



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE
PSIQUIATRÍA
UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 6, VOLUMEN 6, Nº 2 JUNIO DE 2010

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, Kinesioterapia.



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, psicopatología y psicopatología.



SUSANA CUBILLOS MONTECINO

Psiquiatra-psicoterapeuta, formada en el Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile, y en la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica Focal del Hospital Salvador. Postítulo en Terapia Conductual Dialéctica. Seminarios en el Instituto Wilhelm Reich de Santiago y en la Academia de Medicina Integrativa (Francia). Postítulo y candidata a Magister en Estudios de Género y Cultura en Latinoamérica, de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile.



GUILLERMO DE LA PARRA CIECIWA

Médico Cirujano Universidad de Chile. Psiquiatra Conacem. Psicoterapeuta. Psicoanalista Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional. Doctor en Medicina Universidad de Ulm, Alemania. Profesor auxiliar Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Jefe de la Unidad de Psicoterapia Adultos Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile. Organizador, junto a diversos grupos de trabajo, de las unidades de psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, del Instituto Psiquiátrico "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-ZUVIC R.

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

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

de Chile.

Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesor Escuela de Psicología Universidad La República.



ENRIQUE JADRESIC

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

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



JUAN PABLO JIMÉNEZ

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

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



JUAN FRANCISCO JORDAN MOORE

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

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



PEDRO RETAMAL C.

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

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

Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (período 2004-2006), Coordinador del Grupo de Trabajo

Enfermedades del Ánimo de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Director Médico de la Agrupación de Pacientes Bipolares y Depresivos del Hospital Salvador, Director Médico de la página www.psiquiatriachile.cl, Miembro del Grupo de Psiquiatría de la Clínica Santa María.

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



ARTURO ROIZBLATT

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

Miembro del Comité Editorial del Journal of

Family Psychotherapy.



PABLO SALINAST.

Médico Psiquiatra. Egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Sede Occidente, Hospital San Juan de Dios. Post graduado en psiquiatría adultos de la escuela de Medicina de la Universidad de

Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador.

Miembro invitado de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador.

Profesor de cátedra de psiquiatría, Universidad Bolivariana.



ANDRÉ MICHEL SASSENFELD JORQUERA

Psicólogo clínico, U. de Chile. 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

118 EDITORIAL

- 118 INAUGURACIÓN DEL IV SIMPOSIO CHILENO-ALEMÁN DEL DOCTORADO INTERNACIONAL EN PSICOTERAPIA
Juan Pablo Jiménez

122 ESCRÍBANOS

123 ACADÉMICAS

- 123 10º CONGRESO CHILENO DE PSICOTERAPIA EN REÑACA
- 128 GRUPO DE PSICOTERAPIA CORPORAL-RELACIONAL INVITA A LAS ACTIVIDADES DEL AÑO 2010
- 132 INFORMACIONES DE SODEPSI. DIPLOMADO 2010. "TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO"

134 COMENTARIO DE LIBROS

- 134 AUTOBIOGRAFÍA DE UN ESPANTAPÁJAROS
Autor: Boris Cyrulnik
Editorial: Gedisa, 249 páginas.
Comentarista: *Claudia Almonte*

137 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

142 ENSAYO

- 142 ESTUDIO DE LOS FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS Y ÉTICOS DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA. II PARTE
Hernán Villarino
- 153 EL CONCEPTO DE DESORDEN MENTAL: UNA PROPUESTA
Alfredo Gaete

166 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

- 166 SIGMUND FREUD: REFLEXIONES SOBRE LA VEJEZ (1926)

172 REVISIÓN

- 172 "APEGADO A MÍ": ANGUSTIA, VÍNCULOS AFECTIVOS Y PSICOPATOLOGÍA
Alberto Botto

186 PSICOPATOLOGÍA

- 186 EL CONCEPTO DE PARANOIA Y LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO CON DELIRIO DE INVENCION
Hernán Silva

194 PRÁCTICA CLÍNICA

- 194 TRAUMA VICARIO Y CATÁSTROFES: PROPUESTAS PARA EL AUTOCUIDADO DE EQUIPOS CON DRAMATERAPIA
Pedro Torres-Godoy

205 CLÍNICA

- 205 PSIQUIATRÍA, PODER Y GÉNERO: ANÁLISIS DE LAS RELACIONES FAMILIARES DE UNA PERSONA QUE PADECE DE ESQUIZOFRENIA
Susana Cubillos Montecino, Eliana Morales

218 REFLEXIÓN

- 218 DEL PARADIGMA DE LA SIMPLIFICACIÓN HACIA EL PENSAMIENTO COMPLEJO
André Sassenfeld

- 221 RELIGIOSIDAD Y SALUD MENTAL: ¿AMIGOS O ENEMIGOS?
Ramón Florenzano Urzúa

230 INVESTIGACIÓN

- 230 PREVALENCIA Y PERFIL DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA CLÍNICA ALEMANA DE PUERTO VARAS
Andrés Ramírez, Claudio Santibáñez, Carolina Muñoz, Gonzalo Ramírez, Victoria Lechner, Paula Soto, Víctor Díaz, Rubén Nachar

234 HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

- 234 EL DR. BRENIO ONETTO BACHLER Y SU APORTE A LA PARAPSICOLOGÍA CHILENA
Enrique Escobar

INAUGURACIÓN DEL IV SIMPOSIO CHILENO-ALEMÁN DEL DOCTORADO INTERNACIONAL EN PSICOTERAPIA¹

Juan Pablo Jiménez

Sra. Ministra de Educación, Mónica Jiménez.
Sra. Decana de la Facultad de Medicina de la
Universidad de Chile, Profesora Cecilia Sepúlveda.
Sr. Decano de la Facultad de Ciencias Sociales de la
Pontificia Universidad Católica de Chile,
Profesor Pedro Morandé.
Autoridades de la Pontificia Universidad Católica de
Chile y de la Universidad de Chile, y de sus facultades
de Medicina y Ciencias Sociales.
Miembros del claustro de profesores de nuestro
programa de doctorado en psicoterapia.
Queridos colegas de la Universidad de Heidelberg.
Queridos alumnos chilenos y alemanes.

En primer lugar y en el nombre de la Comisión de
Doctorado que tengo el honor de presidir, quiero
darles la bienvenida y agradecerles su presencia hoy
día en este acto que para nosotros tiene mucho signi-
ficado.

EL TRASFONDO

Comenzaré presentando algunos hechos generales
acerca de investigación. Para los que vivimos y traba-
jamos en América Latina, estos hechos constituyen el
contexto más amplio de cualquier emprendimiento
académico.

- Como muchos de ustedes probablemente saben,
el 95 % de la investigación científica en cualquier
área es realizado en el llamado “primer mundo”

- Sin embargo, menos de 2% de los proyectos de
investigación biomédica realizados en países en
desarrollo se publica en revistas indexadas en el
Science Citation Index. Por lo tanto, la investiga-
ción científica es un fenómeno de lengua inglesa
que vive y se desarrolla sólo bajo ciertas condicio-
nes sociales y económicas avanzadas.

En una revisión sobre la investigación en psicote-
rapia realizada en todo el mundo, David Orlinsky –una
de las figuras líderes en nuestro campo– sugirió que la
investigación en psicoterapia sólo florece en países in-
dustrializados avanzados. Siguiendo esta hipótesis, me
pregunto si el notable crecimiento de la investigación
en psicoterapia en Chile durante los últimos 20 años
se podría considerar un indicador de la medida en la
que nuestro país se ha desarrollado durante el mismo
periodo.

Sin embargo, mirando más de cerca en nuestro
campo y teniendo en mente que estamos entrenando
investigadores en psicoterapia, tenemos que conceder
que hasta ahora la cantidad de investigación en psico-
terapia que se ha hecho fuera de Norte América (EE.UU.
y Canadá) o algunos países europeos es desechable.

¿REALIZAR INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA EN LA PERIFERIA DEL MUNDO?

Considerando este trasfondo, repetidamente nos he-
mos hecho preguntas que también se aplican a la me-
dicina en general:

¹ Presentación realizada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile en Santiago, el 12 de enero de 2010.

- ¿Deberemos importar sin cuestionamiento una "psicoterapia basada en la evidencia" proveniente del Norte?
- ¿Cuáles son las preguntas de investigación relevantes en Chile y América Latina?
- ¿Hay diferencias culturales que claman por más investigación nacional?

En nuestro país tenemos planes amplios de Salud Mental financiados por agencias de seguro, públicas y privadas, que han aumentado gradualmente la cobertura hasta incluir diversos tipos de intervenciones psicoterapéuticas.

LA "FUGA DE CEREBROS" POST GUERRA

Después de la segunda guerra mundial los estudiantes más brillantes de los países en desarrollo lograron acceder a educación de postgrado en los EE.UU. La mayoría de éstos permaneció en EE.UU. o se fue a países europeos debido a mejores oportunidades profesionales y económicas. Un estudio realizado en el año 2000 por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), mostró que durante los años noventa el 19,1 % de los recursos humanos mejor calificados, entre todos los que emigraron a Estados Unidos, vinieron de Argentina y un 15,6 % lo hizo desde Chile.

Por consecuencia, Estados Unidos fue acusado de crear un ciclo vicioso: la fuga de cerebros hacía a las naciones periféricas más pobres y a las naciones ricas aún más ricas. Aunque el análisis no era errado, el reciente fenómeno de globalización ha cambiado esta tendencia y la fuga previa de cerebros ha creado en las décadas recientes beneficios no anticipados.

LOS INMIGRANTES CONSTRUYEN REDES ACADÉMICAS

Es así como algunos de los que fuimos entrenados en investigación en Alemania durante la década de 1980, construimos fuertes lazos con colegas y grupos universitarios que trabajan en investigación en psicoterapia (Ulm, Berlín, Heidelberg) y luego volvimos a Chile. Durante nuestro entrenamiento en Alemania tomamos contacto con la *Sociedad para la Investigación en Psicoterapia* (SPR), una asociación internacional, científica y multidisciplinaria creada en 1969 en EE.UU. con la misión de promover la investigación en psicoterapia.

La psicoterapia nació con Sigmund Freud en Viena durante la última década del siglo diecinueve. Como neurólogo de mentalidad investigativa, trató de construir una psicoterapia científica conectando sus descubrimientos acerca de la mente y la psicopatología con

la neurociencia de la época. Sin embargo fracasó. Sus ideas y observaciones pioneras sobre una mente dinámica no encajaron con la concepción más bien estática del funcionamiento del cerebro que prevalecía en los círculos neuro-científicos en ese tiempo. Sólo recientemente estamos siendo testigos de un nuevo interés de los neurocientíficos por el psicoanálisis. Un concepto moderno del funcionamiento del cerebro que puede arrojar nueva luz a las antiguas ideas de Freud.

Sin fundamento científico-natural, el psicoanálisis y la psicoterapia estuvieron condenados a desarrollarse fuera de los círculos académicos. Aun así, siempre hubo estudiosos que trataron de traer de vuelta a la psicoterapia al reino del pensamiento científico. Nacieron nuevas tendencias, como la psicoterapia conductual. Pero, paradójicamente, la investigación moderna en psicoterapia recibió el más grande impulso de parte de un escéptico psicólogo alemán vecindado en Gran Bretaña. A principio de los años cincuenta, Hans Jürgen Eysenck planteó la idea de que la psicoterapia psicoanalítica no mejora más que lo que lo hace la remisión espontánea. Él planteó que para probar el poder de la psicoterapia, las comparaciones pre-post no son suficientes, un diseño empírico debería incluir una comparación con un grupo control.

De este modo, y como reacción a las objeciones de Eysenck, nació la investigación moderna en psicoterapia. Después de 60 años de investigación empírica en procesos y resultados en psicoterapia, existen suficientes hallazgos para formar un cuerpo maduro de conocimiento basado en la evidencia, listo para ser usado por psiquiatras y psicólogos que trabajan en el sistema de servicios de Salud Mental. Por supuesto, este conocimiento basado en la evidencia debe ser diseminado y asimilado por los que practican la psicoterapia. El pequeño grupo de psiquiatras y psicólogos chilenos entrenados en Alemania durante los años 1980 impulsamos durante los últimos 20 años la tarea de informar a cientos de colegas sobre este nuevo concepto de psicoterapia científica.

Después de nuestro regreso a América Latina, y estimulados por los "padres fundadores" de la SPR (Ken Howard, Horst Kächele, David Orlinsky, seguidos por muchos otros...) fundamos en 1992 los capítulos chileno y sudamericano de la SPR. Durante los años 1990 se fundaron en Argentina, Uruguay y Brasil otros capítulos locales y se realizaron muchas reuniones de investigación, incluyendo una reunión Internacional de la SPR en Santiago el año pasado. Un par de meses después los miembros de la SPR eligieron a Guillermo de la Parra, de nuestro grupo, como presidente de la sociedad internacional. A nuestras conferencias anuales de psicoterapia, que se realizaron primero en Santiago

y posteriormente en Viña del Mar, han venido investigadores muy calificados, de EE.UU. y de muchos países europeos, la mayoría miembros de la SPR

DE LA "FUGA DE CEREBROS" A LA CIRCULACIÓN DE CEREBROS

De esta manera, las conexiones iniciales que establecimos con universidades y colegas alemanes se extendieron a Chile y a otros países latinoamericanos, a través de relaciones con universidades y sociedades científicas locales. Los retornados nos enfocamos en diseminar los hallazgos de investigación en psicoterapia, vinculando investigación con práctica clínica, convocando a gente interesada y organizando reuniones de investigación, presentando metodologías cuantitativas y cualitativas de investigación. Se construyeron asociaciones con universidades norteamericanas y europeas, en especial con la Universidad de Heidelberg en los últimos 5 años. Durante los últimos 20 años un número creciente de psiquiatras y psicólogos con mentalidad investigadora, todos ellos psicoterapeutas de diferentes orientaciones, han trabajado con encargados de políticas y universidades para mejorar los estándares domésticos de la psicoterapia. Se han desarrollado relaciones internacionales y nos han visitado varios investigadores en psicoterapia, de EE.UU., Canadá y países de habla alemana, que han dictado conferencias y proporcionado consejo acerca de cómo desarrollar la investigación en psicoterapia en nuestra región.

UNA DECISIÓN IMPORTANTE: ENTRENAR INVESTIGADORES

A fines de los años noventa las instituciones científicas y profesionales chilenas llegaron a un consenso básico acerca de los requisitos de entrenamiento para la práctica psicoterapéutica. La primera consecuencia de este consenso fue que se hacía mandatoria la acreditación de programas de entrenamiento y certificación de psicoterapeutas.

En el año 2005 nos dimos cuenta de que en Chile al menos 50 personas estaban trabajando en proyectos de investigación en psicoterapia financiados por fondos concursables (Conicyt).

Llegamos entonces a la conclusión de que los tiempos estaban maduros para la creación de un programa formal de entrenamiento en investigación en psicoterapia, con base universitaria.

Pero esta historia tiene otro actor fundamental.

En el año 2001 la Universidad de Heidelberg fundó en Santiago un Centro para estudios de post grado y educación continua, con la tarea de organizar, gestio-

nar y promover los cursos ofrecidos, ya sea independientemente por la Universidad de Heidelberg o en cooperación con la Pontificia Universidad Católica y la Universidad de Chile. La Universidad de Heidelberg ha establecido acuerdos cooperativos con estas universidades. Esta iniciativa permite a la Universidad de Heidelberg lograr su objetivo de entregar el conocimiento acumulado por la investigación alemana y de promover la cooperación científica entre Alemania y América Latina.

El Centro Heidelberg fue así la plataforma ideal para desarrollar nuestro programa de doctorado.

En el año 2004, durante un descanso en un congreso de Psicología en Santiago, discutí este proyecto con Mariane Krause y decidimos construir una joint venture entre nuestras dos universidades, la Pontificia Universidad Católica y la Universidad de Chile, considerando que ambas universidades han firmado un acuerdo de cooperación mutua. Invitamos a unirse a nosotros a la profesora Laura Moncada, del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile y al profesor Guillermo De la Parra, de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica. Más tarde, invitamos a la Profesora Susanne Bauer y al Prof. Niels Biedermann a unirse a la iniciativa. Este grupo constituye la actual Comisión de Doctorado chilena. Aprovechando las conexiones y relaciones previas, me contacté con el profesor Manfred Cierpka, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Heidelberg. Manfred ha sido muy amigo mío desde 1985, cuando llegué a Ulm, Alemania, con una beca de la Fundación Alexander von Humboldt. Su reacción a nuestra propuesta fue entusiasta. El profesor Cierpka invitó a la profesora Annette Kämmerer, del Instituto de Psicología de la Universidad de Heidelberg. De este modo, unimos 3 universidades y 6 facultades en un mismo programa de postgrado. Nuestros colegas alemanes introdujeron la idea de crear un Colegio Doctoral, sistema creado en Alemania para expandir las asociaciones con investigadores extranjeros con el propósito de entrenar doctores.

NUESTRA VISIÓN

¿Cuáles son entonces los principios que nos guían en nuestro programa de doctorado?

- Queremos un programa de entrenamiento de alto estándar internacional para investigadores en psicoterapia, donde nuestros estudiantes, posteriormente nuestros graduados, se involucren no solamente con los intereses de investigación del primer mundo sino también con los intereses relevantes del tercer mundo.

- Para mantener estándares internacionales, el currículum y la enseñanza deberán ser fuertemente apoyados por una red de personas y centros internacionales de investigación en psicoterapia (eso significa red SPR y universidades de alto prestigio). Nuestra meta es construir y mantener un cuerpo virtual de cerebros y de conocimiento circulantes.
- Queremos graduados que puedan "colonizar" universidades chilenas y latinoamericanas, que los doctores en psicoterapia, interesados en políticas públicas de Salud Mental, sean capaces de trabajar con las autoridades.
- El campo de la investigación en psicoterapia moderna es interdisciplinario. El programa promueve disertaciones en una variedad de temas, siempre bajo el paraguas del tópico de la depresión y en el futuro también trastornos de ansiedad: investigación en proceso y resultado en psicoterapia, investigación en relación temprana madre-bebé, neurociencia y medicina psicosomática, psicología clínica y psiquiatría.
- Para hacer justicia al carácter internacional de nuestro programa estamos interesados en explorar las influencias culturales en psicoterapia. Por lo tanto, nuestro programa es intercultural. El primer producto de este empeño, y estamos muy orgullosos de él, es la Batería de Cuestionarios Culturales de Heidelberg, un instrumento psicométrico desarrollado por nuestros estudiantes alemanes y chilenos bajo el liderazgo del Dr. Henning Freund. Esta batería está usándose en muchos de los proyectos de tesis, en la comparación de la población en estudio, chilena y la alemana.
- Finalmente, nuestro programa está abierto a estudiantes de todo el mundo; actualmente tenemos estudiantes de Chile, Alemania, México, Argentina, Panamá, Colombia y Ecuador.

Este programa no habría sido posible sin el apoyo de muchas personas e instituciones. En primer lugar estamos muy agradecidos de las autoridades de nuestras universidades; ellos creyeron en nosotros desde el comienzo. También quisiera agradecer de manera especial a nuestros compañeros alemanes, profesores An-

nette Kämmerer y Manfred Cierpka, a las autoridades de la Universidad de Heidelberg y del Centro Heidelberg en Santiago. En el entretanto Walter Eckel, Isabel Aliaga y su grupo, del Centro Heidelberg, han llegado a ser miembros plenos del equipo. La gran disposición y compromiso de nuestros compañeros alemanes hizo posible el financiamiento del programa por parte del Estado Federal de Baden-Württemberg.

Ésta es la última reunión entre estudiantes alemanes y chilenos. La primera se realizó en Heidelberg en Octubre de 2007. En el tiempo transcurrido hemos tenido profesores alemanes visitándonos para dar clases, seminarios y supervisiones. Algunos de nuestros colegas chilenos han estado en Heidelberg por las mismas razones. Adicionalmente, nuestros alumnos alemanes y chilenos han viajado a Santiago y a Heidelberg respectivamente, para estadías académicas cortas, aprovechando las posibilidades de viaje que han ofrecido agencias como la DAAD, Conicyt y otras.

Desde muy al comienzo, el programa doctoral entre nuestras dos universidades chilenas y la Universidad de Heidelberg estuvo restringido sólo a una generación de candidatos al doctorado. Sin embargo, esperamos que nuestro programa de cooperación continúe en el marco más amplio que se ha acordado recientemente en la conferencia de rectores de las universidades alemanas y chilenas.

En septiembre pasado se realizó en Bonn una reunión entre la conferencia de rectores de las universidades de Alemania y el Consejo de Rectores de Chile. En esa reunión, los rectores decidieron crear un programa amplio de cooperación en investigación y enseñanza entre nuestros dos países. Estamos muy orgullosos de decir que nuestro programa fue uno de los modelos considerados para organizar esta nueva empresa binacional.

Finalmente, quisiera expresar nuestra gratitud a nuestros estudiantes alemanes y chilenos. Su entusiasmo, curiosidad científica y espíritu de iniciativa nos han enriquecido a todos. Sin embargo, lo que es más, su interés en expandir su mundo cultural y en conocer gente de otros países y culturas nos ha hecho más humanos.

Muchas gracias por su atención.

ESCRÍBANOS

Si usted desea dar su opinión, comentar algún artículo o referirse a cualquier aspecto de Gaceta de Psiquiatría Universitaria, por favor escribanos a: psiquiatriauniversitaria@gmail.com



Dr. César Ojeda
Editor General GPU

Estimado Dr. Ojeda:

Quisiera proponer una discusión respecto de la forma de hacer psicoterapia hoy en nuestro país; para ello creo necesario partir con la premisa de que todas las explicaciones y/o teorías psicológicas, han tenido el propósito de entender las psiquis y el ser, siendo en cada momento sus respuestas un avance, una nueva mirada, un entendimiento mayor a la compleja trama de las interrogantes que se nos presentan como humanidad, complementándose unas con otras en la concatenación de hechos que generan el nuevo avance de la ciencia o disciplina y posterior implementación a través de la técnica. En otras palabras, no hemos de desconocer en ningún momento los resultados claramente positivos que encontramos en las distintas aproximaciones hacia el Ser o la conducta humana, que han presentado los teóricos, y de ello se deducen los beneficios o aportes en la praxis, para cada una de las antes llamadas escuelas de la psicología, a las que hoy nombramos como modelos.

Pese a lo anterior, hoy nos encontramos con un accionar tecnificado, más que especializado en el desarrollo de nuestro oficio, la que lejos de lograr mirar de una manera clara a quien consulta, se interesa de ese conjunto de señales, patrones, indicadores o signos del modelo o sistema interpretativo, a veces incluso moral que gobierna el accionar de nuestros colegas; es decir, no escuchan a la persona ni, menos aún, atienden a las necesidades o solicitudes realizadas por éstos, sino inician el proceso técnico de establecer el continuo paso de las preguntas que llevan a las conclusiones, muchas veces predefinidas (en sus esquemas, algoritmos, pautas), de quien tienen en frente. Todo lo anterior lo observamos en nuestro colega psicoterapeuta medio, quien se ve conquistado por alguno de los marcos epistemológico, teórico y técnico

específico, convenciéndose él y de paso llevando a sus clientes/pacientes/sistema consultante, a que el presente es "El Modelo" de trabajo, "**La técnica de solución**" independiente de los resultados que se hayan observado en las distintas investigaciones o actualizaciones respecto de la temática específica a tratar. Podemos distinguir en nuestro campo de acción, al menos dos tipos específicos de psicoterapeutas; en primer término, los dominados por sus componentes teóricos, incapaces de ver a su contertulio, cegado por el método y la "Técnica Adecuada." En segunda instancia, esos que si bien logran ver y entender la situación explícita planteada por el paciente/cliente/sistema consultante, ofrecen sólo y únicamente el conjunto de acciones permitidas por su marco, quedando inamovibles y por tanto incapaces de resolver aquello que no cabe en su "modelo." Podríamos decir que el punto de unión, lo que "la lleva" en estos momentos dentro de nuestra disciplina, corresponde a la **Sobre Tecnificación** de los terapeutas (algunos dirán que no es una tecnificación, sino el desarrollo de la búsqueda de La Verdad del Ser, el hacer frente a La Problemática Real, encontrar El Tema de Fondo; pero claro, con única y exclusivamente el uso de su modelo y/o teoría a la base), incapacitados para concluir o buscar otras alternativas que la aprendida, y peor aun, manteniendo algunas posturas rígidas ante aquellas posibilidades. Pues en que estamos entonces, desde nuestro punto de vista, existe una homogenización de ciertos postulados ante la psicoterapia y su ejercicio, a saber, si mantengo los lineamientos definidos por el conjunto de acciones correspondientes a la corriente en que me adscribo, estoy realizando bien mi trabajo, ello independiente de si estoy o no evaluando los resultados en quien solicita el apoyo o ayuda terapéutica.

Proponemos que al igual que en el conjunto de conocimientos generados por otras disciplinas (medicina, física y arte entre otras), la comprensión de la psicoterapia se realice a partir de todos los aportes que se

han ido generando a lo largo del tiempo, sin miradas parciales o discriminadoras per se, sino la aceptación y por tanto estudio y dominio de cada uno de los elementos teóricos y técnicos que se han acumulado hasta hoy. Consideramos primordial que cada uno de los terapeutas mantenga un conocimiento, lo más acabado posible de las distintas miradas actuales como históricas de la psicoterapia, un bagaje acabado de las neurociencias, por el aporte de éstas en las distintas áreas y/o patologías, así como la manera de hacer más eficiente cada una de las técnicas con la diversidad de pacientes/clientes/sistema consultante que se les presenten, sin tener que hacer pasar al otro por una batería de acciones que probablemente no llevarán al resultado más directo (eficiente) para lo solicitado; en otras palabras, que tengamos **terapeutas profesionales** y no técnicos. Proponemos *otra mirada a la psicoterapia*: Aquel sentado para brindar sus servicios de apoyo al otro, sea un Profesional de las teorías psicológicas, capaz de trabajar con las solicitudes de quien lo requiere, a través del manejo de la diversidad epistemológica y el conocimiento de los diversos paradigmas, para así poder recopilar del conjunto de entendimientos (teorías), modelos y técnicas, aquellas para hacer frente al mayor número posible de dificultades en forma eficaz, y en los casos necesarios distinguir las propias limitaciones para abordarlos, proponiendo la mejor derivación al alcance del saber y las posibilidades del sistema.

Por último, nos parece imposible poder avanzar hacia esta concepción, si parte importante de los actuales formadores de psicoterapeutas se encuentran encerrados en miradas parciales, sin lograr reconocer al otro, e incluso en muchas oportunidades manteniendo una lucha sobre "La Mirada Adecuada" para la comprensión de la psiquis humana, dejando tácita la idea de que ésta es la correcta y capaz de resolver todo y cuanto hay.

CRISTIÁN CÁCERES ROCUANT
Psicólogo



10º CONGRESO CHILENO DE PSICOTERAPIA EN REÑACA

Estimados colegas:

Luego de haber participado en organizar un exitoso 40º Congreso Mundial de Investigación en Psicoterapia de la Society for Psychotherapy Research (SPR) en Chile, Junio 2009, el Grupo de Trabajo de Psicoterapia de SONEPSYN y el Capítulo Chileno de la SPR lo invitan a participar en el **10º Congreso Chileno de Psicoterapia y 9º Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de la SPR**, en el **Conference Town de Reñaca del 26 al 29 de Agosto de 2010**.

Para mayor información visite www.sonepsyn.cl/congresopsicoterapia

En esta oportunidad contaremos con Profesores internacionales de la categoría de Jacques Barber, Hans Brenner, Andrés Roussos y Nestor Coelho, y con reconocidos psicoterapeutas e investigadores chilenos y latinoamericanos en conferencias, diálogos, talleres experienciales y de formación.

La investigación en psicoterapia tendrá también un lugar principal, en conferencias y talleres con los profesores invitados, y en los trabajos que ustedes presenten en paneles y posters, para lo cual deben contactarse con Claudio Martínez claumagu@terra.cl.

No menos importantes son las actividades sociales como las performances, las que tendrán la posibilidad de ser, por una noche, un clown, artista del flamenco, el tango o un rockstar, de brillar en la tertulia presentando sus habilidades artísticas y ser el personaje escogido por usted en la Cena y Baile de Gala del Bicentenario.

Esto, y más, podrá encontrar en el Congreso, así es que pónganlo en su agenda y prepárense a participar.

Los saluda cordialmente el Comité Organizador:

Patricio Olivos, Guillermo de la Parra, Luis Tapia, Marta del Río, Claudio Martínez, Valentina Plaza, Alejandra von Bergen, Oriana Vilches, Paula Dagnino, Ximena Pereira, Claudia Cruzat, Cristián Chaparro.

10° CONGRESO CHILENO DE PSICOTERAPIA.
9° CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA.
Diez años de Encuentros y Convergencias.



Organiza:
GDT Psicoterapia Sonepsyn y Capítulo Chileno de SPR.

PROGRAMA PRELIMINAR							
Jueves 26 de Agosto 2010							
9.00-11.00	Inscripciones, entrega de materiales						
11.00-11.30	Inauguración: Dr. Patricio Olivos / Dr. Luis Tapia Villanueva (Salón Conference)						
11.30-12.30	Conferencia Inaugural: Diagnóstico, Indicación, Estrategia: mirando el proceso reflexivo del terapeuta Dr. Med. Guillermo de la Parra (Salón Conference)						
12.30-13.00							
13.00-15.00	Almuerzo						
15.00-16.00	Conferencia: Psicoterapia de las vulnerabilidades estructurales. Ps. Tilman Grande. Modera: Dra. Valentina Plaza (Salón Conference)						
16.00-18.00	Talleres						
	1 Salón Directorio	2 Salón Viña	3 Salón Canelo	4 Salón Pool	5 Salón Valparaíso	6 Salón Conference	7
	Preguntas poderosas que impulsan el cambio Ps. María Inés Pesqueira Ps. Paola Cerutti	Entrenamiento en autocontrol conductual para beber controlado. Dra. Marcela Babul. Ps. Paulina Muñoz. Dr. Rodrigo Santis	Las Sonoridades de la Escucha Terapéutica. Ps. Alemka Tomiic Ps. Claudio Martínez Ph.D Ps. Alejandro Reinoso	Autocuidado del Terapeuta Dra. Ximena Fuentes Dra. Valentina Plaza Ps. Mariely Said	Resolución de entrampes de parejas en conflicto Ps. Gianella Paulsen Dr. Luis Tapia Ps. Ximena Pereira Ps. Patricia Sotomayor Ps. Claudia Cruzat Ps. Carolina Aspillaga Ps. Iván Armijo	La co-creación de la tercera mirada. Dra. Marta del Río Dr. J.Fco. Jordán Ps. Francesca Colzani Ps. Clara Rosenblutt Dr. Jaime Landa Dra. Edy Herrera	La relación de los hombres con el padre. Dr. Fernando Rosselot, Ps Paulina Peluchonneau
18.00-18.30	Coffee break						
18.30-19.30	Conferencia: Psicoterapia de pacientes esquizofrénicos. Dr. Hans Brenner. Modera: Dr. Jaime Landa						
19.45-21.15	(Salón Conference) Mesa Redonda: Psicoterapia de pacientes difíciles. Dr. Hans Brenner, Ps. Tilman Grande, Dr. Antonio Menchaca. Modera: Dr. Med. Guillermo de la Parra						
21.45	Comida						

**10° CONGRESO CHILENO DE PSICOTERAPIA.
9° CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA.
Diez años de Encuentros y Convergencias.**



Organiza:
GDT Psicoterapia Sonepsyn y Capítulo Chileno de SPR.

