyectamos incluir los PCV en estudios multidimensionales del discurso en psicoterapia, integrando el análisis dialógico del discurso, que ilumina la presencia de múltiples voces en el diálogo terapéutico, con el establecimiento de patrones sonoros diferentes asociados a estas voces o posiciones discursivas.

Con respecto al estudio de la coordinación del ritmo vocal paciente-terapeuta, se proyecta un segundo estudio longitudinal para analizar diferentes patrones en una díada a lo largo de la evolución de un proceso terapéutico único, con ello esperamos iluminar la evolución de los patrones rítmicos vocalización-silencio en una misma pareja terapéutica en diferentes momentos del proceso.

Finalmente, pensamos que esta línea de investigación visibiliza un aspecto hasta ahora olvidado en la enseñanza de la psicoterapia. Las escuelas psicoterapéuticas tradicionales y sus programas de entrenamiento académico no consideran la voz como una herramienta específica. Investigaciones con resultados como los aquí hemos presentado muestran la importancia de continuar estudiando la voz (y otros canales de comunicación no verbal) en el espacio psicoterapéutico, así como también nos enseñan la relevancia de incorporar estas reflexiones en la formación y supervisión de los psicoterapeutas.

REFERENCIAS

- Andersen P. (1998). *Nonverbal communication: forms and functions*, Mountain View, California: Mayfield
- Aström J, Thorell L, D'Elia G. (1993). Attitudes towards and observations of nonverbal communication in a psychotherapeutic greeting situation: III. An interview study of outpatients. *Psychological Reports*, 73(1): 151-168
- Bady S. (1985). The voice as a curative factor in psychotherapy. *Psychological Review*, 72: 479-490
- Bauer S, Tomicic A, Martinez C, Reinoso A, Schäfer H, Peukert A, Frangkouli A. (2009). The voice as a psychotherapeutic instrument: The patient view. Poster session presented at 40th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research (SPR). Chile, Santiago, Junio
- Beebe B, Jaffe J, Lachmann F, Feldstein S, Crown C, Jasnow M. (2000). Systems models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2): 99-122
- Benecke C, Krause R. (2005). Facial Affective Relationship Offers of Patients with Panic Disorder. *Psychotherapy Research* 15(3): 178-187
- Benecke C, Peham D, Bänninger-Huber E. (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1): 81-90
- Bernieri, F, Rosenthal R. (1991). Interpersonal coordination: Behavior matching and interactional synchrony. En R. Feldman & B. Rime (Eds.), *Fundamentals of nonverbal behavior* (pp. 401-432). Cambridge: Cambridge University Press
- Beutle M, Ademmer K, Rasting M. (2005). Affective interaction between patients and therapists. Its impact on treatment outcome in short-term impatient psychotherapy. *Psychotherapeut*, 50(2): 100-106
- Bucci W. (2007). Four domains of experience in the therapeutic discourse. *Psychoanalytic Inquiry*, 27: 617-639
- Buchheim A, Mergenthaler E. (2001). The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-based text analysis of the Adult Attachment Interview. *Psychotherapy Research*, 10(4): 390-407
- Capella JN. (1996). Dynamic coordination of vocal and kinesic behavior in dyadic interaction. En Watt J, Van Lear C (Eds.), *Dynamic patterns in communication processes*. London: Sage Publications
- Capella JN, Planalp S. (1981). Talk and silence sequences in informal conversations III: interspeaker influence. *Human Communication Research*, 7: 117-132
- Cissna K, Anderson R. (1998). Theorizing about dialogic moments: The Buber-Rogers position and postmodern themes. *Communication Theory*, 8(1): 63-105
- Czagalik D, Russell R. (1995). Interactional Structures of the Therapist and Client Participation in Adult Psychotherapy: P Technique and Chronography. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1): 28-36
- Davis M, Hadiks D. (1990). Nonverbal behavior and client state changes during psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 46(3): 340-351
- Davis M, Hadiks D. (1994). Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of clinical psychology*, 50(3): 393-405
- Elliott R, Hill C, Stiles W, Friedlander M, Mahrer A, Margison F. (1987). Primary therapist response modes: comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2): 218-223
- Hirst D. (2004). The phonology and phonetics of speech prosody: Between acoustics and interpretation. International Speech Communication Association. Available in <http://www.isca-speech.org/archive>
- Holtz P. (2004). The self- and interactive regulation and coordination of vocal rhythms, interpretive accuracy, and progress in brief psychodynamic psychotherapy. (Disertación Doctoral, Fielding Graduate Institute, 2003). *Dissertation Abstracts International*, 64: 3526
- Jaffe J, Beebe B, Feldstein S, Crown CL, Jasnow MD. (2001). Rhythms of dialogue in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial N°265, 66, 2
- Jaffe J, Feldstein S. (1970). *Rhythms of dialogue*. New York: Academic Press
- Knoblauch S. (2005). Body rhythms and the unconscious: Toward an expanding of clinical attention. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(6): 807-827
- Knoblauch SH. (2000). *The Musical Edge of Therapeutic Dialogue*. The Analytic Press Hillsdale, NJ
- Krause R, Merten J. (1999). Affects, Regulation of Relationship, Transference and Countertransference, *Forum Psychoanalysis*, 8: 103-114
- Krause M, Valdés N, Tomicic A. (2009). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0): Manual de Procedimiento. Proyecto Fondecyt N°1080136, *Psychotherapy and Change Chilean Research Program* (Under revision)
- Merten J. (2005). Facial microbehaviour and the emotional quality of the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research* 15(3): 325-333
- Nagaoka C, Komori M. (2008). Body movement synchrony in psychotherapeutic counseling: A study using the video-based quantification method. *IEICE Transactions*, E91, 6
- Nagaoka C, Yoshikawa S, Komori M. (2006). Embodied Synchrony of Nonverbal Behaviour in Counselling: a Case Study of Role Playing School Counselling. Proc. of the 28th Annual Conference of the Cognitive Science Society (CogSci 2006), Vancouver, July 2006, 1862-1867
- Ramseyer F, Tschacher W. (2006). Synchrony: A core concept for a constructive approach to psychotherapy. *Constructivism in the human sciences*, 11(1/2): 159-180
- Ramseyer F, Tschacher W. (2008). Synchrony in dyadic psychotherapy sessions. In S. Vrobel, O. E. Roessler & T. Marks-Tarlow (Eds.) *Simultaneity: Temporal structures and observer perspectives* (pp. 329-347). Singapore: World Scientific
- Rice L, Wagstaff A. (1967). Client voice quality and expressive style as indexes of productive psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(6): 557-563