Viernes 27 de agosto			
Conferencias en paralelo			
	Sala 1 Preside: Ps. Alejandra von Bergen Salón Conference	Sala 2 Preside: Ps. Oriana Vilches Salón Viña	Sala 3 Preside: Ps. Claudio Martínez, PhD Salón Canelo
8.30-9.15	El concepto de sujeto en psicoterapia Dr. Juan Francisco Jordán, Dr Jaime Landa	El Adolescente y sus Padres: Una Aventura Intersubjetiva Ps. Bárbara Ortúzar	Andrés Roussous, PhD
9.15-10.00	El cuerpo y el sujeto Ps. Andrés Sassenfeld	Bateson & Valsiner Ps. Ma. Teresa del Río, PhD Ps. Ma. Elisa Molina, PhD	Dialogicidad de la regulación mutua en psicoterapia Ps. Claudio Martínez, Ph.D.
10.00-10.30	Coffe break		
10.30-11.15	La experiencia intersubjetiva de lo traumático: Transicionalidad y pasaje entre la repetición fallida y el diálogo reparador Ps. Catalina Scott	Tiempo y espacio en psicoanálisis: problemáticas actuales Ps. Roberto Aceituno	Las otras emociones: Vergüenza, asco, deseo y sentido del humor en las parejas que consultan por dificultades sexuales Dr. Luis Tapia Villanueva
11.15-12.00	La supervisión clínica: cómo evocar el proceso clínico en la supervisión. Dra. Marta del Río	El sujeto en la terapia psicoanalítica: Teoría, clínica y videos. Dr. Rogelio Isla	Palabras que cambian: La Comunicación terapéutica bajo la lupa. Ps. Mariane Krause, Ph.D.
12.30-14.00	Conferencia: Jacques Barber Ph.D. Modera: Dr. Luis Tapia Villanueva		
14.00-15.30	Almuerzo		Almuerzo Sonepsyn
15.30-17.30	Presentación de trabajos libres		
17.30-18.00	Coffee break		
18.00-19.00	Conferencia: De la Inter-corporeidad a la Co-corporeidad: Elementos para una Clínica Psicoanalítica. Nelson Coelho, PhD. Modera: Dra Marta del Río		
Ensayo Performances			
19-00-21.00	Escuela de Rock (Salón Canelo)	Clown (Salón Pool)	Flamenco (Salón Viña)
			Danza Hindú (Salón Valparaiso)
22.00	Comida y Tertulia		

**10° CONGRESO CHILENO DE PSICOTERAPIA.
9° CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA.
Diez años de Encuentros y Convergencias.**



Organiza:
GDT Psicoterapia Sonepsyn y Capítulo Chileno de SPR.

Sábado 28 de Agosto 2010							
8.30-10.00	Sesión de Posters. Coordinadores: Ps. Claudia Cruzat, Ps. Ximena Pereira						
10.00-11.00	DIÁLOGO: Sobre el sujeto en psicoterapia. Nelson Coelho, PhD y Dr. Juan Francisco Jordán. Modera: Dra Marta del Río						
11.00-12.00	DIÁLOGO: Psicoterapia de la estructura (OPD). Ps. Tilman Grande y Dr. Gustavo Figueroa. Modera: Dr. Med. Guillermo de la Parra.						
12.00-12.30	Coffee break						
12.30-13.30	DIÁLOGO: Investigación y psicoterapia. Jaques Barber PhD., Ps. Mariane Krause Ph.D. Modera Ps. Ximena Pereira						
13.30-15.00	Almuerzo			Almuerzo de trabajo SPR			
15.30-17.30	Talleres						
	8 Salón Directorio	9 Salón Viña	10 Salón Canelo	11 Salón Pool	12 Salón Valparaiso	13 Salón Conference	14 Salón Comedor
	La confianza y el vínculo en una psicoterapia psicoanalítica focal. Corporación Salvador	Psicoterapia basada en el conflicto y/o estructura Unidad de Psicoterapia Adultos	Eneagrama: un mapa espiritual para la psicoterapia. Ps. Mauricio Cerda	Intervención temprana en psicoterapia madre bebé. Ps. Dalia Pollak, Ps Nancy Goldstein, Ps Ana María Olivares	Constelaciones Familiares Ps. Alex Kalawski	Taller de Duelo Dr. Edmundo Covarrubias	Dibujos consensuales y mapas corporales en el tratamiento de parejas con dificultades sexuales Dr. Luis Tapia Ps. María Elisa Molina, PhD. Ps. Gianella Poulsen
17.45-18.45	Ensayos Performances						
	Escuela de Rock (Salón Canelo)		Clown (Salón Pool)		Flamenco (Salón Viña)		Danza Hindú (Salón Valparaiso)
19.00-20.30	Presentación de las performances						
22.00	Cena Bailable						

10° CONGRESO CHILENO DE PSICOTERAPIA.
9° CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA.
 Diez años de Encuentros y Convergencias.



Organiza:
 GDT Psicoterapia Sonepsyn y Capítulo Chileno de SPR.

Domingo 29 de Agosto de 2010				
10:00-11:00	Conferencia: Andrés Roussos, PhD			
11:00-12:30	Talleres de supervisión			
	Taller de Supervisión en Investigación. Andrés Roussos, PhD. Coordina: Ps. Claudio Martínez Guzmán, Ph.D.	Taller de Supervisión en Investigación Jacques Barber PhD. Coordina: Ps. Ximena Pereira	Taller de Supervisión Clínica. Ps. Tilman Grande Coordina: Ps. Claudia Cruzat	Taller de Supervisión clínica. Nelson Coelho PhD. Coordina: Dr. Cristián Chaparro
12:30-13:00	Cierre y despedida			

VALORES DE INSCRIPCIÓN			
	Hasta el 30 de Junio	Desde el 1° de Julio hasta 9 de Agosto	Desde el 10 de Agosto
Programa Todo Incluido: Inscripción, 3 noches alojamiento, pensión completa, actividades sociales y cena bailable			
- Base habitación doble p/p	\$264.000	\$277.000	\$285.000
- Habitación single	\$358.000	\$372.000	\$389.000
Programa Externo: Inscripción, actividades sociales y cena bailable.			
- Profesionales	\$174.000	\$181.000	\$188.000
- Estudiantes de magister y doctorado	\$121.000	\$126.000	\$131.000
- Estudiantes de pregrado	\$87.000	\$90.000	\$94.000

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 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

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.

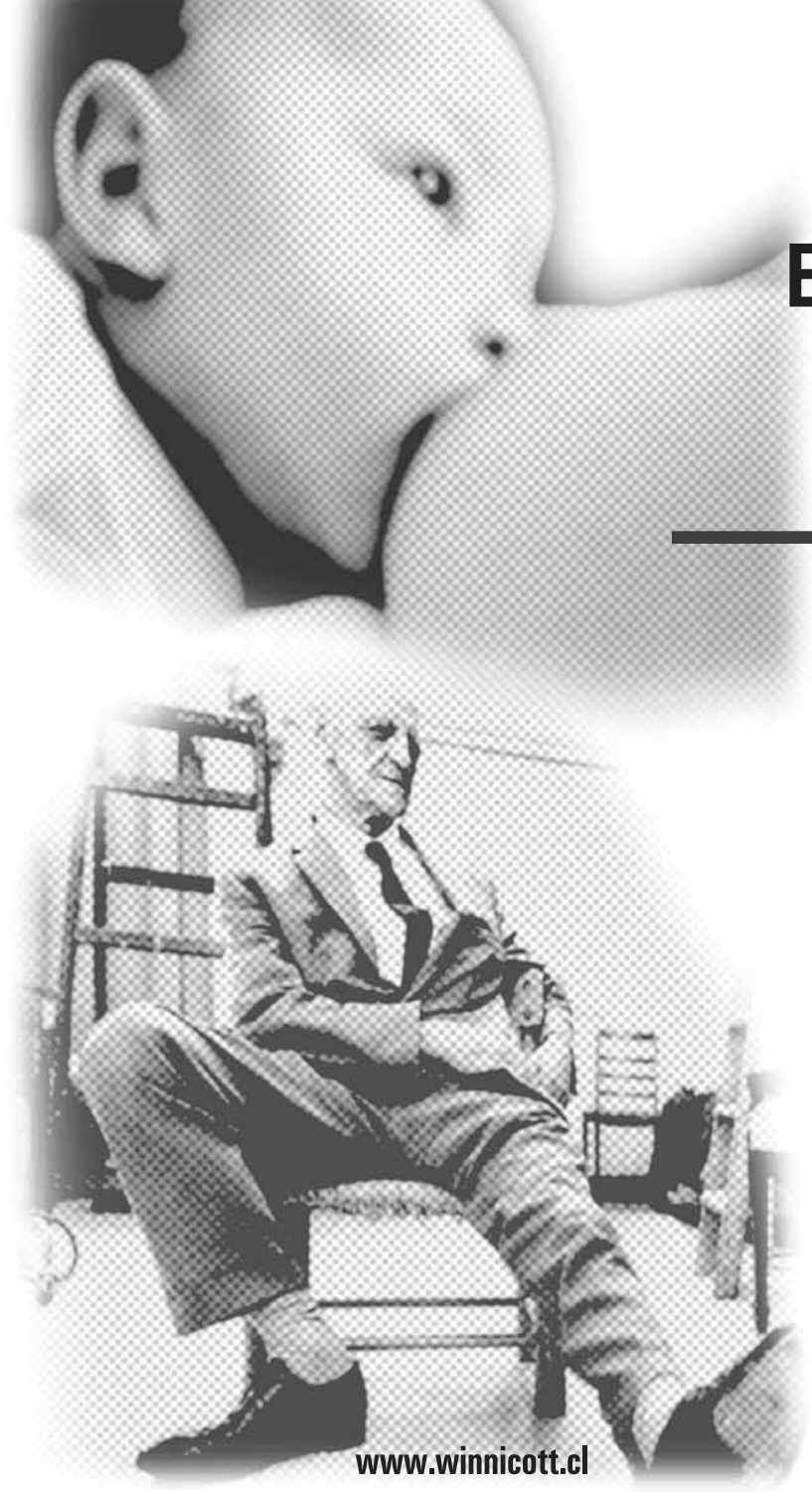
Dirigido por: Marcela Araneda, Psicóloga Clínica (Universidad Católica), Supervisora Clínica Acreditada. Leila Jorquera, Psicóloga Clínica (Universidad de Chile), Mag.© Salud Mental Infantil (UDD). Madeleine Porre, Psicóloga Clínica (Universidad de Chile), Magíster Psicología Analítica Jungiana (UAI).

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

XXI Jornadas Latinoamericanas sobre el Pensamiento de Winnicott



Diálogos fundamentales: En la intimidad de la Obra de Winnicott

Encuentros y desencuentros en Psicoanálisis

*Santiago de Chile
5, 6 y 7 de Noviembre 2010.
Hotel Sheraton San Cristóbal
& Centro de Convenciones,
Av Sta María #1742, Providencia.*

Ejes Temáticos del congreso

- Clínica y teoría del trauma
- Fundamentos metapsicológicos de la clínica de Winnicott: Controversias
 - Sujeto, pulsión y sociedad
 - Angustia, necesidad y técnica
- Relación de objeto: amor y destrucción
 - Clínicas de la subjetividad
- Territorios de la post - modernidad
- El lugar del analista frente a los desastres naturales y socio - políticos
 - Relaciones psique-soma
- Creación, arte y psicoanálisis

www.winnicott.cl



Organizan: Asociación Psiconalítica Chilena - APCH
Miembro Fepal, IPA.

Sociedad Chilena de Psicoanálisis - ICHPA
Miembro Flapsipp, IFPS

Información y Valores
jornadaswinnicottianas2010@gmail.com

Estimados Colegas:

Tenemos el placer de comunicarles que Chile ha sido escogido como el país sede de la 21ª jornada latinoamericana sobre el pensamiento de Winnicott, las que se realizarán los días 5, 6 y 7 de Noviembre de 2010. Estas jornadas serán llamadas "Diálogos fundamentales: En la intimidad de la obra de Winnicott. Encuentros y Desencuentros en Psicoanálisis" y se realizarán en el centro de convenciones del hotel Sheraton de Santiago Chile.

La organización de estas jornadas estará a cargo de la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH) perteneciente a IPA y FEPAL y la Sociedad Chilena de Psicoanálisis (ICHPA) perteneciente a IFPS y FLAPSIPP.

Ésta es una convocatoria científica abierta a presentar trabajos en torno a la obra de Winnicott, la que entendemos como un espacio (potencial) de encuentros y divergencias de las teorías psicoanalíticas. De esta manera buscamos la posibilidad de establecer diálogos que iluminen distintas formas clínicas de nuestro oficio. Creemos necesario el reconocimiento de la divergencia mutua entre nuestras teorías, así como de aquello que nos identifica ya que es este espacio el lugar de emergencia de nuestra intimidad como psicoanalistas. Ya Freud planteaba la urgencia de un trabajo "científico" no sólo como forma de intercambio de conocimiento, sino, por sobre todo, como el modo elaborativo particular de nuestro ejercicio clínico que siempre es un ejercicio de nuestras emociones en la intimidad de nuestras consultas. En este contexto hacemos extensiva nuestra invitación a las comunidades freudianas, kleinianas, lacanianas, intersubjetivas, de analistas de familias y de parejas.

Los invitamos a participar considerando los siguientes ejes programáticos:

- Clínica y teoría del trauma.
- El lugar del analista frente a los desastres naturales y socio-políticos.
- Fundamentos metapsicológicos de la clínica de Winnicott: Controversias.
- Creación, Arte y Psicoanálisis.
- Sujeto, pulsión y sociedad.
- Angustia, necesidad y técnica.
- Relación de objeto: amor y destrucción.
- Clínicas de la subjetividad.
- Nuevos territorios de la postmodernidad
- Relaciones psique-soma
- Trabajos libres

Reglamentos y condiciones de presentación de trabajos y talleres

- Recepción hasta el 15 de junio de 2010: se puede enviar una intención de trabajo, la que debe incluir el nombre del mismo y un resumen de hasta 15 líneas.
- Recepción hasta el 31 de agosto: presentación de trabajo definitivo, el que debe ser presentado en formato Word o rtf, en un máximo de 8 páginas tamaño carta, espaciado y medio, letra Arial 12.

Se deben incluir los datos completos del autor (Nombre, Sociedad y/o institución a la que pertenece y dirección de mail activa), un resumen de inicio con palabras claves y la bibliografía en formato APA. Además de lo anterior, debe señalar si se autoriza al comité local a publicar su trabajo. Si esto no es señalado, se considerará como una aceptación de su publicación.

El trabajo será evaluado en su mérito por el comité científico local quien informará oportunamente la aceptación del mismo y organizará la constitución de las mesas plenarios, paralelas y libres.

Estos trabajos y propuestas de talleres deben ser enviados vía mail a comitecientificowinnicott@gmail.com

Se despiden de usted, esperando su entusiasta respuesta a esta convocatoria para poder compartir en Noviembre,

GONZALO LÓPEZ M
Psicoanalista ICHPA
Comité Organizador

RODRIGO ROJAS J.
Psicoanalista APCH
Comité Organizador

INFORMACIONES DE SODEPSI

DIPLOMADO 2010

“TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO”

El 7 de mayo del presente año se dio inicio al primer Diplomado del Programa de Educación Continua de Sodepsi, “Trastornos de Ansiedad y del Estado de Ánimo” correspondiente al año 2010. Participan como profesores colegas de distintas universidad y centros del país.

La idea del PEC es generar una red de actualización a lo largo del país, de modo que los psiquiatras de regiones puedan seguir los cursos on-line. Esto significó crear una tecnología apropiada e inédita. El resultado ha sido promisorio: 56 inscritos: 21 colegas de Regiones y 35 de la Región Metropolitana. Esta convocatoria nos llena de alegría, pues compensa el esfuerzo de crear una nueva tecnología educativa y una original metodología docente adaptada a las circunstancias actuales en las que trabajan en Chile los psiquiatras y otros profesionales vinculados a la psiquiatría.

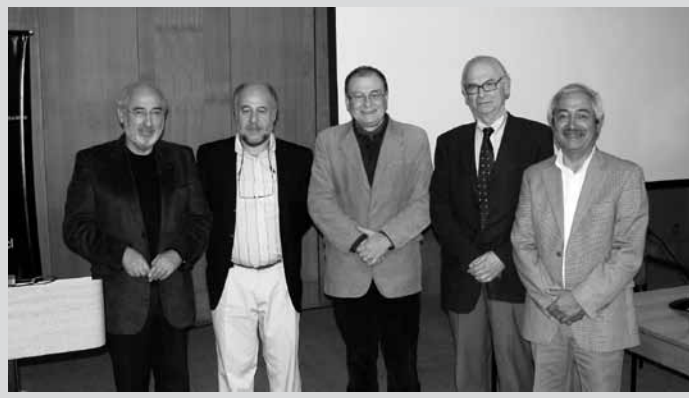
Sin embargo, nuestra satisfacción es aún mayor al comprobar que Sodepsi, que fue fundada con 64 socios en septiembre 2009, ha recibido en promedio 6 nuevos socios mensuales, por lo que el número de socios supera con creces la centena.

Participaron en esta primera reunión, destinada al tema “Antropología de la Angustia”, los Drs. Hernán Villarino, César Ojeda y Otto Dörr. El Dr. Juan Pablo Jiménez presentó una Introducción al Diplomado.

Otras actividades en preparación por Sodepsi, serán avisadas oportunamente.



Alumnos presenciales.



De izquierda a derecha. Dr. César Ojeda, Dr. Hernán Villarino, Dr. Juan Pablo Jiménez, Dr. Otto Dörr, Sr. Wilfredo Romero, Director Administrativo de Sodepsi.



Dr. César Ojeda.



Dr. Juan Pablo Jiménez.



Dr. Otto Dörr.



Panel. De izquierda a derecha. Dr. Hernán Villarino, Dr. Juan Pablo Jiménez, Dr. Otto Dörr.

AUTOBIOGRAFÍA DE UN ESPANTAPÁJAROS

TESTIMONIOS DE RESILIENCIA: EL RETORNO A LA VIDA

Autor: Boris Cyrulnik
Editorial: Gedisa, 249 páginas.

(Rev GPU 2010; 6; 2: 134-136)



Claudia Almonte

A través de los diversos caminos transitados en el quehacer clínico, se puede enfatizar en las vulnerabilidades que están a la base del padecer psíquico, pero también se descubren los factores protectores, y, en este sentido, la resiliencia es central. El entender el cómo los dolores de los traumas, inevitables a cualquier ser humano, pueden ser encauzados, y, en esto, poder ser protagónicos como terapeutas, en ayudar a otros a volver a la vida, y volver de una forma distinta, con un sentido y un propósito lleno de significados, me parece fascinante.

Muchas veces me pregunté qué papel podría tener como médico al “tratar” en 5-6 sesiones, que son las que asigna la fiscalía de San Felipe, a niñas y adolescentes violadas por sus propios padres, y siempre venía la respuesta al ver el alivio frente a la simple escucha empática. Por otra parte, es frecuente que los padres nos pregunten el cómo castigar a los hijos en lo que “más les duela”, casi en forma sadista, y allí surge el deseo de transmitir lo contrario, vale decir, cómo no enseñar a relacionarse mejor con los hijos, a tener una mejor comunicación y vínculos más significativos; y eso, sin duda, facilitará la disciplina en forma notable, cuando ésta deba aplicarse. Del mismo modo el foco en los buenos tratos, en la resiliencia, parece más humano, más económico e, indudablemente, más gratificante.

Comencé a leer del doctor Boris Cyrulnik, uno de los padres de la resiliencia, y, luego, tuve el privilegio de escucharlo en su visita reciente a Chile. Impacta su sencillez, profundidad y el contenido de sus escritos y discursos, ya que él es, por su biografía, un ejemplo vivo de resiliencia. Se une, pues, en una misma persona, el haber sido víctima de violencia, y, a la vez, ser un tutor de resiliencia, dándole, de esa forma, un sentido a su propio sufrir.

Acerca del título..., un espantapájaros, un espectro, se esfuerza por no pensar, pues es demasiado doloroso construir un mundo íntimo plagado de representaciones atroces. Cuando uno tiene un trozo de madera en lugar de corazón, y paja bajo el sombrero, sufre menos. Pero basta que ese espantapájaros encuentre a un hombre vivo que le insufla un alma, para que el dolor de vivir vuelva a tentarlo.

La temática que recorre en las más de 200 páginas, se relaciona con el trauma, sin el cual no podríamos hablar de resiliencia. Aborda desde las vivencias de la víctima, a la descripción del victimario, pasando por el análisis del perverso cultural y el terrorista.

La resiliencia es un proceso, no un estado, y se basa en tres principios, que son la acción, el sentido y la solidaridad; en este libro se desarrollan los dos últimos aspectos.

El foco está puesto en mostrar que se puede iniciar el proceso de la resiliencia, al permitirle al traumatado verbalizar todos sus dolores, acogiéndole y dándole un espacio afectivo significativo. De este modo podrá seguir desarrollándose en un mundo pleno de sentido.

Se pueden narrar innumerables relatos de una sola existencia; basta con desplazar una palabra, con variar un gesto o una mirada, para que la representación de mundo cambie, a veces, de forma radical, pasando del orgullo a la vergüenza, de la alegría a la tristeza. Así, como hay frases que matan, hay archivos que curan, existiendo sociedades que facilitan la expresión de la herida, y, por tanto, el desarrollo de la resiliencia. Todo relato es una iniciativa de liberación de la historia traumática, y, a través de la propia narración, se puede lograr la reconciliación, reparando, dando coherencia, sanando una herida injusta. Toda historia coquetea con el trauma, al borde del desgarro; sin dolor no hay memoria. Esta historia que construimos, va evolucionando, ajustándose a las circunstancias de la vida; y el cómo reciban los demás nuestro relato, facilitará o no el proceso resiliente. El impacto que tenga el trauma en una persona dependerá de su historia previa, de sus vulnerabilidades y del apoyo del ambiente; como también de las características del trauma mismo, siendo en general peor, cuando el agresor es otro ser humano.

Es frecuente, posterior a vivir un trauma, la respuesta paranoica, que apela al pensamiento mágico, con el fin de darle un poco de sentido a un mundo trastornado y reparar la herida. Obviamente, no es resiliente, pues prepara para nuevos traumas. También la búsqueda de un chivo emisario, a quien hacerle responsable de las desgracias; la mejor forma de evitar este tipo de respuestas es la solidaridad.

Respecto al sistema terrorista, refiere que éste se organiza en torno a un jefe venerado, que se posiciona sobre la condición humana; sus seguidores encuentran en él una nueva motivación y sentido a una vida rutinaria, monótona. El terrorista, la mayor parte de las veces, no es un perverso estructural; de hecho, en los estudios proyectivos, no aparece patología mayor, salvo la ausencia de mecanismos represivos. Es frecuente observar en ellos la empatía del depredador, típicamente perversa, en que logra “ponerse en el lugar del otro”, sólo para anticiparse a sus movimientos y “atraparlo”; no para reconocerle, al menos, que es de la misma especie humana. El terrorista elimina a quien no se somete a sus razones, deseos y juicios. Sería algo así como que el conejo persigue a la zanahoria para comerla y “hacerla” conejo, no para valorarla en su esencia zanahoria; entonces, la empatía queda abolida. A diferencia de los perversos estructurales, los perversos culturales,

sólo lo son cuando participan en la epopeya del maestro, pudiendo ser en otros ámbitos de su existencia, padres cariñosos, docentes atentos, médicos dedicados y funcionarios celosos de su deber. Para el perverso, el otro carece de valor, su felicidad depende de él mismo, y no le debe nada a nadie; que los demás sufran le es totalmente indiferente. En este tipo de relación sin vínculo, el otro se reduce a ser el desencadenante de placer, odio o virtuosa indignación.

Retornar a la vida, de la cual el trauma te expulsó, es posible gracias a un momento de masoquismo, en que debe anularse como persona en virtud y para el otro; sin embargo esta situación debe ser transitoria, para no generar una despersonalización o depresión por agotamiento, al renunciar continuamente al sí mismo (fenómeno anti-resiliente). Poco a poco el herido comenzará a darse importancia al igual que al otro, hasta finalmente tener una comprensión global de lo ocurrido, retomando la existencia con un nuevo sentido. Por tanto, la resiliencia no es un relato de éxitos, sino, más bien, la historia de que estando empujado a la muerte, se crean estrategias para volver a vivir. Las vías no resilientes serían la victimización, abandonarse al sufrimiento, ser indiferente al trauma, aislarse, favoreciendo la rumiación del pasado, el no logro de darle un sentido al dolor, y la vergüenza. Los tutores de resiliencia serían aquellos que escuchan todo, no sólo la parte “bonita”, excluyendo lo “feo”. En ésta última forma, en que deben quedar en el secreto los horrores, para no sentir el rechazo, se facilita la emergencia de mecanismos disociativos y escindidos. Por el contrario, los tutores, proveen una estructura afectiva sensible, reiniciándose el proceso de resocialización y dinamismo psíquico que sienta las bases del proceso resiliente, siendo la herida misma la nueva organizadora del Yo.

Se refiere en un capítulo al mundo de la tecnología, en que la alteridad se hace insípida. En nuestra cultura, en que coexisten el progreso tecnológico con el adormecimiento afectivo, la empatía se desarrolla en forma deficiente, y se favorece el desarrollo narcisista. Se facilita la desaparición de los encuentros en un mundo sin prójimo.

Así, se puede comprender la búsqueda de identidad, a través del “pegamento” afectivo de la obediencia socializante; el que piensa distinto se ve aislado y en riesgo de deprimirse por pérdidas afectivas y/o aislamiento sensorial. Por otro lado, el gregarismo intelectual que es necesario para existir, si no mantiene la empatía, corre el riesgo de tomar características secundarias, en que los demás son indiferentes y la obediencia se convierte en la felicidad de someterse, es decir,

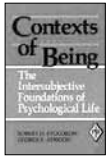
una cultura perversa. Cuando la obediencia reúne a los seguidores en un éxtasis amoroso, la identidad de la multitud general provoca tal sentimiento de euforia, que el crimen de masas puede cometerse con gozosa ferocidad.

Se tocan muchos otros tópicos, como lo son las vivencias de los hijos adoptados, entre otras.

Invito a los colegas a leer este libro, y, siendo tutores de resiliencia, animar a otros a sacarse el traje de madera y paja, y volver al de carne y hueso.

CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



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

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



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

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



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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



SCHIZOPHRENIC SPEECH

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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



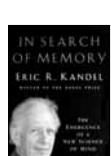
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD
 Editores: Beatriz Zegers, María Elena Larraín y Francisco Bustamante
 Ed: Mediterráneo, Santiago
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 19-32
 Compra: www.mediterraneo.cl



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



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



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



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



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



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



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



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



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



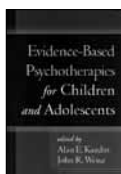
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

**DARWIN'S DANGEROUS IDEA**

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

**REINVENTING DARWIN**

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

**THE CONSTRUCTION OF SOCIAL REALITY**

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

**PROBLEMAS DE FAMILIA**

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

**LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS**

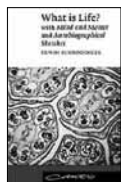
Tome II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.
 ISBN : 2213605939
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com

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

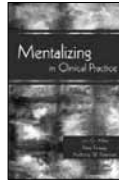
Tome II. Melanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.
 ISBN : 950-12-3809-1
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com

**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?**

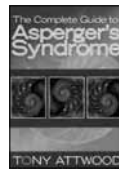
Autor: Erwin Schrödinger
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396
 Compra: www.mediterraneo.cl

**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**

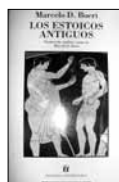
Autor: Enrique Jadresic
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23
 Compra: www.amazon.com

**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



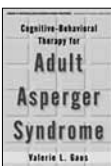
LA NATURALEZA DE LA CONCIENCIA. CEREBRO, MENTE Y LENGUAJE
 Autores: Maxwell Bennett, Daniel Dennett, Peter Hacker y John Searle
 Editorial: Paidós, 2008, 269 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 164-166
 Compra: www.tematika.com



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



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



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



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



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



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



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



ATTACHMENT THEORY AND RESEARCH IN CLINICAL WORK WITH ADULTS
 Editores: Joseph Obegi y Ety Berant
 Guilford Press, New York, 2009
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 301-302
 Compra: www.amazon.com



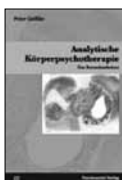
BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE
 Autor: Enrique Jadresic
 Uqbar Editores, Santiago, 2009
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 303
 Compra: librerías



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



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:



AUTOBIOGRAFÍA DE UN ESPANTAPÁJAROS
 Autor: Boris Cyrulnik
 Editorial: Gedisa, 249 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 2: 134-136
 Compra:

ENSAYO

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

(Rev GPU 2010; 6; 2: 142-152)

Hernán Villarino¹

La segunda parte de este trabajo está destinada al análisis del fundamento ético y moral de la psiquiatría comunitaria, que al menos nominalmente radica en la doctrina de los Derechos Humanos. Estos Derechos, primariamente, refieren a una postura y disposición ética y filosófica de corte liberal. Frente a los anteriores, amparados en la tradición, el estamento, el gremio, etc., la primera Declaración de los Derechos Humanos² aludía al hecho de que cada hombre, por el solo hecho de serlo, tiene ciertos Derechos que son inalienables y superiores a todos los que emanen de la sangre, el suelo, etc. En el preámbulo de la actual Declaración Universal³ se lee lo siguiente: "El desconocimiento y el menosprecio de los Derechos Humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad". Aunque no sabemos si existe o no algo así como la conciencia de la humanidad, lo que sí existe es la conciencia de cada cual. Por eso, a todos, en el sentido de cada uno, en tanto tratamos de Derechos que nos tocan a título individual, y no por nuestra posición en el mundo, nos interesa cuidar que no se repitan actos de barbarie ultrajante, como dice aquella Declaración, o simplemente de barbarie. Y para esto, a nuestro entender, debemos vigilarnos a nosotros mismos, en primer lugar, y a las circunstancias y actores con que nos toca vivir, para pronunciarnos y reaccionar cuando aquellos actos se insinúan o ejecutan.

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y DERECHOS HUMANOS

A través de distintos trabajos hemos descrito y analizado la constitución y los fundamentos teórico-prácticos de la psiquiatría comunitaria, y tan feble los hemos encontrado que no deja de admirarnos que

puedan sostenerse en pie, aunque sea por un solo minuto, o que sus moradores no sientan un inmediato temblor ante la amenaza de ser aplastados por tan arbitraria e incierta construcción. No todos estarán de acuerdo con estos asertos, sin duda, pero incluso un hipotético actor comunitario que los aceptara, con cierta razón podría respondernos lo siguiente:

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

² Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789)
<http://www.fmmeduacion.com.ar/Historia/Documentoshist/1789derechos.htm>

³ Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/22/pr/pr20.pdf>

“Hasta aquí no se ha dicho nada decisivo ni esencial. La medicina avanza por hipótesis. Nadie se escandaliza porque antes se echara aceite hirviendo en las heridas, no se hacía con mala fe, se creía que ayudaba aunque en realidad empeoraba la curación. Luego se aprendieron otros procedimientos mejores, y como ése hay mil ejemplos más. Si el modelo biopsicosocial o la praxis comunitaria son o no verdaderos, o útiles, tenemos que deducirlo de la experiencia. Pero así habremos aprendido algo, porque en la ciencia se aprende tanto cuando se confirma como cuando se descarta una hipótesis. Ahora bien, el verdadero *sancta sanctorum* de la psiquiatría comunitaria es la defensa y promoción de los Derechos Humanos. No, no sabemos quién es el ser humano. ¿Quién lo sabe? Hacemos hipótesis y estudios pero nunca llegamos al final. Y aunque no lo sepamos, ni tampoco tengamos verdades absolutas en ningún terreno, ¿deberíamos esperar tenerlas para defender y promover esos Derechos? No, ¿verdad? De modo que éste es el punto absoluto de la psiquiatría comunitaria, su valor eterno si se quiere, y todo lo demás es morralla de la que podemos descargarnos sin ninguna pena ni pesar. Recordemos, a los que gustan de los latinajos incomprensibles y de citar a esos griegos que tan lejos quedan de nuestro horizonte histórico, que en el opúsculo *Sobre el hombre*, del Tratado Hipocrático⁴, se dice que donde hay amor al hombre habrá amor a la ciencia. En la psiquiatría comunitaria ya tenemos, y en abundancia, lo primero, de modo que no hay duda que tenemos o tendremos lo segundo”.