33. Rice LN, Kerr GP. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. En L.S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 73-105). New York: Guilford
34. Russell R. (Ed.). (1993). *Language in Psychotherapy: Strategies of Discovery*. New York: Plenum Press
35. Scherer KR. (1986). Vocal affect expression: A review and a model for future research. *Psychological Bulletin*, 99: 143-165
36. Scherer KR. (1982). Methods of research on vocal communication: Paradigms and parameters. In: K.R. Scherer and P. Ekman, Editors, *Handbook of Methods in Nonverbal Behavior Research*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, pp. 136-198
37. Sharpley C, Jeffrey A, Macmah T. (2006). Counsellor facial expression and client-perceived rapport. *Counseling Psychology Quarterly*, 19(4): 343-356
38. Stern DN. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton & Company, Inc
39. Stiles W, Shapiro D. (1995). Verbal exchange of brief psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2): 15-27
40. Tomicic A, Bauer S, Martínez C, Reinoso A, Guzmán M. (2009). La Voz como una Herramienta Psicoterapéutica: La Perspectiva de los Terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3)
41. Tomicic A, Barraza P, Rodríguez E. (2009). Vocal-Silence Dynamics Patterns: A system for measuring coordination in psychotherapy. (Manuscript in preparation)
42. Tomicic A, Chacón D, Martínez C, Guzmán M, Bauer S, Reinoso A. (2009). Sistema de codificación de Patrones de Calidad Vocal de paciente y terapeuta (PCV-1.0): Manual de entrenamiento y procedimiento para la codificación de Patrones de Calidad Vocal. Grupo de Voz y Psicoterapia, P. Universidad Católica de Chile. (Manuscrito sin publicar)
43. Tomicic A, Martínez C, Altimir C, Bauer S, Reinoso A. (2009). Coordinación Vocal Como una Dimensión de la Regulación Mutua en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 31-41
44. Tomicic A, Martínez C, Rodríguez E, Bauer S, Reinoso A, Guzmán M. (2008). Coordination of the vocal rhythm between patient and therapist: Preliminary Results. Panel conducted at the 39th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research (SPR). España, Barcelona, Junio
45. Tomicic A, Rodríguez E, Barraza P, Martínez C, Bauer S, Reinoso A. (2009). Vocalization-Silence Patterns of Coordination Between Patient and Therapist Discriminate Different Levels of Change Episodes. Panel conducted at the 40th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research (SPR). Chile, Santiago, Junio
46. Wiseman H, Rice L. (1989). Sequential analyses of therapist-client interaction during change events: a task-focused approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2: 281-286
47. Wiser S, Goldfried M. (1996). Therapist interventions and client emotional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4): 634-640

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