Consignamos ya, en la primera parte de este trabajo, que el punto quinto del programa práctico de la psiquiatría comunitaria aseguraba que esta disciplina discurriría en un marco ético basado en la doctrina de los Derechos Humanos y en la Declaración Universal de los Derechos del Niño. No conocemos ninguna otra corriente psiquiátrica que precise acotar de modo explícito que se atiene y respeta estos Derechos. Es indudable que la psiquiatría comunitaria se ha atribuido a sí misma una especial titularidad, y casi se diría propiedad, en este tema.

Esto, desde luego, es injusto. No vemos ninguna razón para suponer que en otras corrientes de la psiquiatría este asunto no interese o se soslaye, aunque no se

lo proclame a cada instante ni se considere el corazón o el motor de la doctrina. Es que una postura psiquiátrica se sostiene por su coherencia interna y por su capacidad para explicar los hechos psiquiátricos, y se podría sospechar que adicionarle una especial inclinación por los Derechos Humanos es una estrategia *ad-hoc*, en el sentido de Popper⁵, para dotar de invulnerabilidad lo que no se sostiene por sí mismo.

LA DENSIDAD DE LA REFLEXIÓN COMUNITARIA SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS

Existen al menos cuatro enfoques para justificar los Derechos Humanos: el naturalista, el positivista, el realista y el utilitarista, que parten de distintos principios, y lo más importante, que tienen distintas consecuencias. ¿Propugna la psiquiatría comunitaria alguna teoría en particular o deja librado a cada uno la orientación de su preferencia? Por otro lado, hay al menos tres generaciones de derechos humanos. Los de la primera generación están relacionados con la libertad, los de la segunda con la igualdad y los de la tercera con la solidaridad. Incluso algunos hablan de una cuarta generación, vinculada con el medio ambiente.

Respecto de los de la primera generación están ya mayormente positivados tanto en la Constitución como en la Leyes chilenas, y en general de todo el mundo occidental, de modo que no hace falta que la psiquiatría comunitaria vele por ellos. Si ya están en el ordenamiento jurídico, todos debemos cumplirlos obligatoriamente o somos penalizados.

¿Son acaso los de la segunda, de la tercera, de la cuarta, o de todas esas generaciones en conjunto, que aún no están positivados y que son objeto de un intenso debate donde hay posturas encontradas, los que la psiquiatría comunitaria defiende y protege? ¿Cómo lo hace de un modo concreto? No quisiera irme por las ramas, pero creo que ninguna de las preguntas anteriores, y otras que cabría hacer, tienen una respuesta comunitaria clara, discutida y reflexionada. En lo que nos toca no hemos encontrado nunca una meditación, discusión ni exposición comunitaria seria y acuciosa sobre este tema, ni mucho menos una descripción de la forma concreta como se relacionan los Derechos Humanos con la cotidianidad de su práctica, tanto laboral como docente. Sólo se oyen reivindicaciones genéricas e imprecisas, que cualquiera podría hacer en cualquier circunstancia y quedaría bien.

⁴ Tratado Hipocrático (T. I). *Acerca del hombre*. Madrid, Gredos, 1986.

⁵ Popper, K. *Conjeturas y refutaciones*. Barcelona, Tecnos, 1985.

¿Es esto suficiente como para considerar que la psiquiatría comunitaria tiene una particular preocupación por este asunto y que está especialmente integrado a su quehacer? Juzgue el lector.

LAS PARADOJAS DE LA VIDA ÉTICA

Los Derechos Humanos, como dijimos, responden a una perspectiva ética, aunque algunos ya están positivados y caen en un marco legal. Pero aquí sólo nos atenderemos a la dimensión ética, porque sería tan raro que nos ocupemos de una parte de las leyes como que en nombre de la psiquiatría nos declararíamos defensores del Código de Aguas o de la Ley del Tránsito. A la psiquiatría, comunitaria o no, sólo le cabe respetar y cumplir las leyes vigentes en nuestro ordenamiento. Por supuesto, esto no es óbice para que a título de ciudadano, y como cualquier otro, un psiquiatra tenga un juicio aprobatorio o recriminatorio respecto de una o de varias leyes. Pero su juicio no puede ni debe involucrar a la psiquiatría ni a los demás psiquiatras.

Ahora bien, la ética es el estudio de la vida buena. Por eso su vocabulario está constituido por términos como lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto, lo debido y lo permitido, etc., según los cuales medimos la bondad de los actos, los impulsos, las situaciones y el carácter. Sin embargo, todo lo que es grande e importante en la vida de los seres humanos, todo lo que hace buena su vida, está sometido a notables paradojas.

Respecto de lo que sea lo bueno responden de modo distinto los utilitaristas, los eudemonistas, los hedonistas, los deontologistas, etc.; pero todos coinciden en que con lo bueno queremos y debemos mantener un comercio permanente e ininterrumpido, porque es lógico que queramos disfrutarlo en todos los instantes de nuestra vida. Pero el trato cotidiano con las cosas, buenas o malas nos aleja de ellas y las torna invisibles. No existe una fórmula general que regule o defina la relación del hombre ni con lo bueno ni con lo malo de una vez y para siempre. Lo bueno debe ser reconquistado y lo malo superado cada vez. La rutina, la estólida y autocomplaciente seguridad ética nos tornan torpes y ciegos para lo uno y lo otro. Por eso, estamos obligados a vigilar que a estos términos no se los manosee, ni se los petrifique para transformarlos en un arma con la que ganar ventaja en las diferencias filosóficas de unos y otros, o para apuntalar posturas que tienen un cariz técnico-científico, y, por ende, primariamente, son éticamente indiferentes.

En segundo lugar, debemos preguntarnos si existe un absoluto ético, es decir, una fórmula, una doctrina o una regla ética absoluta. Quizá lo único absoluto es que

somos libre, íntima y oscuramente mandados, y que tenemos obligaciones. Pero en contra de esto se puede también deponer razones. De acuerdo con Jaspers⁶, el hombre no es autotransparente para sí mismo, nunca se conoce íntegramente, no siempre sabe lo que quiere realmente ni por qué lo quiere. Nietzsche⁷ ha comprobado cómo detrás de algunas de las intenciones más sublimes que proclamamos no siempre se vislumbran nuestras grandezas sino que se agazapa nuestro resentimiento. Frente al discurso ético propio, o del otro, raramente calamos hasta el meollo, aunque la cáscara aparezca siempre tersa, brillante y saludable.

En tercer lugar, sabemos que desde un punto de vista lógico una proposición no invalida lo propuesto porque se refiera al hablante. Si yo digo que soy alto o bajo, rubio o moreno, si ocurre que es el caso no por decirlo yo de mí mismo la proposición pierde un ápice de verdad. Pero en las proposiciones éticas no es así. Los otros pueden decir de mí que yo soy ético, es más, ojalá lo digan, aunque si dicen o no la verdad es otra cosa. Empero, yo no puedo decirlo de mí mismo en ningún caso, porque en ese mismo instante la proposición resulta falsa y dice una falsedad. Esta extravagancia, como tantas otras, tiene origen evangélico, y entre los modernos, que sepamos, ha sido discutida y analizada por Kant⁸ y por Jaspers⁹. El argumento es el siguiente: si yo digo de mí mismo que cumplo con las reglas legales, éticas y morales, aunque realmente cumpla con ellas digo de algún modo que soy bueno, pero entonces dejo de ser bueno por que esa afirmación entraña soberbia y la soberbia no es compatible con la bondad. En los evangelios esta actitud se conoce como fariseísmo, y todos entendemos que no hay nada virtuoso cuando decimos de nosotros mismos, cuando insinuamos o cuando dejamos entender que somos buenos, rectos, puros, etc. La paradoja de la bondad es que yo no puedo ser bueno sin conciencia, sin actos conscientes y libremente queridos por mí en tanto que buenos, pero, al mismo tiempo, la conciencia de mi bondad estropea mi bondad plenariamente.

De modo que en este tema conviene el mayor recato y la mayor lejanía de las proclamas públicas. Dejemos que los otros nos juzguen, aunque se equivoquen. No pretendamos imponerles un criterio, salvo que nos

⁶ Jaspers, K. *La fe filosófica*. Buenos Aires, Losada, 1973.

⁷ Nietzsche, F. *Humano, demasiado humano*. México, Editores Mexicanos Unidos, 1968.

⁸ Kant, E. *Lecciones de ética*. Barcelona, Crítica, 1988.

⁹ Jaspers, K. *La filosofía desde el punto de vista de la existencia*. México, Fondo de Cultura Económica, 1962.

hagan una acusación concreta que nos parezca falsa. Es legítimo defenderse de una mácula que nos endilguen injustamente, pero nunca debemos abogar por nuestra propia bondad y eticidad. Las baladronadas, en todo caso, para las reyertas de beodos en bares y cantinas, que la vida del hombre es muy compleja y probablemente ninguno la atraviesa mereciendo de suyo el título de bueno.

LAS INCERTIDUMBRES DE LA VIDA ÉTICA

La ética, primariamente, no habla del ser sino del deber ser. Sin embargo, la ética aplicada, como la que debe prevalecer en la medicina, es bifronte, debe mirar al deber ser a través del ser. En otras palabras, en la medicina, nada que no sea técnica y científicamente bueno puede ser éticamente correcto.

Quisiéramos ilustrar lo que decimos con un ejemplo. Puede ser un mandamiento ético que todo enfermo psiquiátrico debe ser rehabilitado. Sin embargo, la ética no puede decir qué significa el término rehabilitación, ni puede proveer de criterios para definirlo. Son los hechos y los acuerdos los que nos permite llamar a estos actos, y a los resultados que de ellos se derivan, como rehabilitación. Pero, ¿existe, en este caso, un acuerdo definido sin equívocos ni ambigüedad?

Supongamos que el término rehabilitación sea explícito, claro y preciso, que cualquiera pueda entender a qué alude, y con todo, que en ciertos casos la rehabilitación no sea posible, por ejemplo una demencia severa. Entonces, ¿comete una falta el médico que no rehabilita a un paciente de este tipo?

Más aún, supongamos ahora que existe la rehabilitación de los demenciados, pero a un costo extraordinariamente alto. Supongamos también un legislador que decide no gastar los recursos en ellos sino en una determinada afección infantil, cuyo tratamiento es mucho más barato y permite mejorar a cientos de niños que tienen una vida entera por delante, y no, con los mismos recursos, a un solo demente, que por su edad ya le queda poca vida. Tal legislador, ¿obra contra la ética?

El médico que hace *triage*, y en la situación concreta, un accidente carretero, por ejemplo, porque le parece que tiene más posibilidades decide gastar sus esfuerzos y recursos en este paciente y no en este otro, ¿actúa de un modo éticamente incorrecto? El familiar moderno, que ante la imposibilidad de ocuparse personalmente de su pariente demente decide ingresarlo en una institución para que lo cuiden, ¿carece de ética? Quien en el pasado (en un tiempo donde existía un conocimiento muy mediocre sobre la enfermedad mental, donde no había medios, recursos ni medicamen-

tos), internaba a su pariente en un manicomio, a veces incluso con pesar, ¿cometía una falta ética? El alienista, que a falta de otra cosa se comprometía a estudiar, tratar y cuidar a estos pacientes en esas instituciones, ¿era un desalmado?

Ninguna de las preguntas que hicimos es retórica, todas tienen actualidad pero carecen de una respuesta fácil o unívoca. Junto a las grandes verdades éticas está esa zona de incertidumbre práctica, que Aristóteles¹⁰ llamaba prudencial, frente a la cual no hay respuestas estabuladas, y donde sólo nos cabe elegir lo mejor posible según sea la situación concreta. Y si no se admite esto no se aboga por la ética sino que se hace de ella un arma arrojada para estrellarla en la cabeza de nuestros adversarios.

GENEALOGÍA Y ARQUEOLOGÍA DEL SABER

Dijimos más atrás que los Derechos Humanos de primera generación, relacionados con la libertad, están positivados, de modo que es mayormente ocioso que la psiquiatría pretenda ocuparse de ellos, aunque eso no signifique que debamos desentendernos. Pero no ocurre lo mismo con los de las otras tres generaciones, y por el ámbito desde el que estamos hablando, sobre todo con los relativos a la igualdad y la solidaridad. Quien se sienta sinceramente preocupado por ellos debería aprovechar sus circunstancias, sobre todo cuando se ocupan cargos directivos y relevantes, para dejar un testimonio sobre el modo en que podrían operar en la práctica concreta, que es el paso previo para su positivación legal, porque sólo esa práctica puede mostrar con ejemplos, aquí y ahora, cómo podrían ejercerse, cuáles son los cambios que supone en la estructura administrativa y de poder, y cuáles son las consecuencias de esas modificaciones. ¿Lo ha hecho la psiquiatría comunitaria en la pleamar, en la plenitud de sus tiempos?

El caudal más rico de la psiquiatría comunitaria, su genio propio, distintivo e indisputable, es sin duda su inigualado estro poético en virtud del cual acuña palabras que llevadas por el viento conmueven y conquistan corazones. Comunitario, modelo biopsicosocial, modelo de la praxis, rehabilitación (donde tanto se improvisa como dice Desviat), reinserción, equipos multi y transdisciplinarios¹¹, salud mental, fomento de

¹⁰ Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid, Austral, 1995.

¹¹ En lo relativo a este punto hemos publicado un trabajo: "Análisis del Manual de Trabajo en Equipo para la Psiquiatría Comunitaria", en el tercer número de la revista *Medicina y Humanidades* (www.medicinayhumanidades.cl)

la salud mental, prevención de los trastornos mentales, multicausalidad, horizontalidad, consultorías, empoderamiento, saber médico popular y de los pueblos originarios, etc., son sólo eso, palabras, tras las cuales no hay nada o lo que hay no está bien definido y carece de rigor intelectual y operatividad práctica.

Por ejemplo, en relación con el último punto de la nómina previa, ya en el *Plan Nacional de Salud Mental*¹² se aseguraba que la psiquiatría comunitaria integra la valiosa experiencia médica de los pueblos originarios. Diez años después no tenemos conocimiento de la incorporación de ningún procedimiento o idea procedente de aquellos pueblos en la práctica concreta. Creo que ni siquiera hay un trabajo teórico serio sobre el particular.

Cuando a los psiquiatras comunitarios se los enfrenta con esta realidad, lejos de entrar en el debate soslayan las interpelaciones y le atribuyen al interlocutor la más negra y pérfida de las intenciones. A la postre, todo se resuelve descalificando al otro. Pero los psiquiatras comunitarios, abnegadamente, controlan la mayor parte de la formación de especialistas en psiquiatría del país a través de una amplia red de universidades públicas y privadas asociadas a los Servicios que dirigen. Quienes allí se forman, ¿tienen ocasión de conocer, libre e informadamente, las objeciones que en otros despiertan sus doctrinas? ¿Son educados en el acero de la crítica o se les transmite una visión edulcorada y falsa de las cosas? ¿Qué garantía hay de que allí, como corresponde a una Universidad, se transmita un saber imparcial y universal, no sólo relativo a la psiquiatría comunitaria sino a todo el amplio saber de la psiquiatría? Aquellos personajes e ideas que los psiquiatras comunitarios deploran, ¿tienen alguna posibilidad de ser realmente conocidos y debatidos de modo objetivo?

Pero si ya en la vida intelectual comunitaria no hallamos nada de libertad, igualdad ni solidaridad sino el mero deseo de sostener a ultranza, y con puros argumentos *ad hominem*, una posición que no se sostiene por sí misma, ¿qué ocurre con la vida laboral en estos servicios? Pues nada muy distinto, como es fácil de comprender. En ausencia de una doctrina racional la rutina es favorecer a los incondicionales y postergar a quienes se comportan de modo sobrio e independiente. A raíz de esto último no existe allí ni igualdad de oportunidades ni tampoco criterios objetivos de promoción. Pero la pobreza intelectual de la psiquiatría comunitaria se

reproduce por esas prácticas habituales de su ámbito laboral, que ensalza a los que a falta de otra cosa no saben sino aplaudir. A veces incluso se persigue al otro de modo franco y desembozado, con ribetes grotescos y absolutamente inesperados a partir de sus proclamas y promesas, y de su aparente vocación por los Derechos Humanos. Incluso ha debido intervenir el Tribunal de Ética del Colegio Médico para defender a médicos extranjeros víctimas de las inconcebibles e incontables arbitrariedades de Jefes de Servicio Comunitarios.

Absurdo en la teoría y discrecionalidad en la gestión, con esos dos ingredientes calcule el lector la naturaleza del clima laboral en los servicios comunitarios, y si debe esperarse que allí prosperen la libertad, la igualdad y la solidaridad. Hormazábal y Riquelme dicen lo siguiente para definir lo que es la psiquiatría comunitaria:

“El modelo en sí mismo, más que un modelo científico subordinado a su vez al modelo biopsicosocial, lo que no siempre resiste un profundo análisis epistemológico, ha sido justificado por sus más tenaces defensores como un modelo político de organización de recursos múltiples disponibles en la comunidad, para dar respuesta a necesidades también múltiples con oferta diversificada de servicios, es decir, es un modelo práctico¹³”.

Hay que leer bien ese párrafo porque a nuestro juicio allí está contenida la clave. La psiquiatría comunitaria no es la realización de un ideal ni la puesta en práctica de un modelo científico probado para el beneficio de la población¹⁴, sino la resolución de una red de operadores políticos para apropiarse, organizar y dirigir los recursos de la comunidad (seguramente no por motivos altruistas sino por las ventajas personales que de ello se derivan) como se deduce de la definición citada más atrás. Ésta es una práctica que todos conocemos, es en realidad muy típica y bastante vieja, quizá tan vieja como el hombre mismo. Lo único novedoso es que se la pretenda apuntalar apelando a los Derechos Humanos.

¹² Unidad de Salud Mental del MINSAL. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago, 2000.

¹³ Naín Hormazábal y Carolina Riquelme. Modelo Comunitario en Salud Mental y Psiquiatría Como Modelo Tecnológico. GPU 2009;5;2:245-249

¹⁴ Es indudable que en los servicios de psiquiatría comunitaria laboran profesionales motivados, bien intencionados, valiosos, honrados, convencidos íntimamente de las bondades de lo que hacen aunque no puedan argumentarlo. No es a ellos a quienes nos referimos, porque lamentablemente no son ellos ni los que deciden ni los decisivos.

Nuestra hipótesis interpretativa, cuya verdad debe ser contrastada a través de las pruebas y la discusión que desarrollaremos más adelante, tiene de entrada el mérito de relacionar y hacer inteligible la serie de incongruencias teóricas y prácticas que hemos venido analizando a través de varios trabajos. Al fin de cuentas, nada unifica ni da más coherencia, incluso aunque se barajen los argumentos intelectuales más peregrinos, que la perspectiva de disfrutar del poder.

Foucault¹⁵ denominaba genealogía y arqueología del saber al estudio histórico detallado, aquel que desciende a lo que él mismo llamaba el grano fino del episodio investigado. El genealogista, bajo los discursos, arengas y peroratas encuentra el oro oculto de la realidad, el verdadero valor, muchas veces callado y no mostrado, que impulsa los sucesos, establece las alianzas, justifica y hace comprensibles las afinidades dotando de sentido a lo que visto desde la superficie pareciera no tenerlo. La psiquiatría comunitaria está esperando su propio genealogista, quien sin duda se topará con grandes sorpresas. Pero nosotros, aparte de las pinceladas previas, no queremos descender al grano fino, por lo menos no por ahora, de modo que permaneceremos en la superficie, o mejor dicho, en las generalidades.

EL GIRO

Llegados a este punto es necesario realizar un giro en nuestra exposición. Hasta aquí hemos polemizado con los psiquiatras comunitarios contemporáneos, pero para una plena inteligibilidad de lo que decimos es preciso poner este asunto bajo una perspectiva histórica.

No requiere el abono de muchas pruebas asegurar que en los antiguos manicomios los paciente caían en un régimen de anomia, incluso que perdían su personalidad civil y sus Derechos fundamentales. Esto es así, y las razones, a nuestro entender, se pueden rastrear a partir de una cita de Foucault que hicimos en el trabajo anterior. Tampoco requiere el abono de muchas pruebas afirmar que durante el siglo XX esta condición de los pacientes fue denunciada y rectificada. En esta empresa han destacado, entre otros, los antipsiquiatras, Thomas Szasz con su perspectiva liberal y los psiquiatras comunitarios. Pero los dos primeros hablaban desde afuera de la psiquiatría, sólo los terceros lo hacían desde adentro. Por eso, fueron ellos los más tenaces, los que diseñaron y ejecutaron las medidas

prácticas que efectivamente transformaron la realidad de los pacientes, en el sentido de que volvieron a tener en plenitud sus Derechos fundamentales. Por esa empresa la psiquiatría comunitaria se ha ganado un lugar destacado y honorable en la historia de la psiquiatría, "digno de *felice recordación*", y que ya nadie le podrá arrebatar. Nada importan aquí sus conceptos científicos, porque la cumplida fue una empresa ética y política que vale por sí misma, independientemente de todo sustento de ese tipo. Es más, si se llegara a demostrar que para cumplir esa gesta fue necesario enarbolar el modelo biopsicosocial y toda la otra serie de términos vacíos de que hace gala la psiquiatría comunitaria actual, entonces ahora podríamos aparcarnos sin aspereza, incluso con veneración y gratitud. No es la primera vez ni será la última que a partir de uno o de muchos errores teóricos se realicen actos liberadores, como que de una correcta práctica científica brote la opresión.

LA EQUIVOCIDAD DEL TÉRMINO "COMUNITARIO"

Los psiquiatras comunitarios de la primera generación, los padres fundadores, por así decirlo, nunca fueron muy explícitos de por qué llamaron como comunitaria a la psiquiatría que pregonaban, y ya en las formulaciones iniciales van mezclados, a veces de modo indistinguible, los diversos sentidos con que designaban a la comunidad. En realidad no eran ni grandes clínicos ni grandes teóricos, y a diferencia de los psiquiatras franceses y muchos alemanes, cuyas obras se leen incluso por el solo gusto que reporta su lectura, es difícil que alguien se embarque dos veces en un mismo texto comunitario. Son desordenados desde un punto de vista lógico, están llenos de saltos, de afirmaciones exageradas o carentes de pruebas, de descalificaciones gratuitas (a los fenomenólogos, por ejemplo, los llamaban entomólogos¹⁶), hacen curiosas afirmaciones políticas totalmente fuera de lugar y en ellos se respira un no sé qué de inquietud, desesperación y violencia cuya acritud desanima.

Ahora bien, hay al menos dos sentidos con que nos referimos a la comunidad. Uno es físico y el otro político. En algún momento ambos han estado presentes en la psiquiatría comunitaria, pero lamentablemente ha prevalecido el primero de ellos.

¹⁵ Foucault M. *La arqueología del saber*. México, Siglo XXI, 1995.

¹⁶ Comisión de Asistencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Modelo de Asistencia en Salud Mental*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. V- Nº 15. 1985

EL SENTIDO FÍSICO DE LA COMUNIDAD

Por lo pronto, los seguidores actuales ya no saben qué se menciona con el término comunitario, y a partir de las afirmaciones del texto de Hormazábal y Riquelme¹⁷ se puede inferir que no alude, remite ni refiere a nada. En un texto comunitario clásico¹⁸ se citan y discuten al menos cinco definiciones distintas y no coincidentes de lo que es la comunidad, y los autores, a su vez, ofrecen una sexta. Una séptima, la más extraña de todas, la hemos encontrado en un manual de trabajo para equipos comunitarios¹⁹. La verdad es que sobre este punto esencial no hay claridad ni unanimidad, casi se diría que cada psiquiatra comunitario tiene su propia definición de comunidad, y que todo lo que los teóricos comunitarios han dicho al respecto es incierto e irrelevante.

Esta deficiencia de la psiquiatría comunitaria ha sido poco notada, aunque tiene consecuencias muy importantes. Pero esto no ha impedido que siguiera existiendo, porque más allá de las definiciones hay y ha habido desde siempre una precomprensión operante de lo que es la comunidad, que se transparente en el programa actual de la psiquiatría comunitaria. De acuerdo con él, la psiquiatría tiene que estar próxima a la comunidad en un craso sentido físico. Para el efecto, los equipos de psiquiatría comunitaria deben funcionar lo más cerca posible de la comunidad, y se estima que se está más cerca de la comunidad en los centros de atención primaria que en los hospitales, por ejemplo, de modo que la psiquiatría debe trasladarse a esos centros. Los enfermos deben vivir muy próximos a la comunidad. Los equipos deben intervenir en la vida escolar, en el meollo de la comunidad, para prevenir la enfermedad mental. También deben participar de los *media*, corrigiendo las informaciones distorsionadas que propalan sobre salud y enfermedad mental, etc.

Por otra parte, dada su cercanía con la comunidad, estos equipos son capaces de conocer, recoger y aplicar las experiencias e iniciativas populares y de los pueblos originarios en la promoción de la salud mental y en el tratamiento de la enfermedad mental. En fin, deben involucrarse en las actividades de la comunidad de un

modo muy íntimo y constante, entendiendo implícitamente que han de estar físicamente muy cerca de ella.

¿Pero qué es y dónde está esa comunidad a la que tengo que acercarme? Sobre eso no hay respuestas explícitas, como dijimos más atrás. Lógicamente, es tan comunitario, pertenece a la comunidad y satisface tan bien las necesidades de la población, tanto un hospital como un centro de atención primaria. Los más esotéricos y exclusivos centros de investigación científica, incluso aquellos que estudian algo aparentemente tan inútil como los límites del universo o el comportamiento de los asteroides y cometas, responden a profundas necesidades y aspiraciones de la comunidad, y se sabe que del estudio de estos últimos pende la posibilidad de eludir un impacto estelar que acabaría con la vida en la tierra, incluida la psiquiatría comunitaria. Cuando, como con la psiquiatría comunitaria, tratamos de acercarnos físicamente a la comunidad, notamos que es como un círculo cuyos puntos están todos a la misma distancia del centro. En cualquier punto del círculo estamos físicamente tan lejos o tan cerca del centro como en cualquier otro. Y decir que sólo aquí estoy más cerca, o que estoy mucho más cerca que allá, es puro gusto y arbitrariedad.

COMUNIDAD Y COMUNICACIÓN

El término comunidad tiene la misma raíz que el término comunicación, de modo que allí donde los hombres se comunican están en comunidad. Pero el programa comunitario actual supone, de un modo irreflexivo y no discutido, que la comunidad y la comunicación entre los hombres dependen de su proximidad física, lo cual puede ser fácilmente refutado.

Un fenomenólogo, por ejemplo, pertenece a una comunidad de conocimiento y diálogo filosófico determinado, y probablemente se halla más comunicado con un tal Husserl, que murió hace 80 años, que con el vecino de la puerta del lado. Un católico convencido puede estar más comunicado con el Papa, al que no conoce físicamente, que con su colega de trabajo que ve todos los días.

Un paciente con cáncer está más comunicado con el Hospital Anderson, de Texas, que con el Centro de Salud que lo atiende y que queda a una cuadra de su casa, y dejaría con gusto su "comunidad" para marcharse a recibir tratamiento allí. En los temas de salud los hombres están más comunicados con las prácticas excelentes que con lo que les queda cerca. Pero la excelencia es rara. Por eso, está más cerca de la comunidad un servicio de psiquiatría con profesionales exigentes, estudiosos y motivados, aunque quede a ochenta kilómetros

¹⁷ Hormazábal y Riquelme, *art. cit.*

¹⁸ Thornicroft G; Tansella M. *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios*. Madrid, Triacastela, 2005

¹⁹ Vera C. *Manual de trabajo para equipos de psiquiatría ambulatoria en el modelo comunitario de salud mental*. Doc. PDF. 2009.

de la casa del usuario. En la mentalidad “popular”, que nosotros compartimos plenamente, la atención de salud en un centro comunitario es de inferior calidad de la que se recibe en un hospital, y sólo están dispuestos a ponerse en sus manos ya sea porque se trata de cosas que ellos mismos consideran sencillas o porque no les queda otra posibilidad.

El concepto físico de comunidad, que ostenta la psiquiatría comunitaria actual, adolece además de una grave tendencia al infinito. Para, según la entiende, estar cerca de la comunidad tiene que extenderse sin medida. Su demanda de recursos es incontrolada y carente de toda eficiencia. Sin embargo, por mucho que se aproximen a unos se alejan de otros, porque físicamente la comunidad también puede ser representada como un círculo infinito cuyo centro está en todas partes.

Nadie puede alcanzar una extensión infinita, pero obligarse uno mismo, en nombre de la proximidad con la comunidad, a participar en actividades para las que los profesionales de la salud mental no tienen ninguna experticia es exponerse al ridículo, y en el fondo al alejamiento progresivo y el desprecio de la comunidad. No vemos por qué ni cómo un equipo comunitario puede intervenir en un colegio para promover prácticas de salud mental. Para eso, por lo menos, debieran saber de pedagogía, pero nada hace suponer que la conozcan. Lo que digan en ese contexto serán generalidades o arbitrariedades, que rápidamente se ganarán el descrédito ante los oyentes. Tampoco los equipos comunitarios tienen experticia en temas de comunicación y tratamiento de medios. Sus eventuales intervenciones en este ámbito, para corregir “informaciones distorsionadas”, corre de nuevo el grave riesgo de pretender limitar la libertad de información ganándose la descalificación general y la deshonra más merecida. Y así con toda la interminable lista de tareas que tienen que acometer los equipos de psiquiatría comunitaria, según se catalogan en el manual de trabajo de los equipos comunitarios²⁰.

En cambio, los educadores y los periodistas han recurrido efectivamente a los psicólogos y psiquiatras del pasado, han encontrado allí teorías útiles que les sirven en su actividad, pero porque gracias a su trabajo esos profesionales tenían méritos y prestigio en virtud de los cuales trascendieron de su propio campo de investigación. Estaban más cerca de la comunidad aunque no salieran jamás de sus oficinas, y nunca se les ocurrió andar metidos en los colegios o en la redacción de los periódicos. Cuando se hace bien lo que se hace, cuando se trabaja con la aspiración de la excelencia, siempre se

está más cerca de la comunidad que cuando uno anda metiéndose físicamente entre los otros sin que lo hayan llamado, o importunando a medio mundo con recetas prácticas improvisadas.

Por último, por muy cerca de la comunidad que hayan estado los equipos comunitarios, según su propio concepto de proximidad, durante tantos años además, todavía no han rescatado ningún saber popular ni de los pueblos originarios relativo a la psiquiatría. Es que esa expectativa es tan absurda como pretender que porque uno vive muy cerca de Einstein, por ejemplo en la casa del lado, que lo saluda cada vez que sale al jardín, que le pregunta como están él y su familia y cómo anda de salud, entonces entiende mejor sus teorías cosmológicas que si vive dos cuadras más allá y no lo ve casi nunca.

EL SENTIDO ÉTICO-POLÍTICO DE LA COMUNIDAD

El sentido más eminente de lo que la comunidad significa, como en todo lo que es propiamente humano, pertenece al ámbito de los símbolos y las producciones del espíritu. Es evidente que no son necesariamente miembros de una misma comunidad los que viven físicamente próximos sino los que están bajo una misma ley. Los ariqueños no pertenecen a la comunidad peruana por vivir físicamente más cerca de ellos que del resto de los chilenos, ni por las mismas razones los de Tacna son más chilenos que peruanos. Lo que distingue la comunidad de los chilenos y peruanos no es el idioma, la raza, el clima, la geografía, etc., sino el que vivan bajo leyes distintas.

Entre ley, comunicación y comunidad no puede establecerse una división tajante desde un punto de vista conceptual, sino, más bien, un encadenamiento hermenéutico, porque tanto la ley supone la comunicación, y con ella la comunidad, como la comunicación y la comunidad la ley. Para que los hombres se comuniquen han de hablar la misma lengua, pero eso ocurre porque pertenecen a la misma entidad política. Los franceses hablan francés hasta el último pueblo fronterizo, en el del otro lado ya se habla alemán o castellano. A fin de cuentas, cualquiera podría hablar cualquier idioma, y si hablamos éste en vez de este otro es por el mero accidente de haber nacido aquí y no allá. De modo que las producciones poéticas, íntimas y líricas, de algún modo son posibilitadas por la ley, que hace que este poeta pertenezca a esta comunidad política, que por eso hable en esta lengua y que en virtud de ella pueda comunicarse.

Un esclavo vive físicamente muy próximo a su amo, sin embargo entre ellos no hay verdadera comunidad ni comunicación verdadera, porque no rige para ambos la

²⁰ Vera Cecilia. *Trabajo cit.*

misma ley. Incluso aunque se trate de un amo benévolo y bienintencionado, que no conciba ni se propase jamás en su trato humano con el otro, entre ellos sigue habiendo una diferencia abismal y una incomunicación esencial, que nada puede salvar sino la abrogación de la ley que los separa. Durante largos periodos de la historia humana se creyó que era la lengua, la cercanía física, los antepasados comunes, la sangre, el suelo, etc., la fuente de la comunidad y la comunicación. Pero desde los filósofos estoicos se estima que todas esas diferencias son accidentales, que los hombre en realidad son esencialmente iguales y que no hay motivos para que no vivan bajo una misma ley, es decir, potencial y libremente comunicados todos con todos. Los estoicos fueron consecuentes con sus posturas, y en el plano meramente político abogaron incansablemente por la concesión de la ciudadanía romana a todos los colonos del imperio, hasta que finalmente lo lograron.

Los psiquiatras comunitarios originales lo que pretendían era un poco lo mismo que los estoicos: que en los manicomios y entre los enfermos mentales rigiera la ley común, que todos cayéramos bajo la misma ley. Al estar los enfermos mentales sujetos a leyes especiales estaban fuera de la comunidad. Esto es suficiente, y no hay para qué suponer, como hacen algunos truculenta e innecesariamente, que las condiciones de vida fueran siempre malas. Aquello era lo esencial, no esto, aunque también tenga su propia importancia.

Ahora bien, de nuestra interpretación anterior se deducen varias cuestiones. En primer lugar, que los psiquiatras comunitarios de la primera generación se llamaron comunitarios a sí mismos (asunto que como dijimos los actuales psiquiatras comunitarios ya no entienden), no porque pretendieran acercarse o alejar físicamente a los pacientes mentales, sino porque en su autognosis entendían, correctamente, que al imponer una ley común acercaban a los enfermos a la comunidad y la comunicación, del mismo modo que aproximaban a la comunidad con los enfermos mentales, pero no físicamente sino en el ámbito del espíritu y de los símbolos. (Para acercarse a los chilenos, para romper las barreras que los separan y establecer la igualdad, un psiquiatra comunitario actual seguramente propondrá que todos se vengán a vivir a Santiago, o a Iquique, que para el caso es lo mismo.) Eso era todo, aunque también era bastante. En segundo lugar, su empresa tenía un carácter exclusivamente ético-político y no requería de ningún fundamento científico, como tampoco necesita ningún fundamento científico el derecho a voto de las mujeres. En tercer lugar, el destino de la empresa comunitaria quedaba acotado y cesaba el día que se lograra su objetivo.

LA CONSECUENCIA INDESEADA

La tercera consecuencia mencionada en el punto anterior era claramente indeseada por sus ejecutores. Los psiquiatras comunitarios, en tanto desarrollaban una lucha política noble, entraron en contacto con las fuentes del poder, con legisladores, jueces, etc. Adquirieron relevancia, visibilidad, contactos, y eran oídos en todos los foros. Coincidían, en aquella época de los sesenta y setenta del siglo pasado, con una fuerte corriente filosófica y social de carácter libertario, y tenían en ese ambiente un lugar destacado.

Sin embargo, a diferencia de otros psiquiatras, sus escritos eran realmente elementales, soporíferos, monótonos, reiterativos, incapaces de encantar a nadie. No tenían ideas brillantes ni sugerentes relativas a la psiquiatría, aunque fueran falsas, y en ese sentido estaban inconmensurablemente lejos de los psicoanalistas, de los psiquiatras antropológicos, de la existencia, etc. Sin embargo, si el objetivo original de los psiquiatras comunitarios era la devolución de los Derechos fundamentales a los pacientes, asunto que el resto de la psiquiatría no se tomó con la seriedad requerida, la verdad es que importaba bien poco la calidad de su producción científico-literaria. Cuando es la libertad la que está en juego no podemos exigir que además sus defensores sostengan discursos bellos y sabios. Siendo libres quizá podemos llegar a ser sabios, no obstante, una sabiduría sin libertad, ¿no es un contrasentido?

Pero era previsible que una vez concluida su empresa, que al fin de cuentas se desarrollaba en los países de Occidente de modo que no suponía mayores peligros y en cambio tenía grandes visos de coronar con éxito, los psiquiatras comunitarios tornarían a caer en el anonimato del que habían salido persiguiendo un ideal noble. Fue entonces que en su cabeza comenzó a cobrar relevancia y exclusividad la idea de la comunidad como un espacio, como un lugar al que yo puedo acercarme o del que me puedo alejar, como de ese supermercado que está en la otra esquina, y con ello apareció la interminable guerra contra el manicomio como lugar físico y los arbitrarios programas teóricos y prácticos comunitarios, que dotan de un ilusorio “fundamento científico” a la psiquiatría comunitaria, y que se remiten a la aproximación física de la psiquiatría a la comunidad con todos los inconvenientes que discutimos más atrás.

La comunidad es una relación del espíritu y la libertad una aspiración del espíritu. Es cierto que ambos deben ser encarnados aquí y ahora, de un modo muy concreto, pero por otra parte pertenecen a todos los seres humanos en todos los tiempos, de modo que hay en

ellos un algo de eternidad. En última instancia, la psiquiatría comunitaria degradó esos dos ideales eternos del espíritu en una serie de manías físico-materiales, pero no como estrategia destinada a la sobrevivencia de los pacientes sino de los psiquiatras comunitarios.

EL CONTEXTO ACTUAL

Lo cierto es que ahora el enfermo mental es un ciudadano con Derechos civiles, pero no por eso deja de ser enfermo mental. En la época heroica algunos antipsiquiatras y comunitarios postularon que toda la realidad de la locura se debía a los manicomios, y que cerrados éstos se acabaría también con aquélla, nada de lo cual ha confirmado la historia. La locura es una realidad de los seres humanos cuyo origen desconocemos, y que no siempre podemos resolver, aunque nada de eso nos autorice a tratar a los pacientes como si no fueran seres humanos iguales a cualquier otro. De lo que no cabe duda es que la enfermedad mental no es un problema ético, (aunque suscite problemas éticos como cualquier otra realidad), ni se resuelve tampoco con respuestas éticas, (aunque cualquiera sea la respuesta implementada debe ser éticamente correcta).

Aunque desde un punto de vista ideal los seres humanos somos todos iguales, empíricamente no es así. Hay niños y viejos, ricos y pobres, sanos y enfermos, maestros y discípulos, trabajadores manuales e intelectuales, delincuentes y laboriosos, etc. Un padre o una madre no violan ningún Derecho fundamental de su hijo pequeño si le impiden, con inusitada energía y decisión, su libre y pugnaz voluntad de meter los dedos en el enchufe. Jaspers²¹, sin duda el mayor de los filósofos en el tema de la comunicación humana, y por ende sobre la comunidad humana, ha desarrollado una extensa y detallada nómina de las posibilidades de comunicación con los otros generadas a partir de la existencia empírica de cada hablante. Por otra parte, desde Aristóteles²², sabemos que para conservar la igualdad y la justicia debemos darle a cada uno un trato desigual. Aristóteles construyó una serie de operaciones proporcionales destinadas a garantizar que el trato fuera siempre igual, pero con una igualdad proporcional, no numérica.

El término comunitario estaba plenamente justificado en otras épocas de la psiquiatría, porque lo que se hacía era sacar a los enfermos del ostracismo y volverlos a la comunidad, es decir, a considerarlos ciudadanos

iguales y con todos los Derechos. Pero basada en presupuestos éticos la psiquiatría comunitaria posterior se ha dedicado a cerrar los hospitales psiquiátricos, por ejemplo, bajando notablemente el número de camas disponibles. Secundariamente, se han abierto camas llamadas de agudos, donde por motivos éticos se supone que la estancia máxima no debe pasar de 15 días. Más allá de eso se favorecería el estigma.

Sin embargo, las razones por las que se cierran camas en los hospitales psiquiátricos o se limita a 15 días la estancia en las unidades de agudos no pueden ser primariamente éticas sino técnico-administrativas. La primera pregunta es: ¿cómo se trata mejor a este individuo y a su patología, de acuerdo con los recursos disponibles, en el supuesto de que siempre mantenga sus derechos civiles? ¿De qué modo se contribuye mejor a su restablecimiento o curación? Una estancia corta en cirugía, por ejemplo, un levantamiento precoz del recién operado, aunque le duela, no se basa en una apelación a los Derechos Humanos sino en consideraciones técnico-científicas. La ética no tiene nada que hacer aquí, e invocarla está totalmente fuera de lugar.

Pero la realidad es porfiada. La ausencia de camas de mediana y larga estadía, aparentemente por razones éticas, ha creado lo que se llama la puerta giratoria en las unidades de agudos, pacientes que son dados de alta apresuradamente y que tienen que volver a ingresar una y otra vez trastornando severamente la vida familiar. Pero a pesar de todo, la imposibilidad, en muchos casos, de mantener al paciente con su familia y en su medio ha dado origen a los Hogares Protegidos, que son pequeños asilos, más personalizados que los antiguos, diseminados por la ciudad.

Pareciera como si la ética de la psiquiatría comunitaria le impidiera ver la realidad de la enfermedad mental y de sus consecuencias, y del a veces inevitable destino que aguarda a tantos pacientes. Por eso, en vez de iluminar, aclarar y mejorar la realidad, impide tomar decisiones realistas, y es incapaz de frenar las ocurrencias prácticas, no probadas y no contrastadas, con que se pretende atenuar los a veces desastrosos efectos de sus políticas. Es frente a la realidad, y en relación con su capacidad técnica para resolver realmente los problemas que se le plantean cómo el psiquiatra tiene que reflexionar éticamente, pero no al revés, no se pueden deducir procedimientos técnicos de mandatos éticos.

LA ÉTICA COMO TIRANÍA PERSONAL

Sin embargo, esta inundación ética comunitaria ¿se basa realmente en los Derechos Humanos? Desde luego que no. Sólo traduce la perspectiva ética personal de

²¹ Jaspers K. *Filosofía (T. II)*. Madrid, Revista de Occidente, 1958.

²² Aristóteles. *Op.cit.*

los psiquiatras comunitarios, que no le han preguntado a nadie si las cosas deben hacerse como ellos dicen que deben, que no aceptan restricciones en sus posturas, que no atienden las demandas que les hacen los familiares o los mismos pacientes, ni por supuesto sus colegas, y han dispuesto los servicios acorde con sus propios valores, descalificando a todo el que matice o no coincida con ellos.

Pero los Derechos Humanos suponen la pluralidad ética. No consisten en que un iluminado venga a decirnos en qué consisten sino en la posibilidad de dialogar, de poner sobre la mesa todas las perspectivas, de escuchar todas las razones, porque todos tienen Derechos. Cada uno tiene la libertad de vivir según lo que crea, según sus propios valores, que no tienen por qué ser los del vecino, y en tanto no atente contra los Derechos ajenos. Nadie le concedió al psiquiatra comunitario la potestad de recusar como una falta a la ética la petición de un familiar, o de un paciente, que ya no puede seguir viviendo en las condiciones que está y que solicita alguna forma de asilo a causa de la enfermedad mental.

La ética comunitaria, por lo demás, no es pública, mejor dicho, no es universal, se remite y surte efectos en quienes tienen pocos recursos económicos y dependen de los servicios públicos para su atención.

Es allí donde el psiquiatra comunitario impone su ley incontestablemente. En otros ambientes se soslaya totalmente las propuestas éticas, técnicas y científicas comunitarias, pero no por ello se obra contra los Derechos Humanos. Es más, tan poco universal es la ética comunitaria que muchos psiquiatras son comunitarios por la mañana pero por la tarde regentan clínicas clásicas donde residen pacientes de por vida, o trabajan solos en sus consultas, sin ese equipo multiprofesional que en las mañanas se reputa de indispensable e insoslayable.

COMENTARIOS FINALES

La actual doctrina comunitaria de los Derechos Humanos es tan poco rigurosa, tan decepcionante y con tan poca sustancia como su modelo biopsicosocial o el de la praxis. Una misma línea de esterilidad y arbitrariedad la recorre en todas y cada una de sus expresiones. La falta de densidad teórica que hemos visto en otros terrenos se comprueba también en este. Los Derechos Humanos, en la psiquiatría comunitaria, tristemente no pasan de ser un slogan, y a nuestro entender, respecto de ellos no se ha reflexionado con la altura y seriedad que exige el tema.

ENSAYO

EL CONCEPTO DE DESORDEN MENTAL: UNA PROPUESTA^{1, 2}

(Rev GPU 2010; 6; 2: 153-165)

Alfredo Gaete³

Durante los últimos años se ha producido una discusión importante en torno al concepto de desorden mental. Varias explicaciones de dicho concepto han sido aventuradas, pero ninguna de ellas parece haber respondido con éxito tanto a la pregunta qué significa que una cierta condición mental sea un desorden como a la pregunta qué significa que un cierto desorden sea mental. En este artículo propongo una explicación de la noción de desorden mental que, si estoy en lo correcto, proporciona respuestas satisfactorias a ambas preguntas. Además, esta explicación (a diferencia de otras explicaciones presentadas en la literatura sobre el tema) satisface los requerimientos para el logro de un objetivo fundamental que subyace al proyecto de dilucidar el concepto de desorden mental, a saber, posibilitar la existencia de un diálogo entre profesionales de la salud mental que tienen orientaciones teóricas distintas. Para cumplir con este objetivo, la explicación que aquí se ofrece no está basada en ningún marco teórico particular, sino en conceptos (tanto ordinarios como técnicos) que no están cargados de teoría. En la última parte del artículo, argumento que se sigue de la mayoría de las visiones sobre el concepto de desorden mental que las disciplinas que se ocupan de explicar *algunos* desórdenes mentales no son ramas de la medicina; y que el tratamiento de *algunos* desórdenes mentales no es una cuestión de intervención médica.

¹ Gaete Alfredo. The Concept of Mental Disorder: A Proposal. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 15:4 (2008), 327-339. © 2009 The Johns Hopkins University Press. Reprinted with permission of The Johns Hopkins University Press.

² Traducción desde el inglés al castellano a cargo de André Sassenfeld.

³ Psicólogo Pontificia Universidad Católica de Chile, Doctor en Filosofía, The University of Manchester.

Se ha dicho mucho sobre el concepto de desorden mental en los últimos años. En particular, dada la amplísima variedad de condiciones que los profesionales de la salud mental clasifican como desórdenes mentales⁴, se han llevado a cabo diversos intentos por proporcionar respuestas satisfactorias al menos a las dos siguientes interrogantes generales:

- (1) ¿Qué significa que todas estas condiciones sean desórdenes?
- (2) ¿Qué significa que todas estas condiciones sean mentales?

La pregunta (2) ha sido, a su vez, dividida en dos sub-preguntas:

- (2.1) ¿Qué significa “mental”?
- (2.2) ¿Qué tiene de mental el desorden mental?

Hasta ahora, ninguna explicación de la noción de desorden mental entre las que pueden encontrarse en la literatura parece proveer de respuestas satisfactorias a ninguna de estas dos preguntas (y, por cierto, no a ambas). Además, la mayoría de los trabajos han estado casi exclusivamente focalizados en la pregunta 1, como si la discusión en torno a las cuestiones que arroja la pregunta 2 fueran más bien subsidiarias (ver Brülde & Radovic, 2006a). Parte del propósito de este artículo es ofrecer una explicación del concepto de desorden mental que, desde mi punto de vista, proporciona respuestas satisfactorias tanto a la pregunta 1 como a la 2. Argumentaré que una ventaja importantísima de mi propuesta es que, a diferencia de otras, cumple con los requerimientos para el logro de un objetivo fundamental que subyace a todo el proyecto de elucidar el concepto de desorden mental. Otro objetivo de este artículo es brindar apoyo a la afirmación de que los desórdenes mentales no son necesariamente enfermedades, y establecer algunas conclusiones que tocan tanto la explicación como el tratamiento de *algunos* desórdenes mentales.

⁴ Por ejemplo, trastornos del ánimo, disfunciones de la memoria, trastornos obsesivo-compulsivos, retraso mental, trastorno de déficit atencional con hiperactividad, dependencia del alcohol, disfunción eréctil, cleptomanía, anorexia nerviosa, trastornos del sueño, exhibicionismo, autismo, piromanía, esquizofrenia, trastornos del aprendizaje, fobias, trastornos de la personalidad, ludopatía, demencias, etc.

Debido a que este trabajo trata en lo principal del *concepto* de desorden mental, comienzo haciendo referencia y aplicando al asunto algunas distinciones importantes acerca de los conceptos en general.

CONCEPTOS CARGADOS DE TEORÍA Y EL CONCEPTO DE DESORDEN MENTAL

Cualquier hablante competente de cualquier idioma (castellano, inglés, chino, etc.) posee la mayoría de los conceptos normalmente utilizados en las interacciones sociales cotidianas (no técnicas), así como un repertorio de términos ordinarios para expresarlos. La mayor parte de tales conceptos y términos se adquiere simplemente al estar involucrado en tales interacciones cotidianas. En particular, no se necesita aprender ninguna teoría especial para adquirirlos. Pero con *algunos* conceptos científicos la situación es diferente. Por ejemplo, no existe ninguna posibilidad de adquirir el concepto de neutrino sin aprender algo de física; y para que una persona comprenda el concepto de contratransferencia tiene que aprender un poco (o quizás mucho) de psicoanálisis. Los conceptos de este tipo están, a diferencia de los conceptos ordinarios, cargados de teoría⁵. Nacen como parte de ciertas teorías y, por lo tanto, para comprenderlos tenemos que aprender tales teorías, al menos en alguna medida. Más aún, para usar estos conceptos –esto es, para desempeñar la tarea teórica para la cual han sido creados– uno tiene que *aceptar* las teorías en cuestión. Por ejemplo, para que un químico emplee el concepto de flogisto (que está cargado de teoría), diciendo, pongamos por caso, que ha medido la cantidad de flogisto involucrado en una cierta combustión, tiene que aceptar la teoría que le da existencia al flogisto (que es la razón por la cual ningún químico contemporáneo utiliza tal concepto). De igual modo, para que un psicólogo emplee el concepto de contratransferencia, por ejemplo aseverando que la contratransferencia puede ser una herramienta terapéutica importante, tiene que aceptar la teoría de acuerdo a la cual la contratransferencia existe (que es la razón por la cual Skinner nunca utilizó tal concepto). Naturalmente, uno no necesita aceptar la teoría del flogisto para pronunciar frases como (i) “La teoría del flogisto fue formulada durante el siglo diecisiete” o (ii) “El flogisto no existe”. Pero al pronunciar frases como éstas uno no está utilizando el concepto de flogisto con la finalidad

⁵ Ver Quine [1992] respecto de la noción de lo cargado de teoría –aunque él habla de *términos* cargados de teoría más que de *conceptos*.

de llevar a cabo la tarea teórica para la cual fue creado. (De hecho, al pronunciar [ii] el concepto está siendo empleado para rechazar la necesidad de dicha tarea.)

No todos los términos técnicos usados por los científicos están, por supuesto, cargados de teoría. Los conceptos de *sintaxis*, *ceteris paribus* y *mitocondria* son todos conceptos científicos técnicos cuyo uso no involucra necesariamente ningún compromiso con ninguna teoría particular. Además, algunos términos pueden ocuparse para expresar tanto conceptos científicos como conceptos ordinarios. Por ejemplo, es muy probable que el término “enana blanca” exprese un cierto concepto cuando aparece en una revista de astronomía y otro muy distinto cuando se lo emplea para caracterizar una persona como caucásica pequeña⁶. De manera similar, es altamente probable que el término “energía” exprese conceptos diferentes en “Me siento lleno de energía” y “La energía total de un sistema siempre permanece constante”. Por otro lado, muchos conceptos ordinarios son usados en ciencia y, al menos algunos de ellos, pueden ser expresados por *términos* tanto técnicos como ordinarios. Así, un biólogo podría utilizar normalmente el término ordinario “perro” tanto como el término técnico “*canis familiaris*” para expresar el concepto (ordinario) de perro.

Apliquemos ahora estas distinciones al concepto de desorden mental. Está claro que “desorden mental” es un término técnico, porque la gente no lo usa normalmente en interacciones sociales cotidianas no técnicas. Es un término acuñado por científicos con la finalidad de servir a una cierta función en ciencia. La pregunta es, pues, si los especialistas lo usan para expresar un concepto ordinario o uno técnico; y, si lo segundo es el caso, si se trata o no de un concepto cargado de teoría. Pero éstas son preguntas bastante difíciles, dado que los especialistas tienden a estar en desacuerdo acerca del significado que el término técnico “desorden mental” debiera expresar –que es, dicho sea de paso, la razón por la cual existe la presente discusión. En particular, no existe un acuerdo general sobre si el término debiera o no expresar un concepto cargado de teoría. Por un lado, muchos profesionales de la salud mental (tal vez la mayoría, pero de eso no estoy seguro) piensan que el concepto de desorden mental no debiera estar cargado de teoría. Por ejemplo, tal como ha hecho notar Wakefield (1992a), siguiendo el proyecto que subyace al DSM-III-R:

“todas las teorías del desorden mental presuponen un concepto pre-teórico común de desorden mental tal como se expresa en la definición teóricamente neutral del DSM-III-R. Dicho concepto especifica el dominio de condiciones que tales teorías tienen que explicar si se pretende que sean teorías específicamente del desorden mental, proporcionando así el pegamento que mantiene unido el campo de la salud mental. Debido a que el concepto es neutral en cuanto a teoría, puede actuar como base para la creación de un manual a-teórico. Para lograr esto, el conjunto de criterios para cada categoría de desorden listado en el DSM-III-R tiene que poseer validez como indicador de desorden cuando es juzgado por el concepto pre-teórico por sí solo, con independencia de cualquier supuesto teórico adicional” (p. 232).

Por otro lado, se encuentran aquellos que piensan que el concepto en cuestión tiene que estar cargado de teoría, como parece ser, por ejemplo, la perspectiva del propio Wakefield (1992a):

“la investigación psicológica de los mecanismos mentales normales guiada por la teoría es crítica para una comprensión de la patología. Sin importar cuán útil pueda ser un manual a-teórico por ahora, la distinción entre desorden y no desorden depende en última instancia de inferencias teóricas empíricamente confirmadas sobre el funcionamiento normal de mecanismos internos” (p. 245).

En lo que sigue tomaré partido por la primera perspectiva, esto es, el punto de vista de que el concepto de desorden mental no debiera ser un concepto cargado de teoría. Pienso que es un concepto técnico y científico, es decir, un concepto usado sólo en contextos técnicos al interior de la ciencia; pero también pienso que, a diferencia del concepto de *contratransferencia*, y más como el concepto de *sintaxis*, su uso no requiere la aceptación de ninguna teoría particular. En caso de que el hecho de que muchos (quizá la mayoría) de los profesionales de la salud mental estén felices de entender el concepto en cuestión de esta forma no sea suficiente para justificar esta opción, permítaseme ofrecer otra buena razón para ello (que es plausiblemente la razón por la cual muchos o la mayoría de los profesionales adoptan esta postura). Una de las características de los conceptos cargados de teoría es que, como hemos señalado, para hacer uso de ellos resulta necesario aceptar la teoría de la cual provienen. Así, un concepto de desorden mental cargado de teoría proveniente,

⁶ El ejemplo fue tomado de Bach 1987.

por ejemplo, del psicoanálisis dejaría sin la posibilidad de emplearlo a cualquier profesional de la salud mental que no aceptara tal teoría. Tal como ocurre con el concepto psicoanalítico de contratransferencia, el uso del concepto de desorden mental sería el privilegio de aquellos que aceptan (al menos en parte) el enfoque psicoanalítico. O, si se quiere, cada teoría particular tendría su propio concepto de desorden mental, esto es, el término “desorden mental” expresaría diferentes conceptos dentro de diferentes teorías. Esto, por supuesto, podría perfectamente bien ser el caso, aunque la existencia de un diálogo entre profesionales con distintas orientaciones teóricas se haría imposible. La razón es que el diálogo es posible sólo cuando existe un lenguaje común; y para que exista un lenguaje común entre profesionales con distintas orientaciones teóricas, tal lenguaje no puede apoyarse en la aceptación de ninguna de las teorías particulares que éstos favorecen. Por otra parte, la existencia de este diálogo se requiere para que los especialistas evalúen y, cuando sea apropiado, combinen diferentes teorías explicativas de cualquier desorden mental particular y también para que evalúen y combinen diferentes tratamientos orientados teóricamente. De modo que si cosas como éstas son deseables –y aquí asumiré que lo son– un concepto de desorden mental cargado de teoría es inservible.

En consecuencia, el concepto de desorden mental que propongo en este artículo no está cargado de teoría. Así entendido, tal concepto está disponible para ser utilizado por parte de cualquier profesional de la salud mental con independencia de sus preferencias teóricas, de tal modo que no constituye un obstáculo epistemológico para la existencia de un diálogo entre profesionales con distintas orientaciones teóricas.

Una última consideración preliminar. En un artículo reciente, Gipps (2006) afirma que, debido a que las expresiones “desorden mental”, “desorden físico” y “desorden social” son empleadas para hacer referencia a diferentes tipos de cosas, el término “desorden” tiene diferentes sentidos. Desde mi punto de vista, postular estos supuestos sentidos diferentes es precipitado. Tal como ha sugerido Kripke (1998), “en filosofía, postular ambigüedades cuando se está en problemas es la estrategia del hombre flojo” (p. 243). El hecho de que las expresiones “buena persona” y “buena acción” sean usadas para referirse a diferentes tipos de cosas, a saber, personas y acciones, respectivamente, no significa que “buena” se esté empleando en dos sentidos distintos. Análogamente, es perfectamente posible y plausible que lo mental, lo físico y lo social sean diferentes tipos de cosas sin que esto implique que el término “desorden” sea ambiguo. Por ejemplo, en “desorden mental”,

“desorden físico” y “desorden social”, el término “desorden” puede entenderse como significando una condición en la que las cosas no se encuentran como se espera (que, dicho sea de paso, es una de las definiciones dadas por el diccionario). Por supuesto, existen *formas* muy diferentes en las que algo puede no encontrarse tal como se espera, pero eso no significa que existan diferentes *sentidos* en los cuales uno puede decir que algo no se encuentra como se espera⁷.

No obstante lo anterior, sí creo que las tres expresiones “desorden mental”, “desorden físico” y “desorden social” pueden usarse para referirse a distintos tipos de condiciones. Pero esto no se debe a una supuesta ambigüedad del término “desorden”, sino más bien a que los adjetivos “mental”, “físico” y “social” son normalmente utilizados con la finalidad de caracterizar diferentes tipos de condiciones. Así, aun cuando “desorden físico” y “desorden mental” pueden usarse para hacer referencia a una cierta condición en una persona, “desorden social”, puede usarse para referirse a una cierta condición social; y aun cuando “desorden físico” (o “desorden somático”) puede utilizarse para hacer referencia a una cierta condición en el nivel de los estados y procesos corporales de una persona, “desorden mental” puede usarse para referirse a una cierta condición en el nivel de los estados y procesos mentales de una persona (sobre el significado de la expresión “mental”, ver más abajo). Una consecuencia de esto es que incluso si el concepto de desorden expresado por “desorden físico” es el mismo que aquel expresado por “desorden mental” (digamos, el concepto de una condición en la cual las cosas no se encuentran como se espera), el criterio o los criterios en virtud de los cuales establecemos si acaso existe un desorden pueden ser completamente distintos en cada caso (como se observó, hay diferentes formas en las que algo puede no encontrarse como se espera).

A la luz de estas consideraciones, mi discusión de los criterios del concepto de desorden se focaliza en los criterios de tal concepto *sólo* cuando se usa como constituyente del concepto de desorden mental. En otras palabras, mi propuesta se ocupa exclusivamente de los criterios en virtud de los cuales un desorden debería ser diagnosticado en la esfera de lo mental, con independencia de si tales criterios son apropiados o no para diagnosticar desórdenes físicos (o somáticos), desórdenes sociales o cualquier otro tipo de desorden. Con este importante punto en mente, abordemos ahora la pregunta 1.

⁷ Gipps parece estar un tanto enredado en lo que Matthews (1972) denominó “la confusión sentido-forma”.

EL CONCEPTO DE DESORDEN

En un artículo reciente sobre el concepto de desorden (mental), Ross (2005) observó que cualquier proyecto de diferenciación entre desorden y no-desorden requiere que se traten al menos dos cuestiones, a saber: (i) con qué objetivo se hace la diferenciación y (ii) qué criterio o criterios del concepto de desorden sirven mejor al cumplimiento de ese objetivo. También advirtió que la validez del criterio o criterios postulados depende del objetivo en cuestión. Así, si (i) el objetivo (o uno de los objetivos) es posibilitar un diálogo entre profesionales de la salud mental con diferentes orientaciones teóricas, entonces (ii) el criterio para que algo sea un desorden no puede ser un criterio que plantee el concepto de desorden mental como un concepto cargado de teoría. En esta sección ofrezco una explicación del concepto de desorden que no se apoya en el uso de ningún concepto cargado de teoría. Pero antes de eso argumento que a la luz del objetivo de posibilitar un diálogo entre profesionales con distintas preferencias teóricas, algunas conceptualizaciones de desorden que se han planteado —a saber, las de Wakefield (1992b), Megone (2000) y Nordenfelt (1995)— no ofrecen criterios válidos del concepto de desorden.

Desde la perspectiva de Wakefield (1992b), un desorden es una falla perjudicial de los mecanismos internos de una persona a la hora de llevar a cabo su función natural, donde lo que cuenta como función natural está definido de acuerdo a (la versión de Wakefield de) la teoría evolucionaria. El enfoque de Megone (2000) comparte la idea de Wakefield acerca de la falla de la función natural, pero ésta es conceptualizada en virtud de (la versión de Megone de) la teoría aristotélica de la función de los seres humanos. Por último, Nordenfelt (1995) sugiere que una persona tiene un desorden si no es capaz de cumplir sus metas vitales, donde las metas vitales de una persona están definidas por la teoría de Nordenfelt acerca de las metas vitales y la felicidad. (En realidad, ni Megone ni Nordenfelt utilizan el término “desorden”, sino más bien “enfermedad”. No obstante, asumo que emplean este último término para expresar el concepto de desorden —cualesquiera que sean en definitiva los criterios de dicho concepto.) De modo que las explicaciones que Wakefield, Megone y Nordenfelt ofrecen para el concepto de desorden involucran nociones cargadas de teoría —tales que para poder hacer uso del concepto en cuestión se requiere que uno acepte la versión de la teoría evolucionaria de Wakefield o la versión de la teoría aristotélica de Megone o la teoría de las metas vitales y la felicidad de Nordenfelt. Ninguna de estas explicaciones proporciona pues un retrato

válido del concepto de desorden a la luz del objetivo de posibilitar un diálogo entre profesionales de la salud mental con diferentes orientaciones teóricas.

Permítaseme entonces proponer una explicación del concepto de desorden que sí proporciona criterios en virtud de los cuales profesionales de la salud mental con distintas orientaciones teóricas pueden determinar, y encontrar acuerdo respecto de si una persona tiene o no un desorden. La propuesta es que una persona tiene un desorden (mental) si, y solo si,

- (a) tal persona carece (en cierto grado) de alguna capacidad o conjunto de capacidades (mentales) que se esperaría que poseyera dada su edad y su cultura; y
- (b) la falta de esa capacidad (o conjunto de capacidades) le causa algún tipo de perjuicio.

Para aclarar el significado preciso de “capacidad mental” tenemos que esperar hasta que abordemos la pregunta 2. Por el momento, espero que resulte relativamente innegable que los conceptos de capacidad (y falta de capacidad), expectativa, edad, cultura, causa y perjuicio son todos conceptos ordinarios, libres de teoría. No se requiere tener ninguna postura teórica especial para hacer y entender afirmaciones del tipo “no se espera que una persona de tal y tal edad y cultura carezca de tales y tales capacidades”, “tal y tal causa tal y tal” y “tal y tal es perjudicial para ella”. Ser hispanohablante basta y sobra. (Con “el concepto de cultura” evidentemente no me refiero a un concepto cargado de teoría creado por un cientista social, sino a la noción común que ocupamos cuando, en conversaciones cotidianas, hablamos por ejemplo de las “diferencias culturales” o las “prácticas culturales” de la gente.) Por otro lado, para determinar que se espera que una persona tenga tales y tales capacidades dadas tanto su edad como su cultura, ciertamente se puede recurrir a ciertas teorías (por ejemplo, ciertas teorías psicológicas y antropológicas); pero esto de ninguna manera significa que uno tiene que aprender aquellas teorías para adquirir los conceptos de expectativa y edad. (Asumo que decir que se esperaría de una persona que poseyera un cierto grado de capacidad dada su cultura equivale a decir que se esperaría que la mayoría de las personas de esa misma cultura poseyeran tal capacidad en tal grado. Por supuesto que a veces puede resultar difícil establecer esto —que es una de las razones por la cuales el diagnóstico de un desorden puede ser difícil de realizar.)

Respecto del criterio (b), lo he introducido debido a lo siguiente. Puesto que la lista de las capacidades mentales que comúnmente se espera que la gente tenga

es bastante larga, de muy pocas personas, si es que de alguna, puede afirmarse que posea todas esas capacidades. Así, a no ser que queramos decir que todos tienen un desorden, tiene que proponerse un criterio para discriminar entre faltas “normales” de capacidad y desórdenes. Mi propuesta es que para que la falta de una cierta capacidad sea un desorden tiene que resultar en efectos perjudiciales para esa persona –un criterio que, dicho sea de paso, se encuentra en línea con muchas de las intuiciones de los profesionales de la salud mental. Así, por ejemplo, muchos profesionales de la salud mental considerarían que un hombre que carece de la capacidad de controlar la eyaculación no tiene un desorden si la falta de tal capacidad no le causa ningún tipo de perjuicio, por ejemplo si resulta que el hombre en cuestión practica el celibato. Naturalmente, cómo decidir si una consecuencia particular es o no perjudicial es un asunto debatible –y ese debate trasciende discusiones meramente conceptuales, porque tiene que ver con adoptar una cierta postura ética (y, en ocasiones, también política). Tal postura, sea la que sea, en última instancia determinará la línea divisoria entre lo “normal” y lo “anormal”. Por ejemplo, mientras que en ciertos contextos culturales el suicidio es considerado como algo perjudicial, en otros puede ser considerado como (por ejemplo) un acto (beneficioso) de honor; de modo que una persona que carece de capacidades mentales que la habrían ayudado a no cometer suicidio tiene un desorden en algunos contextos culturales, pero no en otros.

Nótese que a pesar de que una persona que tiene una cierta postura ética puede describirse como teniendo una “teoría ética”, su concepto de perjuicio no depende de tal “teoría”. Esto puede mostrarse señalando el hecho de que dos personas que tienen el mismo concepto de perjuicio pueden perfectamente tener diferentes posturas éticas. Pueden estar en desacuerdo respecto de si algo es perjudicial, pero eso no quiere decir que entienden la afirmación “x es perjudicial” de dos modos distintos; más bien, no están de acuerdo respecto de si x satisface los criterios para ser perjudicial. Si tienen un desacuerdo genuino, esto es, si entienden lo que el otro está diciendo, no tienen un problema conceptual sino una diferencia de opinión. (Sin duda elucidar el concepto ordinario de perjuicio requeriría de un esfuerzo teórico importante; pero eso no equivale a decir que el concepto mismo está cargado de teoría. En cualquier caso, una elucidación del concepto ordinario de perjuicio se encuentra más allá del alcance de este artículo.)

Que cuenta como falta de capacidad también es relativo al contexto cultural. Por ejemplo, mientras que en algunas culturas una persona que tiene alucinaciones

sería considerada como alguien que carece de la capacidad de percibir el mundo de forma correcta, en otras culturas sería considerada como alguien que, por el contrario, tiene la capacidad de ver lo que las personas comunes no pueden ver. Por lo tanto, una persona que tiene alucinaciones es diagnosticada como alguien que tiene un desorden en algunos contextos culturales, pero no en otros. Espero que hoy en día este grado de relativismo cultural no resulte molesto para la mayoría de los teóricos y, en esta línea, asumo que no necesito presentar aquí ningún argumento a favor de la posibilidad de dicho relativismo ciencia o en general.

EL CONCEPTO DE LO MENTAL

Pasemos ahora a la pregunta 2; más específicamente, a la pregunta 2.1. Recientemente, Brülde y Radovic (2006a) han hecho notar la poca atención que esta pregunta ha recibido en las discusiones sobre el concepto de desorden mental. No obstante, la respuesta que ofrecen a ella está lejos de ser satisfactoria. Según ellos, existen tres características que los filósofos han considerado como “el sello de lo mental”; a saber: subjetividad, conciencia fenoménica e intencionalidad (en el sentido técnico de “intencionalidad” introducido por Brentano [1995], en el cual decir de un estado mental que es intencional significa decir que hace referencia a un contenido o que está dirigido hacia un objeto; así, por ejemplo, “en la presentación algo es presentado, en el juicio algo es afirmado o negado, en el amor, amado, en el odio, odiado, en el deseo, deseado y así sucesivamente” [p. 88]). Ahora bien, la subjetividad, al menos tal como Brülde y Radovic (2006a) la entienden –a saber, como la supuesta “privacidad” de los estados mentales en el sentido de que “uno tiene algún tipo de ‘acceso privilegiado’ a los contenidos de la propia mente” (p. 102)– de ninguna manera sería considerada una característica de lo mental (o, a fortiori, el sello de lo mental) por muchos filósofos de la mente (ver por ejemplo Ayer [1968], Kim [1998], Ryle [1984], Wittgenstein [1974] y Wright [1989]). Por otro lado, aun cuando la intencionalidad y la conciencia fenoménica están presentes en muchos ítem mentales, es bastante claro que están ausentes en otros. Por ejemplo, la capacidad de resolver problemas aritméticos o la capacidad de hacer chistes son ambas capacidades mentales a pesar de que no son ni estados intencionales ni episodios que tienen lugar en la corriente de conciencia de las personas.

¿Cómo, entonces, podemos dar cuenta del hecho de que entre lo mental es posible encontrar tal diversidad de cosas como deseos, capacidades, sueños, acciones, recuerdos, creencias, dolores, imaginaciones,

ánimos, intenciones, seres, percepciones, miedos, reflexiones, virtudes morales y sensaciones? Alguien podría pensar que esta enorme variedad al interior de lo mental se debe simplemente a que el término “mental” es ambiguo, esto es, que es utilizado para expresar diferentes conceptos (algo así parece ser el punto de vista de Rorty [1979]). Al menos está claro que, al usar tal palabra, las personas (tanto la gente en general como los filósofos en particular) no siempre quieren decir lo mismo. Por ejemplo, considérense las siguientes frases:

- (a) “Los dolores no son meramente disposiciones a llorar, quejarse y así sucesivamente; también tienen un aspecto mental”.
- (b) “Algunos procesos mentales son inconscientes”.
- (c) “La capacidad de hacer aritmética es una capacidad mental importante”.

La frase (a) podría ser pronunciada (por ejemplo) por un filósofo que llama la atención sobre la (supuesta) falla de algunas versiones del conductismo y del funcionalismo a la hora de dar cuenta del carácter “fenoménico” o “cualitativo” del dolor, caso en el cual estaría usando “mental” para significar “fenoménicamente consciente”. Sin embargo, alguien (tal vez el mismo filósofo) que pronuncia la frase (b) definitivamente no está usando “mental” de la misma manera; quizá lo que quiere decir en este caso es “intencional”. Por otro lado, alguien (tal vez de nuevo el mismo filósofo) que pronuncia la frase (c) puede estar usando “mental” simplemente para significar “inteligente” (sin querer decir “fenoménicamente consciente” ni “intencional”).

Por cierto que el hecho de que las personas hagan uso de la palabra “mental” para significar diferentes cosas no implica que tal palabra tiene distintos significados o expresa diferentes conceptos. Porque una cosa es lo que cierta expresión significa, esto es, lo que los filósofos del lenguaje llaman “significado lingüístico” o “significado literal”, y otra cosa bien distinta es lo que alguien que habla quiere significar al emplear una cierta expresión (véase, por ejemplo, Bach, 1987; Kripke, 1998; Recanati, 2004). En consecuencia, por ejemplo, alguien que pronuncia la frase “Mi abuela es una santa” puede estar utilizando la palabra “santa” para referirse a una persona amable y desinteresada, pero eso no implica que la palabra “santa” sea ambigua, esto es, que habría tenido un significado (literal) diferente si quien habla hubiese estado hablando de una santa en vez de hablar de su abuela (el ejemplo fue tomado de Bach [1987]). Por el contrario, se debe precisamente a que “santa” tiene el mismo significado (literal) en (por ejemplo) “Teresa de Jesús es una santa” y “Mi abuela

es una santa” que uno es capaz de entender que, al pronunciar la segunda frase, quien habla puede estar usando tal palabra para referirse a una persona amable y desinteresada.

Además, no todos los conceptos son de tal naturaleza que podemos proporcionar un análisis de éstos en términos de condiciones necesarias y suficientes. Por ejemplo, tal como advirtió Wittgenstein (1974), algunos conceptos no están determinados por un conjunto de condiciones necesarias y suficientes sino más bien por ciertas similitudes entre los ítem que engloban, de tal manera que tales similitudes, como aquellas entre los miembros de una familia, se superponen y cruzan. El concepto de juego es el ejemplo clásico. No hay nada que sea común a todas las cosas que se llaman “juegos” y sólo a ellas, pero aún así todas esas cosas se parecen en uno u otro aspecto; y es en virtud de tales similitudes que todas están englobadas en el mismo concepto. Esta concepción fue efectivamente utilizada por Feigl (1967) para ofrecer una conceptualización de lo mental. Según él, el concepto de lo mental debe ser entendido como un concepto de parecido de familia, de tal manera que no habría nada exclusivamente común a todos los ítem mentales, pero aun así todos ellos se parecerían unos a otros de una u otra forma –y sería en virtud de tales similitudes que caerían bajo el concepto de lo mental.

Entender el concepto en cuestión como un concepto de parecido de familia nos permite explicar la tremenda variedad de cosas que podemos encontrar al interior de lo mental (sin tener que postular ambigüedad). Por ejemplo, creencias, percepciones y virtudes morales se parecen en cuanto son (o, como es el último caso, consisten de) estados intencionales; percepciones, sensaciones, sentimientos e incluso algunos estados de ánimo se parecen en cuanto son (o al menos pueden ser) fenoménicamente conscientes; las virtudes morales y capacidades superiores se parecen en cuanto ambas son disposiciones inteligentes; y así sucesivamente. Otros usos de “mental” son más indirectos que éstos en el sentido de que derivan de los usos directos. Por ejemplo, si un cierto ser (p. ej., un ser humano) tiene estados o procesos mentales puede ser caracterizado como ser mental (o como ser que tiene una mente). De la misma forma, la capacidad de tener estados fenoménicamente conscientes no es en sí misma fenoménicamente consciente, pero puede clasificarse como mental de modo derivativo en virtud de que involucra estados fenoménicamente conscientes (a saber, estados que cualifican como mentales en el uso directo de “mental”).

Así, la intencionalidad, la conciencia fenoménica y la inteligencia son tres características diferentes en

virtud de las cuales algo puede incluirse directa o indirectamente en el concepto de lo mental. Quizá son las únicas tres, quizá no. Aquí asumiré que lo son, porque me parece que no existe ningún ítem mental de cuyo carácter mental no pueda darse cuenta en virtud de al menos una de estas tres características.

UN CONCEPTO DE DESORDEN MENTAL LIBRE DE TEORÍA

El concepto de inteligencia es definitivamente un concepto ordinario. Por otro lado, los términos “intencionalidad” y “conciencia fenoménica” son definitivamente términos técnicos. Pero, ¿expresan conceptos técnicos? Si no estoy equivocado, el primero no lo hace. A mi parecer, afirmaciones cotidianas tales como “su creencia es acerca de ti” y “tú eres a quien ama” pueden replantearse respectivamente como “tú eres el objeto intencional de su creencia” y “su amor está dirigido hacia ti”. En relación con el concepto de conciencia fenoménica, no puedo ver ningún uso que no sea técnico. Afortunadamente, es indiscutible que no se trata de un concepto cargado de teoría. No lo adquirimos al estar meramente involucrados en conversaciones cotidianas, pero tampoco se requiere aceptar ninguna teoría en particular para utilizarlo. Al igual que (por ejemplo) los conceptos de sintaxis, *ceteris paribus* y mitocondria, son términos técnicos cuyo uso no implica compromiso con teoría alguna. Por lo tanto, el hecho de que sea parte del concepto de lo mental no constituye una amenaza a la conceptualización del desorden mental que se presenta aquí.

Ahora, una determinada capacidad puede ser clasificada como mental (directamente) en virtud de que es una capacidad inteligente o (derivadamente) en virtud de que involucra estados intencionales o fenoménicamente conscientes. Por ejemplo, la capacidad de razonamiento es mental en virtud de que es inteligente; la capacidad de lidiar de modo efectivo con un cierto deseo inconsciente es mental en virtud de que involucra ciertos estados fenoménicamente conscientes. Hechas estas consideraciones, puedo ahora ofrecer una explicación más detallada del concepto de desorden mental. Una persona tiene un desorden mental si, y sólo si,

(a) tal persona carece (en cierto grado) de alguna capacidad o conjunto de capacidades mentales que se esperaría que poseyera dada su edad y su cultura (entendiéndose por “capacidad mental” cualquier capacidad que sea inteligente o que involucre estados intencionales o estados fenoménicamente conscientes o ambos); y

(b) la falta de esa capacidad (o conjunto de capacidades) le causa algún tipo de perjuicio.

Evaluemos ahora cómo funciona esta explicación cuando se aplica a algunos casos a los que normalmente se hace referencia con la expresión “desorden mental”. Considérese, por ejemplo, el caso de los así llamados “trastornos del aprendizaje”. Está claro que éstos consisten en la falta (en cierto grado) de la capacidad o el conjunto de capacidades involucradas en aprender determinadas tareas tales como leer, escribir y calcular. Debido a que las capacidades para llevar a cabo dichas tareas son capacidades inteligentes, califican como mentales. Así, una persona que tiene un trastorno del aprendizaje es una persona que carece (en cierto grado) de ciertas capacidades mentales (a). Ahora, una persona que no puede leer, escribir o calcular será incapaz de acceder a algunos beneficios importantes. En consecuencia, es posible afirmar que la falta (en cierto grado) de las capacidades para leer, escribir o calcular de una persona le causa a esa persona algún tipo de perjuicio (b). Algo en esta misma línea puede decirse acerca de las denominadas “discapacidades mentales”.

Considérese ahora algún trastorno de ansiedad, como las fobias o los trastornos obsesivo-compulsivos. Las personas diagnosticadas con estos desórdenes carecen de la capacidad para lidiar con ciertos estados intencionales tales como miedos, expectativas, creencias y deseos (a). Como resultado de esto, sufren (b). Lo mismo se aplica a las disfunciones sexuales. Por otro lado, el alcoholismo, la ludopatía y otros desórdenes que involucran fallas de la voluntad pueden describirse como faltas (en cierto grado) de la capacidad inteligente de auto-determinación (a), que provoca (diferentes tipos de) efectos negativos (b). El autismo y otros trastornos de la comunicación claramente consisten en la falta (en diversos grados) de aquellas capacidades mentales involucradas en la comunicación humana (a), además de todas las consecuencias adversas que los problemas de comunicación pueden tener para una persona (b). Las alucinaciones pueden ser consideradas, tal como hemos observado, como manifestaciones de una falta de la capacidad mental para percibir el mundo de forma correcta; y los delirios pueden ser entendidos como manifestaciones de una falta de la capacidad mental para interpretar de forma correcta algunos episodios del mundo. Por ende, desórdenes como la esquizofrenia y la paranoia también involucran la falta de ciertas capacidades mentales (a) y todo el sufrimiento que normalmente proviene de tal falta (b). Para considerar un último caso, los desórdenes depresivos consisten en la falta de la capacidad para sentirse bien o de

la capacidad para disfrutar de las cosas (“anhedonia”), dos capacidades que involucran estados intencionales y estados fenoméricamente conscientes y, por tanto, son mentales (a). Los efectos perjudiciales de la falta de tales capacidades son bien conocidos (b).

Podría plantearse la siguiente objeción. ¿Qué pasa con aquellos casos excepcionales como el analfabetismo, en el cual existe una falta de ciertas capacidades mentales que puede tener consecuencias perjudiciales y sin embargo no se lo considera como desorden sino más bien, para utilizar la expresión de Wakefield (1992a), como una “incapacidad normal”? Mi respuesta a esta objeción es que el analfabetismo no debería considerarse como una incapacidad normal. De hecho, hoy en día en la mayoría de los contextos culturales el hecho de que un adulto sea incapaz de leer y escribir no es normal en ninguno de los usos normales de “normal”. Es verdad que la afirmación de que el analfabetismo es un desorden mental puede parecer un tanto contraintuitiva. Pero la razón de esto es simplemente que el término “desorden mental” con frecuencia se entiende como sinónimo de “enfermedad mental”. En consecuencia, la afirmación de que el analfabetismo es un desorden mental se entiende como implicando la afirmación de que el analfabetismo es una enfermedad –que ciertamente es una afirmación muy contraintuitiva. Sin embargo, de acuerdo con la explicación del concepto de desorden mental que se presenta aquí, no hay razón para que el término “desorden mental” se entienda como sinónimo de “enfermedad mental”, tal como argumento más abajo. Si estoy en lo correcto, entonces la afirmación de que el analfabetismo es un desorden mental de ninguna manera implica la afirmación (falsa) de que el analfabetismo es una enfermedad y, por lo tanto, nada contraintuitivo se sigue de la afirmación de que el analfabetismo es un desorden mental –así como nada contraintuitivo se sigue a partir de la verdad analítica de que el analfabetismo es la falta de la capacidad de leer y escribir. Pero antes de referirme a este asunto, abordaré la pregunta 2.2.

EL ASPECTO MENTAL DEL DESORDEN MENTAL

Brülde y Radovic (2006a) han reportado la existencia de cuatro visiones distintas acerca de lo que hace que un desorden mental sea mental. Según lo que ellos llaman “la visión de la causa interna”, un desorden es mental si sus síntomas tienen una causa mental; según lo que denominan “la visión del síntoma”, un desorden es mental si sus síntomas son ellos mismos mentales; según lo que denominan “visiones pluralistas”, el carácter mental del desorden mental guarda relación con alguna

combinación de la visión del síntoma y la visión de la causa interna o alguna cláusula adicional (p. ej., la idea de que los síntomas tienen que ser entendidos en términos psicológicos); por último, según lo que ellos llaman “la visión nihilista”, todo el proyecto de diferenciar el desorden mental de los desórdenes somáticos debería abandonarse (porque no existiría supuestamente una forma coherente si no arbitraria de diferenciarlos).

La existencia indiscutible de desórdenes mentales sin síntomas mentales (p. ej., desórdenes psicósomáticos) es suficiente para establecer que cualquier versión de la perspectiva del síntoma es irremediamente falsa. Además, debido a que es perfectamente posible que un desorden somático e incluso un desorden social tengan síntomas mentales –a saber, es perfectamente posible que ciertos estados y procesos mentales sean sintomáticos de ciertas condiciones somáticas e incluso sociales– podemos y tenemos que diferenciar entre un desorden mental y un desorden que tiene síntomas mentales.

Brülde y Radovic (2006a) favorecen una versión de la perspectiva pluralista (que, si estoy en lo correcto, ellos también clasifican como una versión suave de la perspectiva nihilista) de acuerdo con la cual no existen condiciones necesarias y conjuntamente suficientes para que un desorden sea mental, de modo que “las condiciones que actualmente clasificamos como desórdenes mentales están interconectadas de manera sistemática en formas que hacen razonable algún tipo de análisis en términos de parecido de familia” (p. 113). Ahora, apelar a la noción de parecido de familia *podría* ser, al igual que postular ambigüedad, un modo “flojo” y ad hoc de abordar ciertos problemas. La razón por la cual uno está justificado para apelar a tal noción a la hora de discutir el concepto de lo mental (interrogante [2.1] es que parece no haber *ninguna* otra forma de esclarecer tal concepto (sin recurrir a postular la ambigüedad). Así, antes de intentar responder la pregunta 2.2 postulando la tesis de que los desórdenes mentales son mentales en virtud de un parecido de familia entre ellos, uno tiene que hacer plausible que no existen condiciones necesarias y suficientes para que un desorden sea mental. Por ejemplo, tiene que demostrarse que la perspectiva de la causa interna es falsa. Sin embargo, todas las objeciones que Brülde y Radovic (2006a) presentan a tal perspectiva parecen poder responderse perfectamente bien (ver Wakefield [2006] y Brülde y Radovic [2006b] para una discusión). No dispongo aquí del espacio para profundizar en esto, pero en cualquier caso un análisis basado en parecidos de familia (así como cualquier versión más fuerte de la visión nihilista) tiene que rechazarse si se puede argumentar de modo

contundente a favor de la visión de la causa interna –que es lo que hago a continuación.

Cuando aseveramos que S es un síntoma del desorden D, queremos decir que la presencia de S es signo de la presencia de D, de manera que tenemos derecho a inferir la presencia de D a partir de la presencia de S (dadas determinadas circunstancias y posiblemente la presencia de otros síntomas). Ahora, me parece que para que una inferencia de S a D sea posible, S no puede ser constitutivo de D. Porque si S fuera constitutivo de D, la presencia de S no sería algo en virtud de lo cual uno podría *inferir* la presencia de D; más bien, simplemente *consistiría* en la presencia de D (dadas determinadas circunstancias y posiblemente la presencia de otros síntomas). Si estoy en lo correcto acerca de esto, entonces la carencia de una capacidad mental nunca debiera considerarse como un síntoma del desorden del cual es un criterio –porque tal carencia es constitutiva de tal desorden. En consecuencia, en esta conceptualización del desorden mental, los síntomas de un desorden mental dado tienen que encontrarse entre los efectos perjudiciales provocados por la carencia de las capacidades mentales en cuestión. Pero debido a que (i) uno puede perfectamente describir la carencia de una capacidad mental como una “carencia mental” (que sería un uso derivado de “mental”) y (ii) tal carencia es la causa de los síntomas del desorden del cual es un criterio, se sigue que lo que es mental en tal desorden mental es la causa de los síntomas del desorden (QED).

DESORDEN MENTAL, ENFERMEDAD Y CIENCIAS DE LA SALUD MENTAL

Muchos teóricos y profesionales de la salud mental emplean los términos “desorden mental” y “enfermedad mental” de forma intercambiable. Si este uso es correcto o no, depende, naturalmente, de cómo se entienden tales términos. En esta sección, argumento que de acuerdo no sólo a la conceptualización del desorden mental que he presentado aquí, sino también a la mayoría de las conceptualizaciones que uno puede encontrar en la literatura, utilizar los términos en cuestión de modo intercambiable es inexacto. También saco algunas conclusiones respecto de la explicación y el tratamiento de los desórdenes mentales, así como respecto de las disciplinas que (de acuerdo a la conceptualización en cuestión) debieran estar a cargo de proporcionar ese tipo de explicación y tratamiento.

El hecho de que no existe un acuerdo general acerca de cómo entender el concepto de enfermedad (ver, por ejemplo, Fulford, 1991; Nordenfelt, 1995) hace que las cosas sean un poco más complicadas de lo que ya

son. No obstante, dos cosas me parecen relativamente exentas de controversia. Una es que incluso si las enfermedades no pueden ser reducidas a desórdenes somáticos, una persona que no tiene un desorden somático tampoco tiene una enfermedad. La otra cosa es que carecer de una cierta capacidad mental no necesariamente es lo mismo que tener un desorden somático. (Por ejemplo, una persona sin un desorden somático puede perfectamente carecer de las capacidades para leer y escribir, tal vez porque no tuvo el entrenamiento adecuado.) Por tanto, aunque el concepto de enfermedad no esté muy claro, sí está bastante claro que si el desorden mental se entiende como la carencia de cierta capacidad mental (o conjunto de capacidades mentales), una persona que tiene un desorden mental no necesariamente tiene una enfermedad. Más aún, me parece que la mayoría de las explicaciones del concepto de desorden mental que uno puede encontrar en la literatura (p. ej., Szasz, 1972; Wakefield, 1992a, 1992b; Nordenfelt, 1995; Lilienfeld & Marino, 1995; Megone, 2000; American Psychiatric Association, 2000) dejan espacio para más o menos casos de desorden mental que no son casos de desorden somático (para una excepción, ver por ejemplo Kendell 2001). No estoy diciendo, por supuesto, que de acuerdo a todas estas conceptualizaciones *ningún* desorden mental resulta ser una enfermedad. Tampoco estoy sugiriendo que estas conceptualizaciones niegan que una cierta enfermedad puede ser la causa (o una de las causas) o el efecto (o uno de los efectos) de un cierto desorden mental. Pocos teóricos se comprometerían con ese tipo de afirmaciones. Lo que estoy diciendo es que, sin importar las conexiones *empíricas* que los científicos pueden llegar a encontrar entre ciertos desórdenes mentales y ciertas enfermedades, de acuerdo a la mayoría de las conceptualizaciones del desorden mental no existe un nexo *conceptual* o *semántico* entre ellos.

En adelante diré que un desorden mental es un desorden mental *médico* si es (i) idéntico a una enfermedad o (ii) causado por una enfermedad o (iii) la causa de una enfermedad; y, a la inversa, diré que un desorden mental es *no médico* si no es ni (i), ni (ii) ni (iii).

Tal como yo lo veo, debido a que no sólo los desórdenes mentales no médicos sino también aquellos desórdenes médicos que no son (i), no son enfermedades, el uso de “enfermedad mental” como sinónimo de “desorden mental” es (en el mejor de los casos) altamente inexacto. Es cierto que a la luz de un concepto muy amplio y no médico de enfermedad (como aquel propuesto por Nordenfelt [1995], por ejemplo) puede argumentarse en favor de una sinonimia entre esas dos expresiones. Sin embargo, dado que el término

“enfermedad” se usa normalmente para referirse a desórdenes somáticos, muchos profesionales de la salud mental tienden a asumir que los desórdenes mentales son desórdenes somáticos. Por lo tanto, al menos con la finalidad de evitar esta confusión, el uso de la expresión “enfermedad mental” para hacer referencia a los desórdenes mentales debiera evitarse.

Se siguen dos cosas muy interesantes si (en línea con la mayoría de las conceptualizaciones del desorden mental) uno acepta que los desórdenes mentales no son necesariamente enfermedades:

1. Para cualquier caso particular de desorden mental médico, parece ser apropiado proporcionar una explicación médica. Sin embargo, si no tenemos ninguna evidencia empírica de que cierto desorden mental es efectivamente médico, no tiene sentido pedir una explicación médica. En otras palabras, ningún conocimiento médico es relevante para explicar un desorden mental no médico. Por consiguiente, las disciplinas que se ocupan de la explicación de los desórdenes mentales no médicos no son ramas de la medicina.
2. Debido a que los desórdenes mentales no médicos no están asociados con ninguna enfermedad, el tratamiento de éstos no necesariamente es un asunto de intervención médica o clínica (medicación, hospitalización, etc.). Este tipo de intervención *podría* ser necesario y, de ser así, es un asunto de debate en qué medida se necesita (y quién determina si acaso existe tal necesidad). Pero en algunos casos una intervención médica puede no sólo no ser necesaria sino además perjudicial. Tratar cada caso de desorden mental con medios médicos no sólo es lógicamente erróneo, sino además moral y médicamente erróneo. Esto es de particular importancia en el caso del tratamiento obligatorio porque, tal como ha señalado Fulford (1991), en tal caso

lo que está en juego, en términos generales, no es si acaso alguien que está deprimido y suicida se encuentra en mala condición, sino si acaso su (admitida) mala condición es del tipo específicamente médico requerido para justificar específicamente medios médicos de intervención (p. 88).

Por lo tanto, la psiquiatría (en la medida en la que es una rama de la medicina) no debiera ocuparse del tratamiento de los desórdenes mentales en general, sino solamente del tratamiento de los desórdenes mentales médicos.

Ahora bien, si ni la explicación ni el tratamiento de *algunos* desórdenes mentales es asunto de la medicina, ¿qué ciencia o ciencias debieran tener esta tarea? Aquí va una sugerencia basada en la conceptualización del desorden mental propuesta en este artículo. Dado que, de acuerdo a tal conceptualización, tener un desorden mental equivale a carecer de alguna capacidad o conjunto de capacidades mentales, y dado que las capacidades mentales son (en parte) el objeto de estudio de la psicología (al menos) los desórdenes mentales no médicos debieran ser explicados por medio de explicaciones psicológicas. No hay, por supuesto, nada de nuevo en esto. La psicología, en particular aquella área de ésta normalmente denominada “psicología clínica”, ha estado produciendo teorías explicativas del desorden mental desde sus mismos orígenes como ciencia empírica. Pero a mi parecer la expresión “psicología clínica” sugiere equivocadamente, entre otras cosas, que en vez o aparte de ser una rama de la psicología la disciplina a la que se hace referencia de esta manera es una rama de la medicina; que, por ende, los desórdenes mentales son enfermedades; y que, por tanto, una persona que tiene un desorden mental necesariamente requiere una intervención médica (o clínica).

Por otro lado, si el hecho de que una persona tiene un desorden mental significa que carece de ciertas capacidades mentales, y debido a que muchas capacidades mentales pueden enseñarse, es razonable afirmar que muchos desórdenes mentales debieran ser tratados (si no de forma exclusiva, al menos de forma principal) a través del entrenamiento de las personas que tienen los desórdenes en las capacidades particulares de las que carecen. En otras palabras, el tratamiento sería una cuestión de enseñar capacidades —y la disciplina a cargo de esto no es la medicina sino la educación. Naturalmente, incluso en ciertos casos de desórdenes mentales no médicos, la administración de un determinado fármaco puede ser un tratamiento muy efectivo, ya que algunos fármacos pueden ayudarles a las personas a desarrollar ciertas capacidades. Sólo que, en casos de desórdenes no médicos, el fármaco no estaría curando una enfermedad y, en consecuencia, no está claro por qué la administración de tal fármaco debiera estar clasificada como intervención médica. Por lo tanto, en muchos casos sería mejor describir la relación psicoterapéutica no como una relación entre un paciente y un médico de la mente, sino más bien como una relación entre una persona que está aprendiendo ciertas capacidades y una persona que facilita ese proceso de aprendizaje. No es la cura de algo, sino la adquisición y el desarrollo de ciertas capacidades, de lo que muchas veces se trata la psicoterapia. (A veces

también se trata de disminuir directamente el perjuicio producido por el desorden.)

En consecuencia, aparte de la medicina y la psicología, la educación también podría ser colocada entre las ciencias de la salud mental. Y, dada la relatividad cultural de los desórdenes mentales (tal como ha sido reconocida), me parece que ciencias como la antropología y la sociología también debieran ser miembros de la familia. Podemos admitir que la medicina es una importante ciencia de la salud mental, pero la salud mental no es propiedad de la medicina.

CONCLUSIÓN

El concepto de desorden mental (o su reverso, el concepto de salud mental) define el objeto de las denominadas ciencias de la salud mental. Para que esto sea posible, esto es, para que ciencias que incluyen diferentes enfoques teóricos (como es el caso de las ciencias sociales) tengan un acuerdo acerca de cuál es su objeto particular, el concepto que define tal objeto no puede apoyarse en ninguno de esos enfoques teóricos. Tiene que ser un concepto libre de teoría.

Aquí he presentado una forma de entender el concepto de desorden mental que no sólo satisface esa condición, sino que además da cuenta de la extrema diversidad de cosas que uno puede encontrar entre los desórdenes mentales. Entendido de este modo, el concepto en cuestión es útil a la hora de proporcionar, para usar la expresión de Wakefield (citada con anterioridad), “el pegamento que mantiene unido el campo de la salud mental”.

También he argumentado que las disciplinas que se ocupan de la explicación del desorden mental no son necesariamente ramas de la medicina y que el tratamiento de los desórdenes mentales no es necesariamente un asunto de intervención médica o clínica. Mi sugerencia es que el tratamiento de los desórdenes mentales no médicos es un asunto de entrenamiento de ciertas capacidades y, por ende, que tal tratamiento debiera ser responsabilidad de la educación. Ahora bien, el hecho de que la educación debiera ser la ciencia a cargo del tratamiento de los desórdenes mentales no médicos no implica, por supuesto, que profesores, educadores y otros profesionales a los que normalmente hacemos referencia como “profesionales de la educación” hayan efectivamente desarrollado teorías sobre cómo tratar tales desórdenes. De hecho, tales teorías han sido desarrolladas en su mayor parte por aquellos profesionales a los que normalmente hacemos referencia como “psicólogos clínicos” –que es otra razón por la cual (para evitar confusiones) no debiéramos referirnos

a ellos de ese modo. En la medida en la que su trabajo es dilucidar cómo desarrollar las capacidades mentales de las personas, son mucho más profesionales del aprendizaje que de la cura.

RECONOCIMIENTOS

Estoy en deuda con Harry Lesser por sus comentarios sobre una primera versión de este artículo y por varias discusiones acerca del mismo; y con Graham Stevens por discusiones muy útiles acerca del significado.

REFERENCIAS

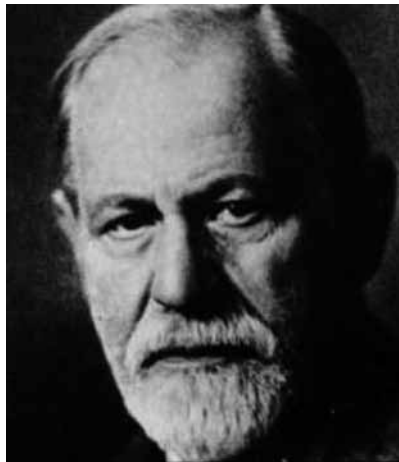
1. Ayer AJ. 1968. Privacy. In *Studies in the philosophy of thought and action*, Strawson PF (ed.), 24-47. London: Oxford University Press
2. American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington DC: American Psychiatric Association
3. Bach K. 1987. *Thought and reference*. Oxford: Clarendon Press
4. Brentano F. 1995. *Psychology from an empirical standpoint*. London: Routledge
5. Brülde B, Radovic F. 2006a. What is mental about mental disorder? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 13(2): 99-116
6. Brülde B, Radovic F. 2006b. Dysfunctions, disabilities and disordered minds. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 13(2):133-41
7. Feigl H. 1967. The “mental” and the “physical”: The essay and a postscript. Minneapolis: University of Minnesota Press
8. Fulford KWM. 1991. The concept of disease. In *Psychiatric ethics*, Bloch S, Chodoff P (ed.), 77-99. Oxford: Oxford University Press
9. Gipps R. 2006. Mental disorder and intentional order. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 13(2): 117-21
10. Kendell R. 2001. The distinction between mental and physical illness. *British Journal of Psychiatry* 178: 490-3
11. Kim J. 1998. *Philosophy of mind*. Oxford: Westview Press
12. Kripke S. 1998. Speaker’s reference and semantic reference. In *Definite descriptions. A reader*, Ostertag G (ed.), 225-56. London: The MIT Press
13. Lilienfeld S, Marino L. 1995. Mental disorder as a Roschian concept: A critique of Wakefield’s “harmful dysfunction” analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 4(103): 411-20
14. Matthews G. 1972. Senses and kinds. *The Journal of Philosophy* 69(6): 149-57
15. Megone C. 2000. Mental illness, human function and values. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 7(1): 45-65
16. Nordenfelt L. 1995. *On the nature of health. An action theoretic approach*. The Hague, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers
17. Quine WV. 1992. *Pursuit of truth*. Cambridge: Harvard University Press
18. Recanati F. 2004. Pragmatics and semantics. In *The handbook of pragmatics*, Horn L, Ward G (ed.), 442-62. Oxford: Blackwell Publishers
19. Rorty R. 1979. *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton, NJ: Princeton University Press
20. Ross P. 2005. Sorting out the concept disorder. *Theoretical Medicine and Bioethics* 26: 115-40

21. Ryle G. 1984. *The concept of mind*. Chicago: University of Chicago Press
22. Szasz T. 1972. *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct*. London: Paladin
23. Wakefield J. 1992a. Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review* 99(2): 232-47
24. Wakefield J. 1992b. The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist* 47(3): 373-88
25. Wakefield J. 2006. What makes a mental disorder mental? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 13(2): 123-31
26. Wittgenstein L. 1974. *Philosophical investigations*. Oxford: Basil Blackwell
27. Wright C. 1989. Wittgenstein's later philosophy of mind: Sensation, privacy, and intention. *The Journal of Philosophy* 86(11): 622-34

SIGMUND FREUD: REFLEXIONES SOBRE LA VEJEZ (1926)

(Rev GPU 2010; 6; 2: 166-171)

“Yo no me rebelo contra el orden universal. Finalmente, después de setenta años, tuve lo bastante para comer. Aprecié muchas cosas –en compañía de mi mujer y mis hijos–; el calor del sol. Observé las plantas que crecen en primavera. De vez en cuando tuve una mano amiga para apretar. En otra ocasión encontré un ser humano que casi me comprendió. ¿Qué más puedo querer?”



(1856-1939)

Esta entrevista fue concedida al periodista George Sylvester Viereck en 1926 en la casa de Sigmund Freud en los Alpes suizos. Se creía perdida pero en realidad había sido publicada en el volumen de “Psychoanalysis and the Future”, New York, 1957. Actualmente está disponible en la revista electrónica Psychanalyse.lu, La psychanalyse au Luxembourg, y en otros sitios web en diversos idiomas. Fue traducida del inglés al portugués por Paulo César Souza y al castellano por Miguel Ángel Arce.

Sigmund Freud (SF): Setenta años me enseñaron a aceptar la vida con serena humildad...

George Sylvester Viereck (GSV): *Quien habla es el profesor Sigmund Freud, el gran explorador del alma. El escenario de nuestra conversación fue en su casa de verano en Semmering, una montaña de los Alpes austriacos. Yo había visto el país del psicoanálisis por última vez en su modesta casa de la capital austríaca. Los pocos años transcurridos entre mi última visita y la actual multiplicaron las arrugas de su frente. Intensificaron la palidez de sabio. Su rostro estaba tenso, como si sintiese dolor. Su mente estaba alerta, su espíritu firme, su cortesía impecable como siempre, pero un ligero impedimento en su habla me perturbó. Parece que un tumor maligno en el maxilar superior tuvo que ser operado. Desde entonces Freud usa una prótesis, lo cual es una constante irritación para él.*

SF: Detesto mi maxilar mecánico, porque la lucha con este aparato me consume mucha energía preciosa. Pero prefiero esto a no tener ningún maxilar. Aún así prefiero la existencia a la extinción. Tal vez los dioses sean gentiles con nosotros, tornándonos la vida más desagradable a medida que envejecemos. Por fin, la muerte nos parece menos intolerable que los fardos que cargamos.

(Freud se rehúsa a admitir que el destino le reserva algo especial). ¿Por qué *(dice calmadamente)* debería yo esperar un tratamiento especial? La vejez, con sus arrugas, llega para todos. Yo no me rebelo contra el orden universal. Finalmente, después de setenta años, tuve lo bastante para comer; aprecié muchas cosas –en compañía de mi mujer y mis hijos–; el calor del sol. Observé las plantas que crecen en primavera. De vez en cuando tuve una mano amiga para apretar y en otra ocasión encontré un ser humano que casi me comprendió. ¿Qué más puedo querer?

GSV: *Sigmund Freud tiene una fama. Su obra prima influye en la literatura de cada país. Los hombres miran la vida y a sí mismos con otros ojos, por causa de este señor. Recientemente, en el septuagésimo aniversario, el mundo se unió para homenajearlo, con excepción de su propia universidad.*

SF: Si la Universidad de Viena me demostrase reconocimiento, me sentiría incómodo. No hay razón en aceptarme a mí o a mi obra porque tengo setenta años. Yo no atribuyo importancia insensata a los decimales. La fama llega cuando morimos y, francamente, lo que venga después no me interesa. No aspiro a la gloria póstuma. Mi virtud no es la modestia.

GSV: *¿No significa nada el hecho de que su nombre va a perdurar?*

SF: Absolutamente nada, es lo mismo que perdure o que nada sea cierto. Estoy más bien preocupado por el destino de mis hijos. Espero que sus vidas no sean difíciles. No puedo ayudarlos mucho. La guerra prácticamente liquidó mis posesiones, lo que había adquirido durante mi vida. Pero me puedo dar por satisfecho. El trabajo es mi fortuna. (Estábamos subiendo y descendiendo una pequeña elevación de tierra en el jardín de su casa. Freud acarició tiernamente un arbusto que florecía). Estoy mucho más interesado en este capullo de lo que me pueda acontecer después de estar muerto.

GSV: *¿Entonces usted es, al final, un profundo pesimista?*

SF: No, no lo soy. No permito que ninguna reflexión filosófica complique mi fluidez con las cosas simples de la vida.

GSV: *¿Usted cree en la persistencia de la personalidad después de la muerte, de la forma que sea?*

SF: No pienso en eso. Todo lo que vive perece. ¿Por qué debería el hombre constituir una excepción?

GSV: *¿Le gustaría retornar en alguna forma, ser rescatado del polvo? ¿Usted no tiene, en otras palabras, deseo de inmortalidad?*

SF: Sinceramente no. Si la gente reconoce los motivos egoístas detrás de la conducta humana, no tengo el más mínimo deseo de retornar a la vida; moviéndose en un círculo, sería siempre la misma. Más allá de eso, si el eterno retorno de las cosas, para usar la expresión de Nietzsche, nos dotase nuevamente de nuestra carnalidad y lo que involucra, ¿para qué serviría sin memoria? No habría vínculo entre el pasado y el futuro. Por lo que me toca, estoy perfectamente satisfecho en saber que el eterno aborrecimiento de vivir finalmente pasará. Nuestra vida es necesariamente una serie de compromisos, una lucha interminable entre el ego y su ambiente. El deseo de prolongar la vida excesivamente me parece absurdo.

GSV: *Bernard Shaw sostiene que vivimos muy poco. Él encuentra que el hombre puede prolongar la vida si así lo desea, llevando su voluntad a actuar sobre las fuerzas de la evolución. Él cree que la humanidad puede recuperar la longevidad de los patriarcas.*

SF: Es posible que la muerte en sí no sea una necesidad biológica. Tal vez morimos porque deseamos morir. Así como el amor o el odio por una persona viven en nuestro pecho al mismo tiempo, así también toda la vida conjuga el deseo de la propia destrucción. Del mismo modo como un pequeño elástico tiende a asumir la forma original, así también toda materia viva, consciente

o inconscientemente, busca readquirir la completa, la absoluta inercia de la existencia inorgánica. El impulso de vida y el impulso de muerte habitan lado a lado dentro de nosotros. La Muerte es la compañera del Amor. Ellas juntas rigen el mundo. Esto es lo que dice mi libro "Más allá del principio del placer". En el comienzo del psicoanálisis se suponía que el Amor tenía toda la importancia. Ahora sabemos que la Muerte es igualmente importante. Biológicamente, todo ser vivo, no importa cuán intensamente la vida arda dentro de él, ansía el Nirvana, la cesación de la "fiebre llamada vivir". El deseo puede ser encubierto por digresiones, no obstante, el objetivo último de la vida es la propia extinción.

GSV: *Esto es la filosofía de la autodestrucción. Ella justifica el auto-extermio. Llevaría lógicamente al suicidio universal imaginado por Eduard von Hartmann.*

SF: La humanidad no escoge el suicidio porque la ley de su ser desaprueba la vía directa para su fin. La vida tiene que completar su ciclo de existencia. En todo ser normal, la pulsión de vida es fuerte, lo bastante para contrabalancear la pulsión de muerte, pero en el final, ésta resulta más fuerte. Podemos entretenernos con la fantasía de que la muerte nos llega por nuestra propia voluntad. Sería más posible que no pudiéramos vencer a la muerte porque en realidad ella es un aliado dentro de nosotros. En este sentido (añadió Freud con una sonrisa) puede ser justificado decir que toda muerte es un suicidio disfrazado.

(Estaba haciendo frío en el jardín. Continuamos la conversación en el gabinete. Vi una pila de manuscritos sobre la mesa, con la caligrafía clara de Freud).

GSV: *¿En qué está trabajando el señor Freud?*

SF: Estoy escribiendo una defensa del análisis lego, del psicoanálisis practicado por los legos. Los doctores quieren establecer que el análisis realizado por los no-médicos es ilegal. La historia, esa vieja plagiadora, se repite después de cada descubrimiento. Los doctores combaten cada nueva verdad en el comienzo. Después procuran monopolizarla.

GSV: *¿Usted tuvo mucho apoyo de los legos?*

SF: Algunos de mis mejores discípulos son legos.

GSV: *¿Está usted practicando mucho psicoanálisis?*

SF: Ciertamente. En este momento estoy trabajando en un caso muy difícil, intentando desatar conflictos psíquicos de un interesante paciente nuevo. Mi hija también es psicoanalista como usted puede ver...

(En ese momento apareció Miss Anna Freud, acompañada por su paciente, un muchacho de once años de facciones inconfundiblemente anglosajonas)

GSV: *¿Usted ya se analizó a sí mismo?*

SF: Ciertamente. El psicoanalista debe constantemente analizarse a sí mismo. Analizándonos a nosotros mismos, estamos más capacitados para analizar a otros. El psicoanalista es como un chivo expiatorio de los hebreos, los otros descargan sus pecados sobre él. Él debe practicar su arte a la perfección para liberarse de los fardos cargados sobre él.

GSV: *Mi impresión es que el psicoanálisis despierta en todos los que lo practican el espíritu de la caridad cristiana. Nada existe en la vida humana que el psicoanálisis no nos pueda hacer comprender. "Tout comprendre c'est tou pardonner".*

SF: Por el contrario (acusó Freud sus facciones asumiendo la severidad de un profeta hebreo), comprender todo no es perdonar todo. El análisis nos enseña apenas lo que podemos soportar, pero también lo que podemos evitar. El análisis nos dice lo que debe ser eliminado. La tolerancia con el mal no es de manera alguna corolario del conocimiento.

(Comprendí súbitamente por qué Freud había litigado con sus seguidores que lo habían abandonado, porque él no perdona disentir del recto camino de la ortodoxia psicoanalítica. Su sentido de lo que es recto es herencia de sus ancestros. Una herencia de la que él se enorgullece como se enorgullece de su raza).

Mi lengua es el alemán. Mi cultura, mi realización es alemana. Yo me considero un intelectual alemán, hasta que percibí el crecimiento del preconceito anti-semita en Alemania y en Austria. Desde entonces prefiero considerarme judío.

(Quedé algo desconcertado con esta observación. Me parecía que el espíritu de Freud debería vivir en las alturas más allá de cualquier preconceito de razas, que él debería ser inmune a cualquier rencor personal. En tanto no precisamente a su indignación, a su honesta ira, se volvía más atrayente como ser humano. ¡Aquiles sería intolerable si no fuese por su talón!)

GSV: *¡Me pone contento, Herr. Profesor, de que también el señor tenga sus complejos, de que también el señor Freud demuestre que es un mortal!*

SF: Nuestros complejos son la fuente de nuestra debilidad; pero con frecuencia, son también la fuente de nuestra fuerza.

GSV: *Imagino, observo, ¿cuáles serían mis complejos?*

SF: Un análisis serio dura más o menos un año. Puede durar igualmente dos o tres años. Usted está dedicando muchos años de su vida a la "caza de los leones". Usted procuró siempre a las personas destacadas de su

generación: Roosevelt, El Emperador, Hindenburgh, Briand, Foch, Joffre, Georg Bernard Shaw.

GSV: *Es parte de mi trabajo.*

SF: Pero también es su preferencia. El gran hombre es un símbolo. Su búsqueda es la búsqueda de su corazón. Usted también está procurando al gran hombre para tomar el lugar de su padre. Es parte del complejo del padre.

(Negué vehementemente la afirmación de Freud. Mientras tanto, reflexionando sobre eso, me parece que puede haber una verdad, no sospechada por mí, en su sugestión casual. Puede ser lo mismo que el impulso que me llevó a él)

GSV: *Me gustaría, observé después de un momento, poder quedarme aquí lo bastante para vislumbrar mi corazón a través de sus ojos. ¡Tal vez, como la Medusa, yo muriese de pavor al ver mi propia imagen! Aun cuando no confío en estar muy informado sobre psicoanálisis, frecuentemente anticiparía o tentaría anticipar sus intenciones!*

SF: La inteligencia en un paciente no es un impedimento. Por el contrario, muchas veces facilita el trabajo.

(En este punto el maestro del psicoanálisis difiere bastante de sus seguidores, que no gustan mucho de la seguridad del paciente que tienen bajo su supervisión)

GSV: *A veces imagino si no seríamos más felices si supiésemos menos de los procesos que dan forma a nuestros pensamientos y emociones. El psicoanálisis le roba a la vida su último encanto, al relacionar cada sentimiento a su original grupo de complejos. No nos volvemos más alegres descubriendo que todos abrigamos al criminal o al animal.*

SF: ¿Qué objeción puede haber contra los animales? Yo prefiero la compañía de los animales a la compañía humana.

GSV: *¿Por qué?*

SF: Porque son más simples. No sufren de una personalidad dividida, de la desintegración del ego, que resulta de la tentativa del hombre de adaptarse a los patrones de civilización demasiado elevados para su mecanismo intelectual y psíquico. El salvaje, como el animal, es cruel, pero no tiene la maldad del hombre civilizado. La maldad es la venganza del hombre contra la sociedad, por las restricciones que ella impone. Las más desagradables características del hombre son generadas por ese ajuste precario a una civilización complicada. Es el resultado del conflicto entre nuestros instintos y nuestra cultura. Mucho más desagradables son las emociones simples y directas de un perro, al mover su cola, o

al ladrar expresando su displacer. Las emociones del perro (añadió Freud pensativamente), nos recuerdan a los héroes de la antigüedad. Tal vez sea ésa la razón por la que inconscientemente damos a nuestros perros nombres de héroes como Aquiles o Héctor.

GSV: *Mi cachorro es un doberman Pinscher llamado Ájax.*

SF: (sonriendo) Me contenta saber que no pueda leer. ¡Él sería ciertamente, el miembro menos querido de la casa, si pudiese ladrar sus opiniones sobre los traumas psíquicos y el complejo de Edipo!

GSV: *Aún usted, profesor, sueña la existencia compleja por demás. En tanto me parece que el señor sea en parte responsable por las complejidades de la civilización moderna. Antes que usted inventase el psicoanálisis, no sabíamos que nuestra personalidad es dominada por una hueste beligerante de complejos cuestionables. El psicoanálisis vuelve a la vida como un rompecabezas complicado.*

SF: De ninguna manera. El psicoanálisis vuelve a la vida más simple. Adquirimos una nueva síntesis después del análisis. El psicoanálisis reordena el enmarañado de impulsos dispersos, procura enrollarlos en torno a su carretel. O, modificando la metáfora, el psicoanálisis suministra el hilo que conduce a la persona fuera del laberinto de su propio inconsciente.

GSV: *Al menos en la superficie, pues la vida humana nunca fue más compleja. Cada día una nueva idea propuesta por usted o por sus discípulos, vuelven un problema de la conducta humana más intrigante y más contradictorio.*

SF: El psicoanálisis, por lo menos, jamás cierra la puerta a una nueva verdad.

GSV: *Algunos de sus discípulos, más ortodoxos que usted, se apegan a cada pronunciamiento que sale de su boca.*

SF: La vida cambia. El psicoanálisis también cambia. Estamos apenas en el comienzo de una nueva ciencia.

GSV: *La estructura científica que usted levanta me parece ser mucho más elaborada. Sus fundamentos –la teoría del “desplazamiento,” de la “sexualidad infantil,” de los “simbolismos de los sueños,” etc.– parecen permanentes.*

SF: Yo repito, pues, que estamos apenas en el inicio. Yo apenas soy un iniciador. Conseguí desenterrar monumentos enterrados en los sustratos de la mente. Pero allí donde yo descubrí algunos templos, otros podrán descubrir continentes.

GSV: *¿Usted siempre pone el énfasis sobre todo en el sexo?*

SF: Respondo con las palabras de su propio poeta, Walt Whitman: “Más todo faltaría si faltase el sexo” (Yet all

were lacking, if sex were lacking). Mientras tanto, ya le expliqué que ahora pongo el énfasis casi igual en aquello que está “más allá” del placer –la muerte, la negociación de la vida. Este deseo explica por qué algunos hombres aman al dolor –como un paso para el aniquilamiento! Explica por qué los poetas agradecen a:

“Cualesquiera dioses que existan
Que la vida ninguna viva para siempre
Que los muertos jamás se levanten
Y también el río más cansado
Desagüe tranquilo en el mar”

GSV: *Shaw, como usted, no desea vivir para siempre, pero a diferencia de usted, él considera al sexo carente de interés.*

SF: (Sonriendo) Shaw no comprende al sexo. Él no tiene ni la más remota concepción del amor. No hay un verdadero caso amoroso en ninguna de sus piezas. Él hace humoradas del amor de Julio César –tal vez la mayor pasión de la historia–. Deliberadamente, tal vez maliciosamente, él despoja a Cleopatra de toda grandeza, relegándola a una simple e insignificante muchacha. La razón para la extraña actitud de Shaw frente al amor, por su negación del móvil de todas las cosas humanas, que emanan de sus piezas el clamor universal, a pesar de su enorme alcance intelectual, es inherente a su psicología. En uno de sus prefacios, él mismo enfatiza el rasgo ascético de su temperamento. Yo puedo estar errado en muchas cosas, pero estoy seguro de que no erré al enfatizar la importancia del instinto sexual. Por ser tan fuerte, choca siempre con las convenciones y salvaguardas de la civilización. La humanidad, en una especie de autodefensa procura su propia importancia. Si usted raspa a un ruso, dice el proverbio, aparece el tártaro sobre la piel. Analice cualquier emoción humana, no importa cuán distante esté de la esfera de la sexualidad, y usted encontrará ese impulso primordial al cual la propia vida debe su perpetuidad.

GSV: *Usted, sin duda, fue bien seguido al transmitir ese punto de vista a los escritores modernos. El psicoanálisis dio nuevas intensidades a la literatura.*

SF: También recibí mucho de la literatura y la filosofía. Nietzsche fue uno de los primeros psicoanalistas. Es sorprendente ver hasta qué punto su intuición preanuncia las novedades descubiertas. Ninguno se percató más profundamente de los motivos duales de la conducta humana, y de la insistencia del principio del placer en predominar indefinidamente que él. El Zaratustra dice: “El dolor grita: ¡Va! Pero el placer quiere eternidad Pura, profundamente eternidad”. El psicoanálisis puede ser

menos discutido en Austria y en Alemania que en Estados Unidos, su influencia en la literatura es inmensa por lo tanto. Thomas Mann y Hugo von Hofmannsthal mucho nos deben a nosotros. Schnitzler recorre un sendero que es, en gran medida, paralela a mi propio desarrollo. Él expresa poéticamente lo que yo intento comunicar científicamente. Pero el Dr. Schnitzler no es ni siquiera un poeta, es también un científico.

GSV: *Usted no sólo es un científico, también es un poeta. La literatura americana está impregnada de psicoanálisis. Hupert Hughes, Harvrey O'Higgins y otros, son sus intérpretes. Es casi imposible abrir una nueva novela sin encontrar alguna referencia al psicoanálisis. Entre los dramaturgos Eugene O'Neill y Sydney Howard tienen una gran deuda con usted. “The Silver Cord” por ejemplo, es simplemente una dramatización del complejo de Edipo.*

SF: Yo sé y entiendo el cumplido que hay en esa afirmación. Pero, tengo cierta desconfianza de mi popularidad en Estados Unidos. El interés americano por el psicoanálisis no se profundiza. La popularización lo lleva a la aceptación sin que se lo estudie seriamente. Las personas apenas repiten las frases que aprenden en el teatro o en las revistas. Creen comprender algo del psicoanálisis porque juegan con su argot. Yo prefiero la ocupación intensa con el psicoanálisis, tal como ocurre en los centros europeos, aunque Estados Unidos fue el primer país en reconocerme oficialmente.

La Clark University me concedió un diploma honorario cuando yo siempre fui ignorado en Europa. Mientras tanto, Estados Unidos hace pocas contribuciones originales al psicoanálisis.

Los americanos son jugadores inteligentes, raramente pensadores creativos. Los médicos en Estados Unidos, y ocasionalmente también en Europa, tratan de monopolizar para sí al psicoanálisis. Pero sería un peligro para el psicoanálisis dejarlo exclusivamente en manos de los médicos, pues una formación estrictamente médica es, con frecuencia, un impedimento para el psicoanálisis. Es siempre un impedimento cuando ciertas concepciones científicas tradicionales están arraigadas en el cerebro.

Freud tiene que decir la verdad a cualquier precio! Él no puede obligarse a sí mismo a agradar a Estados Unidos donde están la mayoría de sus seguidores. A pesar de su rudeza, Freud es la urbanidad en persona. Él oye pacientemente cada intervención, procurando nunca intimidar al entrevistador. Raro es el visitante que se aleja de su presencia sin un presente, alguna señal de hospitalidad!

Había oscurecido. Era tiempo de tomar el tren de vuelta a la ciudad que una vez cobijara el esplendor imperial de los Habsburgos. Acompañado de su esposa y de su hija, Freud desciende los escalones que lo alejan de su refugio en la montaña a la calle para verme partir. Él me pareció cansado y triste al darme el adiós.

“No me haga parecer un pesimista –dice Freud después de un apretón de manos. Yo no tengo desprecio por

el mundo. Expresar desdén por el mundo es apenas otra forma de cortejarlo, de ganar audiencia y aplauso. No, yo no soy un pesimista, en tanto tenga a mis hijos, mi mujer y mis flores! No soy infeliz, al menos no más infeliz que otros.”

El silbato de mi tren sonó en la noche. El automóvil me conducía rápidamente para la estación. Apenas logro ver ligeramente curvado y la cabeza grisácea de Sigmund Freud que desaparecen en la distancia...

REVISIÓN

“APEGADO A MÍ”: ANGUSTIA, VÍNCULOS AFECTIVOS Y PSICOPATOLOGÍA

(Rev GPU 2010; 6; 2: 172-185)

Alberto Botto¹

Desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano vive en medio de una matriz de relaciones intersubjetivas. En este contexto establece vínculos afectivos que son determinantes para el logro de un adecuado desarrollo psicobiológico y social. La teoría del apego entrega un marco conceptual que permite comprender la importancia de las relaciones tempranas que el niño establece con sus padres o cuidadores. La angustia es una experiencia interna que forma parte de una serie de sistemas emocionales que regulan la interacción en las relaciones de apego. Un fenómeno esencial en este proceso lo constituye la angustia de separación. Bajo ciertas circunstancias esta última puede devenir en patológica, favoreciendo la aparición de cuadros clínicos como el trastorno por ansiedad de separación, el trastorno de pánico y la agorafobia. Finalmente es necesario contar con una psicopatología interpersonal que incorpore, desde la mirada del desarrollo, la dimensión vincular en el origen de la enfermedad mental.

“La angustia es la reacción
frente al peligro”

SIGMUND FREUD

“Aunque con el transcurso de los años la mayoría de los estudiosos ha llegado a la conclusión de que una de las causas principales de la ansiedad y la zozobra que experimenta el hombre es la separación de los seres amados, o la amenaza de separación, ha habido profunda renuencia a aceptar esta fórmula tan simple”

JOHN BOWLBY

Yo que todo lo he perdido
ahora tiemblo de dormir.
No resbales de mi brazo:
¡duérmeme apegado a mí!

Apegado a mí (fragmento)

GABRIELA MISTRAL

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

INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano vive en un contexto de relaciones interpersonales, estableciendo vínculos afectivos que guardan una estrecha relación con su desarrollo biológico, psicológico y social. En medio de esta matriz intersubjetiva el individuo genera representaciones mentales que están determinadas por la calidad de las relaciones de apego y que actúan como un eje alrededor del cual se organiza el mundo interno influyendo sobre la estructuración de la personalidad en sus diversas manifestaciones. Para John Bowlby la búsqueda de proximidad hacia el cuidador responde a una pauta de comportamiento innato basado en una serie de sistemas conductuales instintivos que siguen operando incluso en la vida adulta².

Todo vínculo de apego oscila entre la necesidad de cuidado que se obtiene con la cercanía del progenitor y la búsqueda de nuevas experiencias que confirmen la autonomía y favorezcan el crecimiento. Pero, ¿de qué manera se alcanza este delicado equilibrio?

Si se considera a las emociones como modalidades de percepción dirigidas internamente y que, por lo tanto, informan sobre el *estado* (subjetivo) de la persona, entonces es posible darle un sentido –en otras palabras, una función– a aquella experiencia que denominamos angustia y que en el modelo del apego se manifiesta de una manera particular: la angustia de separación.

El propósito de este trabajo es delimitar el ámbito en el que se inscribe la angustia de separación, su importancia en los vínculos de apego, su relación con el desarrollo normal y, por último, con el origen de algunas manifestaciones psicopatológicas como el trastorno de pánico y la agorafobia.

SISTEMAS EMOCIONALES

Desde las primeras aproximaciones científicas al estudio y clasificación de las emociones –cuyo principal exponente fue William James, hace más de cien años– hasta las teorías más contemporáneas, pasando por las notables contribuciones de Papez y MacLean –quien describió el *cerebro triuno* y consolidó el concepto de *sistema límbico*– aún persiste la controversia respecto a la definición y la naturaleza de los estados emocionales.

Para Jaak Panksepp³, desde un punto de vista neurobiológico, los afectos surgen de la interacción de

complejos sistemas emocionales organizados en redes y circuitos neuronales cuyas principales características son:

1. Los circuitos neuronales se encuentran genéticamente determinados y están diseñados para responder incondicionalmente frente a estímulos provenientes del medio ambiente.
2. Estos circuitos controlan y organizan una diversidad de conductas por medio de la activación o inhibición de subrutinas motoras y cambios neurohormonales que tienen una función adaptativa en el desarrollo evolutivo de la especie.
3. Los circuitos son capaces de modular la sensibilidad de los sistemas sensoriales que son relevantes para las secuencias conductuales que se han activado.
4. La actividad neural de los sistemas emocionales es capaz de perdurar luego de que el estímulo precipitante haya cesado.
5. Estos sistemas pueden ser modulados por estímulos ambientales emocionalmente neutros (“*inputs cognitivos*”).
6. Los circuitos interactúan recíprocamente con mecanismos cerebrales relacionados con la elaboración de funciones cognitivas complejas y la conciencia.

Los cuatro sistemas emocionales más estudiados son:

1. Sistema de Búsqueda (SEEKING): Promueve la exploración y la elaboración de planes conductuales para lograr diversos objetivos y metas con la finalidad de satisfacer algún deseo (hambre, sed, reproducción sexual, etc.). En humanos se relaciona con la energía, la motivación y la curiosidad –incluyendo la de tipo intelectual–. Con los años este sistema tiende a disminuir su actividad, lo que, desde un punto de vista psicopatológico, se relaciona también con la depresión. Por el contrario, su hiperactividad se asocia con estados de exaltación psicomotora tal como ocurre en distintos tipos de psicosis dentro de las que se encuentran la esquizofrenia y la manía. Funcionalmente se relaciona con la actividad dopaminérgica en diversas regiones cerebrales, dentro de las que se cuentan: área ventrotectal anterior, núcleo *accumbens*, amígdala, giro cingulado anterior, corteza prefrontal e hipotálamo dorsolateral.
2. Sistema de rabia (RAGE): Regula las conductas hostiles y agresivas que surgen habitualmente en respuesta a una frustración. Este sistema se inhibe

² Bowlby J. *El Apego*. Paidós, Buenos Aires, 2009.

³ Panksepp J. *Affective Neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press, New York, 2005.

recíprocamente con el sistema de búsqueda y es activado por el sistema de miedo. Se relaciona con la amígdala, partes del hipotálamo y la sustancia gris periacueductal. Su hiperactivación patológica puede observarse como consecuencia de tumores o lesiones cerebrales de origen traumático.

3. Sistema de miedo (FEAR): Desde un punto de vista evolutivo su funcionamiento tiene como meta asegurar la sobrevivencia frente a situaciones de peligro a través de conductas de congelamiento (*freezing*) y de escape. Se relaciona con la amígdala central y lateral, el hipotálamo medial y anterior y con la sustancia gris periacueductal. Su neurotransmisor más significativo es el GABA y, farmacológicamente, es el sitio específico de acción de las benzodiazepinas.
4. Sistema de pánico (PANIC): Regula las conductas de apego, la angustia de separación y los vínculos sociales. Es activado por el sistema de miedo y es inhibido por los de búsqueda y rabia. Anatómicamente se relaciona con el giro cingulado anterior, núcleos talámicos e hipotalámicos, área ventro- tegmental anterior y sustancia gris periacueductal. Los neurotransmisores involucrados en su funcionamiento son la prolactina, oxitocina y los opioides endógenos.

Además de estos sistemas –organizados en torno a motivaciones básicas y primitivas– en los mamíferos se han descrito otros, más sofisticados, que se activan en distintos momentos del ciclo vital y son aquellos que se relacionan con el deseo sexual (LUST), cuidados maternos (CARE) y los juegos bruscos (PLAY).

EL SISTEMA DE PÁNICO

Evolutivamente, la capacidad de establecer vínculos afectivos que aseguren la sobrevivencia y favorezcan el desarrollo, se equipara en importancia a otras motivaciones vitales como la búsqueda de alimentos o la huida frente al peligro. Esto fue lo que René Spitz observó en su ya clásico análisis del cuidado en niños institucionalizados. Aunque este fenómeno se ha descrito en una diversidad de especies –desde las aves a los primates–, hoy existe una amplia aceptación respecto a la idea de que los mamíferos heredan un sistema psico-conductual que media la creación de lazos sociales así como también una serie de emociones relacionadas con este fenómeno dentro del complejo espectro que va desde la cercanía hasta la separación.

El sistema de PÁNICO es aquel dispositivo neurobiológico que le informa al individuo acerca del estado

de su ambiente social y regula la formación de vínculos con otros individuos. Este sistema deriva, en parte, de circuitos neurales relacionados con el dolor y es el mediador de todos los fenómenos que se organizan en torno a la angustia de separación. Desde la vertiente de la psicopatología se ha relacionado con las crisis de pánico, la depresión y el autismo⁴. Se activa específicamente cuando el animal es separado de su cuidador o del entorno protegido y puede ser evaluado de diversas maneras, especialmente a través de las *llamadas de separación* o *vocalizaciones de angustia* que emiten las crías, medidas a través del estudio del espectro del sonido. En animales libres cuando el sistema se estimula por primera vez produce comportamientos de búsqueda, lo cual, evolutivamente, se presume que aumenta las probabilidades de encontrar a la madre (o de ser encontrado); sin embargo, después de un tiempo se produce un aislamiento del ambiente (en forma similar a lo que ocurre clínicamente en una persona con depresión) lo que podría estar relacionado con el hecho de que no es seguro buscar a la madre durante un periodo prolongado por el riesgo de exponerse a los ataques de los depredadores.

Neurobiológicamente, el sistema que regula los vínculos sociales está conformado por una compleja red funcional donde se han involucrado una serie de estructuras y sustancias dentro de las cuales destacan las vías del dolor –moduladas por los opioides endógenos–, la oxitocina y la prolactina, entre otras^{5,6}. La separación de un objeto amado activa el sistema de PÁNICO lo que reduce la actividad de los opioides en esta región cerebral y –literalmente– produce dolor. De esta manera los animales aprenden (por medio de una estrategia de refuerzo) a mantener la cercanía y la proximidad.

Para Panksepp, el estudio detallado de los mecanismos cerebrales que generan la angustia de separación son la principal vía para comprender la naturaleza biológica de los vínculos sociales. Postula que el componente afectivo del sistema que regula los vínculos de apego en el cerebro de los mamíferos es de tipo dicotómico: por un lado se encuentran las conductas y sentimientos relacionados con la angustia de separación y,

⁴ Solms M, Turnbull O. *El cerebro y el mundo interior. Una introducción a la neurociencia de la experiencia subjetiva*. Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 2004.

⁵ Tops M, Van Peer J, Korf J, Wijers A, Tucker D. Anxiety, cortisol and attachment predict plasma oxytocin. *Psychophysiology*, 2007; 44: 444-449.

⁶ Insel T. A neurobiological basis of social attachment. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 726-735.

por otro, los relacionados con el confort y la recompensa social. Éstos se encontrarían bajo el comando de mecanismos primitivos relacionados con la búsqueda de contacto, la regulación del dolor y la termorregulación.

Los opioides cerebrales fueron las primeras moléculas que se describieron como potentes reductores de la angustia de separación. La b-endorfina –que interactúa con el receptor *mu*– es el opioide endógeno que posee la mayor capacidad de aliviar la angustia de separación y se la ha relacionado con diversas formas de vínculo afectivo incluidos los cuidados parentales, el amor sexual y el erotismo.

Neuroanatómicamente el sistema de PÁNICO está representado por el diencefalo medial, especialmente por el tálamo dorsomedial. Además se ha vinculado con otras áreas como la *stria terminalis*, el giro cingulado anterior, la amígdala y el hipotálamo, existiendo una correlación entre este sistema y aquellos relacionados con el factor liberador de corticotrofina⁷ (que es un potente activador de vocalizaciones de angustia en animales) y la b-endorfina. Además de los opioides (cuyo aumento disminuye el deseo de socialización), otros neuropéptidos que se han estudiado son la oxitocina y la prolactina (ambas claramente promotoras de las conductas de apego). Se piensa que el neurotransmisor que comandaría la función del sistema de PÁNICO es el glutamato que al activar su receptor aumenta intensamente las vocalizaciones de angustia, mientras que su bloqueo las disminuye.

Finalmente, se ha planteado que la formación de vínculos sociales implica, por una parte, la capacidad del individuo de experimentar angustia de separación en momentos de aislamiento y de bajo soporte social y, por otra, de experimentar un nivel de confort luego del restablecimiento de la relación.

EL APEGO

John Bowlby, partiendo desde el psicoanálisis, pero basado en la etología y en la teoría de la evolución –de hecho, una de sus últimas publicaciones fue una biografía sobre Charles Darwin– concluyó, a través de su trabajo como psiquiatra infantil, que la psicopatología se originaba en experiencias reales de la vida interpersonal. Su propósito fue desarrollar un paradigma psicoanalítico que permitiera integrar de mejor manera

la observación clínica con la explicación conceptual. Planteó que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura materna forma parte de una herencia arcaica, cuya función es asegurar la supervivencia de la especie, y que esta tendencia es relativamente independiente de la oralidad y de la alimentación. Sus ideas contrastaron con las posturas psicoanalíticas del momento, influidas por los escritos de Melanie Klein, que le otorgaban una especial importancia a la fantasía y los procesos intrapsíquicos como motores de la vida emocional normal y patológica⁸.

Para Bowlby la *teoría del apego* es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas y un intento por explicar la multiplicidad de reacciones emocionales y fenómenos clínicos que surgen como consecuencia de la separación y la pérdida afectiva. Después de la segunda guerra mundial Bowlby se hizo cargo del departamento de niños de la Clínica Tavistock, y a comienzos de la década de 1950 la Organización Mundial de la Salud le pidió que se ocupara de estudiar los efectos en los niños que perdieron a sus familias y quedaron sin hogar, debiendo ser acogidos por hospitales e instituciones. Los resultados de sus estudios le permitieron corroborar la importancia de los cuidados parentales durante los primeros años de vida en la salud mental del individuo. Observó que uno de los aspectos más importantes era la permanencia de una relación íntima y cercana con un cuidador que podía ser la madre, el padre o un sustituto. Además, concluyó que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte con el cuidador tenía un fundamento filogenético relacionado con la supervivencia de la especie y era independiente de la oralidad y de la alimentación.

El apego puede definirse como una conducta innata, biológicamente determinada, que forma parte de una serie de sistemas motivacionales y cuyo eje organizador es la búsqueda de proximidad con una figura significativa que otorgue seguridad y protección (habitualmente los progenitores o algún cuidador cercano) a través de la cual se desarrolla un vínculo afectivo.

Desde un punto de vista evolutivo, la conducta de apego mejora la supervivencia del recién nacido al protegerlo del daño frente a las adversidades ambientales, los ataques de los demás, la separación del grupo y la muerte por inanición. Por lo mismo, el sistema de apego es altamente sensible a las señales de peligro, activándose no sólo ante situaciones externas de amenaza

⁷ Quirin M, Pruessner J, Kuhl J. HPA system regulation and adult attachment anxiety: Individual differences in reactive and awakening cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 2008; 33: 581-590.

⁸ Marrone M. *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Editorial Prismática. Madrid, 2001.

sino también frente a la posibilidad de una separación del cuidador más cercano lo que se asocia frecuentemente con una experiencia interna de angustia.

Sin embargo, la búsqueda de proximidad y el establecimiento de un vínculo afectivo, además de otorgarle al individuo una ventaja evolutiva, favorece el desarrollo de una relación intersubjetiva que será fundamental en la organización de su funcionamiento cerebral y la estructuración de su mente, su personalidad y su capacidad para, más tarde, establecer otras relaciones en la vida social⁹.

Las transacciones emocionales que se dan al interior de los vínculos de apego le permiten al niño regular sus estados afectivos a través de las respuestas que recibe de sus progenitores modulando aquellos sentimientos más disruptivos como el miedo, la rabia, la ansiedad y la tristeza y potenciando aquellas experiencias que le otorguen un sentido de coherencia interna, seguridad y confianza en lo que Bowlby denominó una *base segura*.

El tipo de interacción que el niño establece con los padres se organiza alrededor de representaciones mentales de la relación que configuran lo que se ha denominado un *modelo operativo interno del self y del otro*. Estas experiencias son codificadas como esquemas mentales o modelos de funcionamiento que quedarán almacenados bajo la forma de una memoria implícita y que más tarde podrán ser reactivadas en las distintas relaciones que se establezcan a lo largo de la vida. Es así como las conductas de apego continúan manifestándose durante todo el ciclo vital.

De esta manera, bajo el concepto de *neurobiología interpersonal*¹⁰ se ha pretendido organizar el conocimiento que hoy en día se tiene acerca de las complejidades que existen en la interacción de la –por llamarla de alguna forma que enfatice la importancia de su integración– unidad mente/cerebro entre una persona y otra, tal como ocurre en el caso de un niño con su madre, una pareja de enamorados o un paciente y su terapeuta. Por lo tanto, las relaciones de apego no sólo tendrán una función en el resguardo de la sobrevivencia sino que además contribuirán con la creación y el desarrollo de todos los dominios del funcionamiento psicológico (mental) y neurobiológico (cerebral). Este fenómeno ha

sido descrito metafóricamente –parafraseando a Allan Schore– como aquel donde *el cerebro (derecho) de la madre construye el cerebro (derecho) del niño*¹¹.

El niño en proceso de desarrollo utiliza la figura de apego –siendo más específicos, a su unidad mente/cerebro– para que le ayude a organizar sus propios estados mentales/cerebrales¹². A través de la *respuesta sensible* del progenitor –es decir, su capacidad para reconocer, interpretar y responder adecuadamente a las demandas del niño– se produce en el vínculo una sintonía psicobiológica (también denominada *estado de resonancia mental*) que contribuye a fortalecer y mantener los procesos de regulación afectiva. Se piensa que uno de los sustratos de estos fenómenos –que se encuentran en el continuo que va desde la imitación hasta la forma de cómo entendemos a los otros, pasando por la capacidad de empatizar y mantener relaciones de intimidad amorosa– corresponde a la región orbitofrontal y al denominado sistema de neuronas en espejo (ubicado en la zona F5 de la corteza motora)^{13, 14, 15}. De esta manera, y en forma progresiva, se adquiere la mentalización –es decir, la capacidad de entender las propias conductas y las de los demás en términos de estados mentales (como deseos, creencias, sentimientos y motivaciones)– lo que para muchos es uno de los logros más significativos del desarrollo¹⁶ y en cuya falla se encuentra el origen de las manifestaciones psicopatológicas de una variedad de cuadros psiquiátricos, dentro de los cuales destacan los trastornos de la personalidad, específicamente la personalidad límite^{17, 18}.

⁹ Cozolino L. *The neuroscience of human relationships. Attachment and the developing social brain*. W.W. Norton & Company, New York, 2006.

¹⁰ Siegel D. Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight”, and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 2001; 22(1-2): 67-94.

¹¹ Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self/ Affect Regulation and the Repair of the Self* (two-volume set). WW Norton & Company, New York, 2003.

¹² Siegel D. *The Developing Mind*. The Guilford Press, New York, 1999.

¹³ Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. *Annu. Rev. Neurosci.* 2004. 27: 169-92.

¹⁴ Rizzolatti G, Sinigaglia C. *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Paidós, Barcelona, 2006.

¹⁵ Iacoboni M. *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros*. Katz editores, Madrid, 2009.

¹⁶ Allen J, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1 edition, Washington D. C., 2008.

¹⁷ Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press, New York, 2002.

¹⁸ Choi-Kain L, Gunderson J. Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1127-1135.

Mary Ainsworth, colaboradora de Bowlby en la década de 1950 en la Clínica Tavistock, estudió la interacción madre-hijo durante el primer año de vida. En un contexto experimental al que se refirió como *situación extraña*, observó la respuesta del niño en momentos de separación y encuentro con su figura de apego al permanecer en una habitación en distintos momentos: con su madre, con su madre y una persona desconocida y solo con una persona desconocida. De esta manera Ainsworth describió y clasificó los patrones de comportamiento del niño en tres tipos a los que posteriormente se agregó un cuarto propuesto por Main y Solomon:

1. Apego Seguro: examina el recinto y los juguetes con interés, muestra señales de extrañar al progenitor (a quien prefiere por sobre el desconocido), y a menudo llora durante la separación. Saluda al progenitor activamente al momento del reencuentro y logra retomar el juego.
2. Apego Evitativo: no llora durante la separación, evita e ignora activamente al progenitor durante el reencuentro, no busca el contacto ni muestra señales emocionales de angustia o ira, centrándose en los juguetes o el ambiente durante todo el procedimiento.
3. Apego Ambivalente: puede mostrarse muy cauteloso o angustiado incluso antes de la separación, con escasa exploración; preocupado por el progenitor durante todo el procedimiento, puede parecer furioso o pasivo; no logra establecerse o reconfortarse luego del reencuentro y sigue llorando; no logra retomar el juego y la exploración tras el reencuentro. Junto al apego Evitativo conforman el subgrupo de Apego Inseguro.
4. Apego Desorganizado: muestra conductas impredecibles, desorientadas y erráticas en presencia del progenitor, sugiriendo un colapso temporal de las estrategias conductuales.

Los niños con apego seguro suelen tener padres emocionalmente disponibles, perceptivos y responsivos frente a las necesidades y estados mentales de sus hijos. En circunstancias donde se activa el sistema de apego (tal como ocurre en la *situación extraña*) estos niños buscan la proximidad su progenitor. Se estima que entre el 55% y el 65% de los niños en poblaciones no clínicas presentan un patrón de apego seguro.

Los padres emocionalmente indisponibles, no perceptivos o que muestran actitudes de rechazo se asocian con niños que se vinculan de un modo evitativo (20%-30%); es decir, ignorando la reaparición de sus progenitores en la *situación extraña*.

Cuando los padres están disponibles y son perceptivos, pero responden de forma incoherente e introducen sus propios estados mentales en los niños, éstos tienden a desarrollar un estilo de apego ambivalente (5%-15%). Se piensa que en ellos existiría una sobreactivación del sistema de apego donde la búsqueda de proximidad no concluye con el contacto con el progenitor. En la situación extraña parecen ansiosos, inquietos y habitualmente no vuelven a jugar luego del reencuentro.

Finalmente, cuando los padres muestran conductas francamente desorientadas, temerosas o agresivas desarrollan vínculos de tipo desorganizado (20%-40%). En la *situación extraña* los niños presentan una actitud errática e impredecible, aproximándose y rechazando al progenitor y en ocasiones entrando en un estado de pseudotrance, como "congelados" o paralizados.

Desde un punto de vista neurobiológico se ha visto que, en la relación con sus hijos, las madres con apego seguro muestran una mayor activación de regiones cerebrales relacionadas con la recompensa, incluyendo el *striatum* ventral, y regiones hipotálamo-hipofisiarias asociadas con oxitocina. Además, la respuesta periférica de oxitocina frente al contacto con el niño es significativamente mayor en dichas madres y se correlaciona positivamente con una activación cerebral en ambas regiones¹⁹.

EL ESTILO DE APEGO AMBIVALENTE

Como estado emocional motivador de conductas, la angustia se encuentra presente en todos los tipos de apego; sin embargo es en el ambivalente donde con mayor claridad es posible observar un comportamiento que pueda ser calificado como ansioso. Como se mencionó, en la *situación extraña* estos niños escasamente son tranquilizados por el progenitor ni vuelven inmediatamente al juego, llorando y mostrando alivio en forma alternada, pero, en definitiva, siendo muy difíciles de controlar. Ainsworth observó que los padres de estos niños se encontraban disponibles, eran sensibles y receptivos, pero mostraban una tendencia a invadir a sus hijos con sus propios estados mentales y emocionales, interfiriendo con el logro de una adecuada sintonía en

¹⁹ Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague P. Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology*, 2009; 34: 2655-2666.

la relación lo que, bajo la mirada de Stern, correspondería a una falla en el *entonamiento afectivo*²⁰.

A lo largo de la vida cada persona oscila invariablemente entre dos polaridades de la experiencia interpersonal: por un lado, la búsqueda de proximidad y cercanía con los demás y, por otro, la necesidad de mantener la independencia y la autoafirmación. En la relación de apego es esencial que el adulto reconozca en el niño estos distintos momentos con el objeto de saber cuándo es necesario aproximarse y cuándo mantener una distancia que le permita al niño desenvolverse de manera segura en un espacio personal de soledad y tranquilidad. En los estilos de apego ambivalente el adulto es incapaz de percibir y respetar estas necesidades naturales lo que se traduce en una intrusión de sus propios estados emocionales en la mente del niño ocasionando un quiebre en la sintonía emocional.

A diferencia de lo que ocurre con los niños evitativos (que aprenden a rechazar el estado mental de los padres y a desarrollar una estrategia de desactivación) un estilo de apego ambivalente obliga al niño a estar más preocupado por su propia angustia y a maximizar su atención hacia la relación (imprevisible) con su progenitor, experimentando una sensibilidad parental incoherente con elevados niveles de angustia que no son contenidos ni tolerados con facilidad.

Un patrón de comunicación imprevisible e intrusivo sumado a las continuas preocupaciones propias de los progenitores y una sensibilidad incoherente frente a las necesidades del niño es lo que, finalmente, se traduce en una falla de los mecanismos de regulación afectiva que son, como vimos, fundamentales para el desarrollo normal (y patológico) del individuo.

ANGUSTIA, APEGO Y PSICOANÁLISIS

Las primeras aproximaciones de Freud a la comprensión de la angustia estuvieron muy influidas por explicaciones biológicas y mecanicistas que –desde el punto de vista *económico* del aparato psíquico– la relacionaban con el resultado de la descarga de excitación endógena de carácter sexual producto de la falla en el control de una acumulación de dicha tensión libidinal.

En el año 1926 Freud publica “Inhibición, síntoma y angustia”²¹ donde, siguiendo el modelo *estructural*,

redefine la angustia como una forma de reacción del yo frente a la amenaza de una situación traumática. En ese momento diferencia la *angustia automática* de la *angustia señal* que, según Laplanche y Pontalis, correspondería a un “dispositivo puesto en acción por el yo, ante una situación de peligro, con vistas a evitar el ser desbordado por el aflujo de excitaciones”²². La angustia señal reproduciría en forma atenuada la reacción de angustia vivida en una experiencia traumática del pasado y permitiría poner en marcha los mecanismos de defensa.

Pero, ¿frente a qué peligro es la angustia una señal? Para Freud, las situaciones de peligro se resumen en cuatro: la pérdida de objeto en la niñez, la castración en la etapa fálica, las amenazas del superyó durante el periodo de latencia y, por último, la pérdida del amor del objeto.

Para Bowlby –quien fue vicepresidente de la Asociación Psicoanalítica Británica entre 1956 y 1961– lo que condicionaba la angustia (constituyéndose en el elemento organizador de la señal de peligro) era la amenaza de la pérdida del objeto. Sin embargo, sostenía que la teoría psicoanalítica de la angustia no alcanzaba a explicar las complejidades del vínculo entre el niño y su madre ni las intensas reacciones que clínicamente observaba en respuesta a la separación y la pérdida. Sugirió que la ansiedad de separación estaba determinada por el tipo de experiencia y el estilo de comunicación familiar que hacían que el niño se sintiera inseguro en sus relaciones de apego. Por lo tanto, señaló que la comprensión de la angustia de separación no progresaría sin incorporar la especificidad del vínculo con la madre.

Según Marrone, el modelo de Bowlby difiere del modelo de Freud en tres aspectos:

1. En el modelo de Freud el apego es secundario en relación con las gratificaciones oral y libidinal. Para Bowlby el apego es primario y tiene un estatus propio.
2. Según Freud, el niño se encuentra en un estado de *narcisismo primario*, cerrado frente a los estímulos externos. Bowlby, en cambio, plantea que desde el nacimiento el individuo se encuentra inmerso en un contexto intersubjetivo de reciprocidad relacional.
3. Mientras que para Freud la conducta pulsional es activada por un monto de energía que busca la descarga, para Bowlby es activada tanto por condiciones internas como externas cuando la función que cumple es requerida.

²⁰ Stern D. *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Paidós, Buenos Aires, 2003.

²¹ Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2001.

²² Laplanche J, Pontalis J. *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós, Buenos Aires, 2005.

Sin embargo, ambas teorías también presentan múltiples puntos de convergencia²³ –los que en la actualidad han sido ampliamente aceptados y validados tanto por la investigación empírica como conceptual–. Para Bowlby así como también para Freud la influencia del ambiente (ya sea a través de la privación afectiva, el trauma o la seducción) es fundamental para un adecuado desarrollo psicológico, especialmente durante los primeros años de vida, enfatizando el rol que cumple la relación con los progenitores. Hoy se acepta que la representación mental de la relación del *self* con el otro es determinante en la estructuración de la personalidad y el comportamiento interpersonal lo que podría equipararse con la idea de un *modelo de trabajo interno*. Finalmente se ha planteado que el concepto de mentalización (operacionalizado bajo término de *función reflexiva*) no difiere de otras ideas psicoanalíticas como la necesidad de reconocer el dolor y el sufrimiento de los otros –es decir, sus estados mentales– para alcanzar la posición depresiva (Melanie Klein), la función de continente (Bion) o la importancia de la comprensión *psicológica* del niño para la construcción de del *self* verdadero (Winnicott).

Recientemente Busch y Milrod²⁴ plantean que, desde el punto de vista psicodinámico, aquellas personas que desarrollan un trastorno de pánico presentan una mayor vulnerabilidad ocasionada por factores neurobiológicos (hipersensibilidad de los sistemas neurales relacionados con el miedo, donde la amígdala juega un rol central) y por un temperamento ansioso, los que durante la infancia, las haría más propensas a mantener vínculos de dependencia hacia sus progenitores en busca de seguridad. Este patrón relacional se caracteriza por la percepción del cuidador como alguien poco confiable, propenso al abandono y el rechazo. En respuesta a lo anterior, más la herida narcisista por la dependencia, surge la agresión –sentimiento que es experimentado como altamente peligroso debido al daño potencial que puede sufrir la figura de apego (de quien el niño depende)– lo que incrementa el temor frente a la pérdida y, por lo tanto, la dependencia. Este círculo vicioso se activa en la adultez cuando el individuo percibe una amenaza hacia la integridad de las relaciones más cercanas. En ese momento se activan la angustia

señal y los sistemas defensivos; sin embargo, dada la inmadurez de la primera, la intensidad de la amenaza y la desorganización ocasionada por la fantasía de daño antes mencionada, el yo es incapaz de manejar la angustia y se desencadena la crisis de pánico.

LA ANGUSTIA DE SEPARACIÓN

La mayoría de los niños manifiesta algún grado de angustia al separarse de sus padres o cuidadores, especialmente cuando se ven enfrentados a situaciones nuevas y desconocidas. A esta reacción se la denomina angustia de separación (AS) y corresponde a un fenómeno esperable y absolutamente comprensible según las etapas del desarrollo psicobiológico normal del individuo.

Bowlby describe seis enfoques principales acerca de la AS²⁵:

1. El primer modelo, es el propuesto por Freud y, como vimos, relaciona la aparición de angustia con la imposibilidad de descarga de la libido al separarse al niño de su madre.
2. La ansiedad de separación reproduce el trauma del nacimiento (Rank), prototipo de toda ansiedad posterior.
3. En ausencia de la madre el niño genera una respuesta (la ansiedad) tendiente a llamar su atención (relacionada con la teoría de la angustia señal).
4. La angustia aparece cuando la madre desaparece porque el niño cree que él la ha destruido o devorado por lo cual la ha perdido para siempre (*ansiedad depresiva*, según Melanie Klein).
5. Al proyectar su agresividad el niño interpreta el alejamiento de la madre como una forma de castigo y hostilidad (*ansiedad persecutoria*, según Melanie Klein).
6. La ansiedad es una respuesta primaria a la ruptura del vínculo de apego que une al niño con su madre (teoría del *apego frustrado*).

La teoría que propone Bowlby considera que la separación producida entre un niño pequeño y su figura de apego es de por sí perturbadora (porque amenaza su supervivencia) y proporciona las condiciones necesarias para que se experimente un miedo muy intenso. Como resultado de lo anterior, cuando el niño percibe una amenaza de separación, por medio de un aprendizaje asociativo surge en él la ansiedad.

²³ Fonagy P. *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press, New York, 2001.

²⁴ Busch F, Milrod B. Psychodynamic treatment of panic disorder. *Clinical and research Assessment*. En: Levy R, Ablon J. (eds.) *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. Humana Press, New York, 2009.

²⁵ Bowlby J. *La Separación*. Paidós, Buenos Aires, 2009.

A pesar de que la AS es una respuesta adaptativa y, como vimos, forma parte del desarrollo, en algunos niños la reacción emocional puede alcanzar una intensidad inusual que interfiere en su funcionamiento psicológico, familiar y social. En esos casos es muy probable que se trate de un trastorno por ansiedad de separación (TAS)²⁶. Según el DSM-IV²⁷ (Tabla 1), el elemento central para el diagnóstico de este cuadro es “la aparición de ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado”.

La prevalencia del TAS se estima habitualmente entre el 3.5% y 5.4%; sin embargo muchos niños experimentan estados subclínicos que no cumplen con todos los criterios para establecer el diagnóstico²⁸. Su curso suele ser variable; mientras algunos niños se recuperan completamente²⁹, otros presentan una evolución donde los síntomas persisten hasta hacerse crónicos. En estos casos el riesgo de desarrollar algún trastorno ansioso en la adultez, específicamente un trastorno de pánico, es particularmente alto³⁰. Incluso se ha postulado que el TAS correspondería a una forma e manifestación temprana del trastorno de pánico más que sólo un precursor o factor de riesgo.

Uno de los modelos etiopatogénicos más ampliamente aceptados para el TAS se basa en estudios sobre el rol que juegan los estilos de apego en el desarrollo psicobiológico. De esta manera, niños con apego inseguro muestran un elevado distrés frente a la separación y una gran dificultad para retomar la relación luego del reencuentro con sus padres, situación muy similar a la que se describe en quienes sufren un TAS. Como se mencionó más arriba, el tipo de vínculo que establecen quienes presentan este tipo de apego está determinado por padres poco disponibles e inconsistentes en su respuesta emocional lo que se traduce en señales

Tabla 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (SEGÚN DSM-IV)

<p>A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas. 2) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño. 3) Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso de lugar a la separación de una figura vinculada importante (por ejemplo, extraviarse o ser secuestrado). 4) Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación. 5) Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares. 6) Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o ir a dormir fuera de casa. 7) Pesadillas repetidas con temática de separación. 8) Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación. <p>B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.</p> <p>C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.</p> <p>D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.</p>

²⁶ Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents. *Epidemiology, diagnosis and management*. CNS drugs. 2001; 15(2): 93-104.

²⁷ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.

²⁸ Jurbergs N, Roth D. Separation Anxiety Disorder. *Pediatric Annals*. 2005; 34,2: 108-115.

²⁹ Kearney C, Sims K, Pursell C, Tillotson C. Separation anxiety disorder in young children. A longitudinal and family analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2003; 32(4): 593-596.

³⁰ Casat C. Childhood anxiety disorders: a review of the possible relationship to adult panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Disord*. 1988; 2(1): 51-60.

equivocas hacia el niño sobre la manera de sentirse seguros en su ausencia y tolerar la separación. Por cierto, el tipo de vínculo establecido incluye los aspectos temperamentales del niño, relacionados con la biología y la herencia, que no sólo interactúan con la conducta de los padres sino que de alguna manera también la condicionan. Es así como niños que presentan un temperamento altamente ansioso pueden dificultar el desarrollo de una adecuada relación con sus cuidadores facilitando la aparición de respuestas poco empáticas.

Incluso hay estudios que indican que la influencia genética sería responsable del 47% de la varianza de los síntomas del TAS en comparación con los factores ambientales (21%)³¹.

Otra línea de estudio sobre el origen del TAS se ha dirigido a la forma en que los padres enseñan a sus hijos ciertas estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, se sabe que padres de niños con TAS presentan en un mayor porcentaje cuadros clínicos de ansiedad y depresión que aquellos con niños sin TAS³². Aunque los resultados no son concluyentes, existiría cierta agregación familiar para el TAS. Así, se ha visto que un alto porcentaje de padres de niños con TAS presentaron síntomas compatibles con el cuadro durante su infancia; por otra parte, niños diagnosticados con TAS juvenil tendrían un riesgo 11 veces mayor que la población general de tener al menos un progenitor con diagnóstico de TAS del adulto³³. Estos padres –quienes probablemente experimentaron en su infancia una comunicación emocional incoherente e intrusiva configurándose un estilo de apego ambivalente– muestran hacia sus hijos una actitud preocupada cargada de ansiedad e incertidumbre, repitiendo un patrón relacional muy parecido al que vivió en su pasado. Es así como se produce lo que Fonagy ha denominado *persistencia transgeneracional de los patrones de apego*³⁴.

Algunos estudios muestran que padres de niños ansiosos manifiestan hacia ellos conductas más controladoras y limitantes de la autonomía que aquellos padres de niños no ansiosos³⁵. Cuando los padres presentan síntomas de angustia, evitación o depresión es menos probable que faciliten en el niño su incorporación a actividades sociales que favorezcan su socialización e inde-

pendencia. Cuando se comparan con niños no ansiosos aquellos que presentan TAS, fobia social o trastorno de ansiedad generalizada, funcionan en mayor proporción con un procesamiento cognitivo negativo, sobredimensionan las situaciones de riesgo y tienen menos confianza sobre sus capacidades para enfrentar el peligro³⁶.

¿EXISTE LA ANGUSTIA DE SEPARACIÓN EN EL ADULTO?

La presencia de angustia de separación en el adulto sólo ha sido descrita recientemente³⁷. Dos aspectos que continúan siendo controversiales se relacionan, por una parte, con la validez de su diagnóstico en aquella población y, por otra, con su origen, es decir, si su presencia se debe sólo a una continuación de los síntomas de la infancia o es posible plantear su aparición en la vida adulta como primera manifestación³⁸.

Aunque muchos estudios muestran que un porcentaje elevado de casos de TAS remite antes de la adultez³⁹, en ellos no existe un registro de seguimiento que evalúe la aparición de síntomas en el adulto (quien tendría la posibilidad de establecer nuevas relaciones de apego). Sin embargo, a pesar de ser cuestionados por la poca representatividad de sus muestras, algunos trabajos han demostrado la aparición de TAS en adultos sin antecedentes de síntomas durante su niñez⁴⁰.

En un estudio publicado el año 2006, Shear *et al.*⁴¹ encontraron que la prevalencia del TAS en niños y adultos fue de 4,1% y 6,6% respectivamente. Aproximadamente en un tercio de quienes fueron clasificados

³¹ Feigon S, Waldman I, Levy F, Hay D. Genetic and environmental influences on separation anxiety disorder symptoms and their moderation by age and sex. *Behavior Genetics*, 2001; 31(5): 403-411.

³² Last C, Francis G, Hersen M, Kazdin A, Strauss C. Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. *Am J Psychiatry*. 1987; 144(5): 653-657.

³³ Manicavasagar V, Silove D, Rapee R, Waters F, Momartin S. Parent-child concordance for separation anxiety: a clinical study. *J Affect Dis*. 2001 ; 65(201) : 81-84.

³⁴ Fonagy P. Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Publicado en la revista electrónica *Aperturas Psicoanalíticas*: www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistenciastransgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria.

³⁵ Silverman W, Niederhauser D. Separation anxiety disorder. En: Morris T, March J. eds. *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press, 2004: 164-188.

³⁶ Bogels S, Zigterman D. Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2000; 28(2): 205-211.

³⁷ Manicavasagar V, Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Aust NZ J Psychiatry*. 1997; 31: 299-303.

³⁸ Ollendick T, Lease C, Cooper C. Separation anxiety in young adults: a preliminary examination. *J Anxiety Disord*. 1993; 7: 293-305

³⁹ Costello E, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60: 837-844.

⁴⁰ Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *J Anxiety Disord*. 2000; 14: 1-18

⁴¹ Shear K, Jin R, Meron A, Walters E, Kessler R. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 1074-1083.

como casos en la infancia (36,1%) la enfermedad persistió en la adultez; sin embargo la mayoría de los casos diagnosticados en la población adulta (77,5%) no tenían antecedente de TAS, manifestándose en ellos por primera vez. Además, el diagnóstico de TAS se asoció con la presencia de comorbilidad en más del 80% de los casos (tanto en niños como en adultos) y con una mayor alteración en el funcionamiento social y laboral. Además se ha visto que la AS no sólo se relacionaría con otros cuadros ansiosos o depresivos, sino también con la enfermedad bipolar⁴².

Los datos muestran que el TAS existe en la adultez y es más frecuente de lo que podría pensarse. Además, existe evidencia que apoya la idea de que, en dicha población, el cuadro podría iniciarse por primera vez sin haberse manifestado previamente durante la infancia. De ser así, ahora cabe la siguiente pregunta: el TAS de inicio en la adultez, ¿corresponde a una categoría patológica diferente a otras formas de angustia o, en cambio, es comprensible bajo una mirada dimensional del desarrollo?

El curso de las formas juveniles del TAS es poco claro. Para algunos investigadores, éste sería un factor de riesgo específico para el desarrollo de trastorno de pánico en el adulto⁴³ mientras que para otros lo sería para un amplio rango de trastornos de ansiedad⁴⁴. Silove y Manicavasagar sugieren que el TAS del adulto correspondería a formas del TAS infanto-juvenil que persisten en el tiempo de acuerdo con la hipótesis de la continuidad⁴⁵.

Siendo la angustia frente a la separación de las figuras de apego el hecho central en el TAS, es posible afirmar que en la medida que el individuo disponga de mayores recursos psicológicos y sociales, podrá manejar sus síntomas de forma más adaptativa. Por eso se ha

planteado que, a diferencia del niño y del adolescente quienes presentarían con mayor frecuencia síntomas físicos, en el adulto, el TAS se manifestaría más bien a través de síntomas emocionales y cognitivos.

Aunque aún persiste la controversia respecto a si el TAS en el adulto representa una categoría nosológica independiente de otros trastornos de ansiedad, la evidencia sugiere que su manifestación clínica estaría mejor representada por un patrón dimensional⁴⁶. Sin embargo es importante considerar que aquellos adultos con síntomas de ansiedad de separación presentan mayores niveles de ansiedad y depresión comparados con adultos con otros trastornos de ansiedad⁴⁷.

APEGO Y PSICOPATOLOGÍA: EL TRASTORNO DE PÁNICO (TP)

No es casual que se haya utilizado el término PÁNICO para denominar aquel sistema emocional que regula los vínculos sociales. La hipótesis que subyace a esta elección plantea que las manifestaciones psicopatológicas del TP (dentro de las que se encuentran las crisis de pánico y los síntomas agorafóbicos) surgen a causa de una activación anómala de los mecanismos que modulan la angustia de separación.

Como ocurre con la mayoría de las enfermedades mentales, se postula que el TP está causado por la interacción de factores biológicos y ambientales que, en este caso, se traducirían en una alteración de la sensibilidad de las redes que regulan la respuesta al miedo donde participan estructuras como: corteza prefrontal, ínsula, tálamo, amígdala, hipotálamo, y sustancia gris periacueductal^{48,49}.

El TP se ha relacionado con la AS de diversas maneras. Se piensa que ambos comparten un sustrato neurobiológico similar. Tanto en la AS como en el TP se ha descrito una mayor sensibilidad al CO₂ lo que estaría relacionado con factores genéticos e influido por la

⁴² Pini S, Abelli M, Mauri M, Muti M, Iazetta P, Banti S *et al.* Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2005; 7: 370-376.

⁴³ Yeragani V, Meiri P, Bslon R, Patel H, Pohl R. History of separation anxiety in patients with panic disorder and depression and normal controls. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79(6): 550-6

⁴⁴ Lipsitz J, Martin L, Mannuzza S, Chapman T, Liebowitz M, Klein D *et al.* Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1994; 151(6): 927-9.

⁴⁵ Silove D, Manicavasagar V, Drobny J. Associations between juvenile and adult forms of separation anxiety disorder: A study of adult volunteers with histories of school refusal. *J Nerv Ment Dis*. 2002; 190(6): 413-415.

⁴⁶ Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R, Brooks R, Manicavasagar V. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? *Comprehensive Psychiatry*. 2007; 48: 546-553.

⁴⁷ Silove D, Marnane C, Wagner R, Manicavasagar V, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry*. 2010, 10: 21. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/21>

⁴⁸ Katon W. Panic disorder. *N Engl J Med*. 2006; 354: 2360-7.

⁴⁹ Gorman J, Kent J, Sullivan G, Coplan J. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 493-505.

pérdida parental temprana⁵⁰. Por otra parte, no es casual que la imipramina (un fármaco reconocidamente antipánico) también se ha mostrado útil en el manejo del TAS⁵¹.

Cuando el niño comienza a caminar se activan los sistemas motivacionales relacionados con la búsqueda y exploración lo que, como es de esperar, entra en conflicto con el sistema de apego cuyo objetivo es asegurar la proximidad con el cuidador. De esta manera es de vital importancia la manera en que esta contradicción se resuelve en la relación del niño con su cuidador a través del delicado balance que se establece entre la activación/desactivación de las conductas de exploración por un lado y la activación/desactivación de las de apego, por el otro. Una vez configurado, el estilo de apego determinará y modulará tanto la forma de relacionarse en el presente como las expectativas que se tengan sobre los vínculos futuros. Los adultos con apego seguro serán capaces de establecer relaciones profundas y duraderas alcanzando importantes niveles de intimidad; por el contrario, quienes tengan un estilo de apego inseguro con mayor probabilidad presentarán dificultades en mantener relaciones afectivas debido, entre otros aspectos, a su extrema sensibilidad frente a la separación, las pérdidas y el rechazo.

De todas las formas de ansiedad, el TAS es el cuadro que más se relaciona con un estilo de apego ansioso. Diversos estudios sugieren una relación entre la disrupción del vínculo de apego en la infancia y el desarrollo de TP en la adultez⁵². En un estudio se observó que aquellos adultos cuyas madres murieron antes de sus 10 años de edad presentaron agorafobia con crisis de pánico siete veces más que aquellos sin historia de muerte materna⁵³.

Clínicamente es posible constatar que los pacientes que presentan el diagnóstico de TP son especialmente sensibles a las separaciones (reales o temidas) y que la compañía de alguna persona significativa puede disminuir la sintomatología ansiosa, especialmente en los casos con un mayor componente agorafóbico. De hecho, dentro de los criterios diagnósticos para agorafobia es posible constatar la estrecha relación que existe entre los síntomas y la presencia de un conocido que ayude a soportarlos (Tabla 2).

Tabla 2

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE AGORAFOBIA
(SEGÚN DSM-IV)

- | |
|--|
| <p>A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.</p> <p>Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.</p> <p>B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.</p> <p>C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).</p> |
|--|

Bowlby planteó que la angustia y el temor que aparecen frente a la separación o la pérdida de una figura de apego son emociones que pueden considerarse completamente normales y adaptativas durante la infancia, la enfermedad, la vejez e incluso en el adulto sano. Sin embargo, la presencia de un apego inseguro

⁵⁰ Battaglia M, Pesenti-Gritti P, Medland S, Ogliari A, Tambs K, Spatola Ch. A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO₂, panic disorder, and the effect of childhood parental loss. *Arch Gen Psychiatry*, 2009; 66(1): 64-71.

⁵¹ Bernstein G, Borchardt C, Perwien A, Crosby R, Kushner M, Thuras P, Last C. Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(3): 276-83.

⁵² Pacchierotti C, Bossini L, Castrogiovanni A, Pieraccini F, Soreca I, Castrogiovanni P. Attachment and panic disorder. *Psychopathology*. 2002; 35: 347-354.

⁵³ Tweed J, Schoenbach V, George L, Blazer D. The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 1989; 154: 823-828.

(especialmente de tipo ambivalente) predispone al individuo a desarrollar niveles de angustia más intensos y duraderos los que, en ocasiones, pueden presentarse bajo la forma de cuadros clínicos complejos como el TP y la agorafobia. Estos pacientes presentan una especial sensibilidad frente a las sensaciones corporales, lo que se traduce frecuentemente en interpretaciones erróneas de la propiocepción y la activación de respuestas de miedo sin que exista un estímulo externo concordante⁵⁴.

Se piensa que este patrón cognitivo está conformado por experiencias del desarrollo caracterizadas por una interferencia en el comportamiento emocional autónomo –tal como ocurre en el caso de padres sobreprotectores y/o rechazantes– lo que obliga al niño a funcionar en un rango muy estrecho donde no existe tanta cercanía en el cuidado pero tampoco es tolerada la separación. Estos pacientes tienden a controlar de manera excesiva la interacción con los demás por medio de estrategias defensivas en torno a la evitación que impiden la elaboración adecuada de las sensaciones corporales en emociones y estructuras cognitivas. Es así como –mediante una desconexión cognitiva entre la respuesta emocional y el contexto relacional– las emociones negativas tienden a ser evocadas fácilmente a causa de conflictos interpersonales y en vez de ser pensadas y verbalizadas son expresadas a través de síntomas físicos como las crisis de pánico. Es por esto que muchos autores consideran el TP como un *trastorno del apego*.

Bowlby tempranamente observó que la sobreprotección materna jugaba un importante rol en la génesis de ansiedad de separación en el niño, luego de fobia escolar y, finalmente, de agorafobia en el adulto. Equiparando las manifestaciones clínicas de la agorafobia con las del rechazo escolar durante la infancia –que más adelante relacionó también con el duelo y la depresión–, describió tres tipos de interacción familiar presentes en ambas condiciones:

Pauta A: la madre (o el padre) sufre de ansiedad crónica respecto a sus figuras de apego y en el pasado retenía al paciente en el hogar para que le brindara compañía.

Pauta B: el paciente teme que pueda sucederle algo terrible a la madre (o al padre) mientras él se encuentra lejos, por lo que permanece en el hogar o insiste en ser acompañado al salir.

Pauta C: el paciente teme que pueda sucederle algo terrible si se aleja del hogar por lo que permanece en él con la finalidad de evitar que eso suceda.

Estudios más recientes han demostrado que la sobreprotección no estaría relacionada directamente con el TP sino más bien con la persistencia de ansiedad de separación en la vida adulta⁵⁵. En un trabajo donde se evaluó el estilo de apego en pacientes con diagnóstico comórbido de TP, TP con agorafobia y TAS del adulto, se encontró una fuerte correlación entre el tipo de apego ansioso, la presencia de ansiedad de separación y el diagnóstico de TP con y sin agorafobia. Además se vio que aquellos pacientes con diagnóstico de TP (con o sin agorafobia) más TAS del adulto presentaban estilos de apego más aberrantes que aquellos sin TAS⁵⁶.

Aunque se ha sugerido que la ansiedad de separación podría corresponder a un precursor específico de TP con y sin agorafobia⁵⁷, la evidencia aún no es lo suficientemente sólida por lo que, actualmente, se considera que el TAS sería un importante –pero inespecífico– factor de riesgo para diversos trastornos mentales, como el ya mencionado TP, pero también para fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y otros cuadros no ansiosos, como la enfermedad bipolar, el trastorno por dolor y la dependencia de alcohol⁵⁸.

CONCLUSIONES

La angustia es un fenómeno que trasciende el hecho clínico y es constitutiva del ser humano. Luego del nacimiento, en las etapas más tempranas de la vida, la angustia opera dentro de un complejo sistema emocional relacionado con la capacidad de establecer un vínculo

⁵⁴ Bakker A, Spinhoven P, Van Balkom A, Van Dyck R. Relevance of assessment of cognitions during panic attacks in the treatment of panic disorder. *Psychother Psychosom.* 2002; 71: 158-161.

⁵⁵ Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Hadzi-Pavlovic D. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia. *Aust NZ J Psychiatry.* 1999; 33: 422-428.

⁵⁶ Manicavasagar V, Silove D, Marnane C, Wagner R. Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Aust NZ J Psychiatry.* 2009; 43: 167-172.

⁵⁷ Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszcynski A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Compr Psychiatry.* 1996; 37: 167-179.

⁵⁸ Brückl T, Wittchen H, Höfler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychother Psychosom.* 2007; 76: 47-56.

cercano con una figura significativa que asegure la sobrevivencia y sea capaz de otorgar los cuidados necesarios para un adecuado desarrollo psicológico, biológico y social. La mentalización es una capacidad neuropsicológica que surge como un logro del desarrollo dado por una relación de apego seguro que determinará la forma en que el individuo se relacionará consigo mismo y con los demás y será crucial en la aparición de psicopatología a lo largo de la vida.

La teoría del apego entrega un modelo que permite integrar las vivencias tempranas del niño con el desarrollo posterior y su relación con la psicopatología en el contexto de una continuidad de la experiencia interpersonal⁵⁹. Desde el punto de vista de la psicología evolutiva y de un modelo nosológico de tipo dimensional es posible plantear que las formas de presentación de la angustia están estrechamente ligadas con las etapas del ciclo vital. Dicha continuidad partiría desde un tipo de vínculo caracterizado por un apego inseguro (ambivalente) y las formas más básicas de la ansiedad de separación, pasando por su vertiente patológica (el TAS) hasta el trastorno de pánico, la agorafobia y otros cuadros psiquiátricos.

Tradicionalmente la angustia de separación –y su forma patológica, el TAS– se ha considerado como un fenómeno propio de la infancia. Sin embargo, cada día existe mayor evidencia que apoya lo que la observación clínica reconoce desde hace años: la angustia de separación representa un eje a través del cual es posible articular el tipo de vínculo de apego (ambivalente) y la aparición de psicopatología a lo largo del desarrollo.

Entendida de esta manera, la angustia de separación permite, además, fundamentar la necesidad de contar con una psicopatología interpersonal, basada en el desarrollo, que sea capaz de reconocer e incorporar en su programa la dimensión de la intersubjetividad.

Por otra parte, el estudio de las bases psicobiológicas del apego podría favorecer el desarrollo no sólo de intervenciones psicoterapéuticas específicas –como la *Intervención Breve Basada en el Apego* (cuya abreviatura en inglés es BABI) diseñada por Jeremy Holmes⁶⁰– sino también el uso de nuevas estrategias farmacológicas. Ya vimos cómo la oxitocina, además de formar parte de los sistemas que regulan la angustia de separación y los vínculos sociales, está implicada en la etiopatogenia de otros cuadros como el autismo y la depresión⁶¹. Es así como la intensa inhibición de la angustia de separación y el aumento de la confianza social que se obtiene con oxitocinérgicos podrían apoyar su rol potencial en el tratamiento del duelo crónico o complicado, la fobia social, el autismo y la depresión⁶².

En el poema cuyo fragmento sirve de epígrafe para este trabajo una madre le habla a su hijo supuestamente recién nacido. Paradójicamente es ella quien solicita su cercanía, en un ruego teñido de angustia y desesperación. Sin embargo, algo se vislumbra en esos versos que provoca un profundo sentimiento de empatía y compasión. Y eso que nos hace comprender su dolorosa petición es, justamente, lo que no se nombra y permanece desconocido: la pérdida. Ya no su amenaza sino su consumación, aquello que olvidamos –que debemos olvidar– cada vez que nos dirigimos en busca de la base segura.

⁵⁹ Fonagy P. Target M. *Psychoanalytic Theories. Perspectives from developmental psychopathology*. Whurr Publishers, London, 2003.

⁶⁰ Holmes J. *Teoría del Apego y Psicoterapia. En busca de la base segura*. Desclée de Brouwer, Bilbao, 2009.

⁶¹ Costa B, Pini S, Gabelloni P, Abelli M, Lari L, Cardini A, et al. Oxytocin receptor polymorphism and adult attachment style in patients with depression. *Psychoneuroendocrinology*, 2009; 34: 1506-1514.

⁶² Panksepp J. Primary process affects and brain oxytocin. *Biol Psychiatry*, 2009; 65: 725-727.

PSICOPATOLOGÍA

EL CONCEPTO DE PARANOIA Y LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO CON DELIRIO DE INVENCIÓN

(Rev GPU 2010; 6; 2: 186-193)

Hernán Silva¹

En este trabajo se presenta el caso clínico de un paciente con paranoia de invención. A propósito del caso, se discute el concepto de paranoia y las diversas concepciones que sobre ella se han planteado en distintas épocas. Se analizan los determinantes psicológicos del delirio paranoico y las concepciones actuales sobre esta entidad, que es incluida en la categoría de Trastorno Delirante en las clasificaciones vigentes. Se discuten las diversas aproximaciones terapéuticas a la paranoia y los pobres resultados obtenidos con los diversos tratamientos. Por último, se analiza la influencia temporal de las ideas psiquiátricas en el modo cómo se conceptualizan y diagnostican estos casos. Se concluye que la paranoia sigue siendo un cuadro poco comprendido y que las clasificaciones actuales no dan debida cuenta de su complejidad.

INTRODUCCIÓN

Hay psicosis que se caracterizan por la presencia de ideas delirantes, altamente sistematizadas, con preservación de la conducta práctica y un comportamiento normal en todas las áreas que no guardan relación con el delirio. Estas psicosis han sido conceptualizadas de diversas maneras a lo largo de la historia de la psiquiatría. Clásicamente se las ha incluido dentro del concepto de paranoia. En este trabajo se presenta el caso de un paciente con un delirio de invención. Se describe su historia clínica, los tratamientos a los

que fue sometido y los diagnósticos que se le hicieron. A propósito de este caso, se describen las diversas aproximaciones conceptuales acerca de la paranoia, sus tratamientos y el punto de vista actual sobre este trastorno.

Creemos que este caso no sólo es ilustrativo de una patología relativamente frecuente en la población general y que sólo ocasionalmente llega a tomar contacto con el psiquiatra. También se trata de un cuadro que ilustra las diversas aproximaciones diagnósticas y el modo como éstas se hallan determinadas por el modo de pensar de cada época.

¹ Clínica Psiquiátrica Universitaria. Hospital Clínico Universidad de Chile. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 años quien consulta por primera vez en la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Durante ese año se habían realizado elecciones presidenciales en Chile.

Un mes antes de las elecciones andaba “algo excitado” al decir de la esposa. En efecto, cogido por la problemática política se había entusiasmado con una de las candidaturas y aprovechando que era conocido en su profesión se hacía presente en casa de su candidato, al parecer para ofrecer sugerencias.

Por esa fecha se encerró prácticamente en su casa, a resolver el problema de la cuadratura del círculo. Al parecer esta actividad lo llevó a abandonar cualquier otra. Habiendo “resuelto” el problema se presentó en la Moneda pidiendo audiencia con el Presidente de la República, oralmente y por escrito. El Presidente, en conocimiento de su petición, lo derivó al Ministerio de Educación donde debían juzgar sobre la calidad y méritos de su descubrimiento.

Durante este periodo habría estado, al decir de la familia, agitado, verborreico, delirante (autorreferente y megalómano).

Es descrito por el médico que lo recibe como un sujeto delgado y enjuto, que representa menos edad que la cronológica. Posee una mímica rica y una gesticulación exagerada. Establece un contacto en apariencia bueno, pero resulta evidente que escucha poco y pretende hablarlo todo. Dice haber resuelto el problema de la cuadratura del círculo. Comienza eliminando arbitrariamente algunos datos matemáticos clásicos y razona en forma brillante a partir de sus premisas. Saca regla, compás y otros instrumentos contruidos por él mismo, con los que pretende comprobar sus hipótesis. Vehemente, orgulloso y megalómano en la apreciación de su obra.

Es tratado con antipsicóticos. Con el empleo de estos medicamentos sus ideas paulatinamente pierden fuerza. Continúa en control ambulatorio hasta fines de ese año.

Dos años después vuelve a consultar en el servicio de urgencia. En esa ocasión el médico que lo recibe describe lo siguiente:

Se efectúa recepción de urgencia. Expresa una serie de teorías relativas a las matemáticas y a la geometría.

Comienza por declarar que debemos ponernos en una “igualdad racional” y luego comienza su discurso en el que no hay cabida para interrupciones; momentos antes pregunta “¿de cuánto tiempo disponemos?”. Habla de los clásicos problemas matemáticos insolubles (cuadratura del círculo, duplicidad del cubo) y luego dice que es falso que el radio quepa 6 veces en la circunferencia.

Enfático en sus afirmaciones, inteligente.

Cuenta que presentó un trabajo a la Superintendencia de Educación “con vehemencia de certeza” pero “sin racionalismo” y con cualidades “poéticas”.

Al preguntarle por la relación entre estas teorías y su motivo de consulta dice que es el clásico caso de “Napoleón”, poniéndose las manos entre los botones del abrigo (imitando el gesto con el que habitualmente se representa al personaje), con muy buen humor. Luego sigue su relato matemático sin que lo anterior parezca tener ninguna vigencia.

Dice que está trabajando y que le va bien en su oficio.

Gesticula abundantemente y la mímica es rica, intenta convencer al examinador, lo pone a prueba permanentemente, algo desconfiado. Hay una cierta arrogancia pero no es descalificador con el interlocutor sino que intenta amablemente convencerlo.

No queda claro si viene por su propia voluntad o si lo trajeron forzadamente. Dice que los problemas matemáticos lo absorben, que son necesidades imperiosas, que no lo mueve un afán de gloria, pero que “no puede soportar que digan que una cosa redonda es cúbica”.

Mantiene sus responsabilidades familiares y económicas.

Consciente, lúcido, bien orientado. Posee una mirada aguzada y viva.

El siguiente es el informe que entrega su esposa:

Duerme poco pero finge dormir “para que yo esté tranquila y duerma”. Habla más rápido que de costumbre, está más irritable, aunque “siempre ha sido bien gritón”. Habla usando palabras “elevadas” no el lenguaje corriente, “mete la filosofía en el diario vivir”. “Escribe poesías muy lindas”. “El problema tremendo que tiene es que sólo llegó hasta 3º Humanidades y eso lo tiene enfermo del alma, es un hombre frustrado, se sabe mucho más capaz y le falta la técnica que da el estudio”.

Estuvo bien después del episodio anterior y este último verano “descubrí que tenía escondido el compás y a pesar del trabajo intenso que tenía se daba su tiempo para sus cálculos”.

Trabaja bien, se lleva muy bien con los hijos, quienes lo quieren mucho.

La esposa describe del siguiente modo la personalidad del paciente, antes de su enfermedad: “siempre estaba pendiente de lo que a mí me fuera a ocurrir, siempre hubo mucha comprensión entre los dos”. Antes de la medicación, tenían buena avenencia sexual.

Su esposa describe: “está orgulloso de su nacimiento e intelectualidad, pero es débil de carácter, influenciado, cree en todo el mundo, es muy abierto y habla todas sus cosas. Tenemos un núcleo familiar en el que todo se comenta entre todos”.

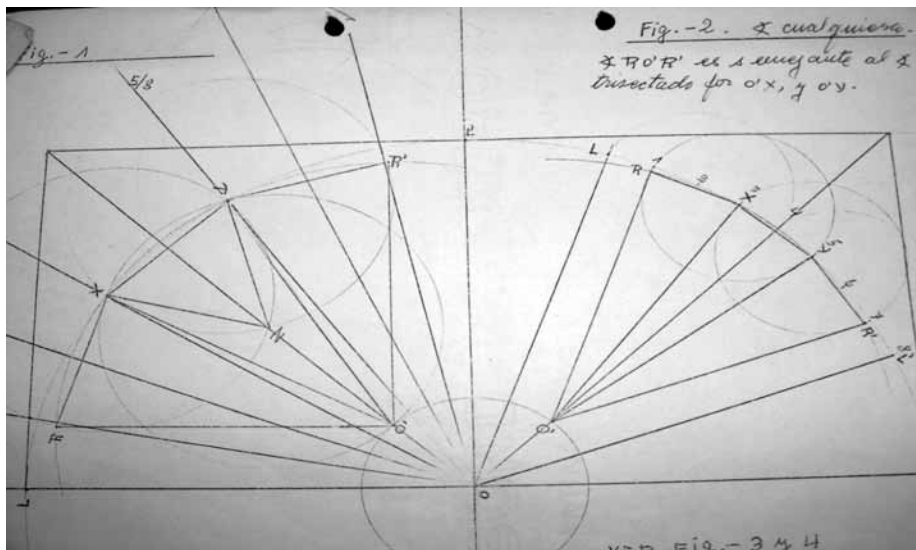


Figura 1. Figuras geométricas elaboradas por el enfermo para ilustrar sus teorías.

“Cuando se mete en estos problemas matemáticos trata de disimularlo pero dice que no se lo puede sacar de encima”.

Es presentado en Reunión Clínica, en la que se concluye que se trata de una Paranoia o de una Reacción Paranoica. Se trata con antipsicóticos.

Vuelve a consultar dos años después. Durante el año anterior había estado bastante bien, pero este año (coincidiendo con exceso de trabajo según la esposa) empezó nuevamente con sus ideas raras: empezó a escribir un libro sobre “política-moral –religión”. A sus hijos les va muy bien en la universidad, la esposa se preocupa de él, por lo que no comprende la causa de todo esto.

Quizá el estallido se produjo a raíz de la noticia de que un hermano había sido tomado preso. Durante el intervalo bueno se dedicaba al trabajo y de tanto en tanto incursionaba en sus temas de geometría.

Al año siguiente vuelve a consultar. Su esposa relata que en el último tiempo había tenido mucho trabajo en su campo y que paulatinamente –como le ha ocurrido otras veces–, se empieza a concentrar en sus ideas matemáticas, a escribir a los diarios, a buscar adeptos a sus teorías, etc. Además deja de tomar los medicamentos.

El paciente ha abandonado su actitud sumisa y respetuosa de los tiempos “normales” para adoptar un aire superior, altivo, irónico y por momentos agresivo, desde el cual argumenta con su “lógica irrefutable”, obliga a ser escuchado y plantea sus condiciones.

El tema es siempre el mismo: la búsqueda de una ley nueva en relación con un tema de matemática pura en el que habría errado nada menos que Gauss, según sus palabras “el más grande matemático de todos los tiempos”. El tema es la posibilidad de trisecar un ángulo con compás. Presenta una serie de dibujos geométricos y escritos ejecutados por él mismo, con los que grafica sus teorías (ver Figuras 1 y 2).

Al año siguiente se produce una nueva reagudización de su cuadro. No estaba tomando fármacos desde hacía algunos meses. El médico lo describe con aire hierático, voz alta, tono altisonante, irónico a ratos. Expresa ideas deliroides, es impermeable absolutamente a la contra argumentación. El tema de su conversación gira constantemente alrededor de su teoría matemática. Continúa trabajando normalmente. Cuando se le aparta de su “ley matemática” y se habla de otros temas, se produce una buena comunicación afectiva, por momentos sorprendentemente cálida. Al término de la entrevista dice tener una serie de ideas acerca de desarrollar un “estudio antropológico sobre la reflexión en la docencia”.

Es adecuado en el vestir, mantiene las distancias sociales a pesar de su altivez. Su coeficiente intelectual es normal brillante y su personalidad presenta rasgos paranoides.

Durante el periodo de alrededor de 10 años en que consulta en este establecimiento, y en que fue visto por diversos equipos médicos, se plantearon los siguientes diagnósticos:

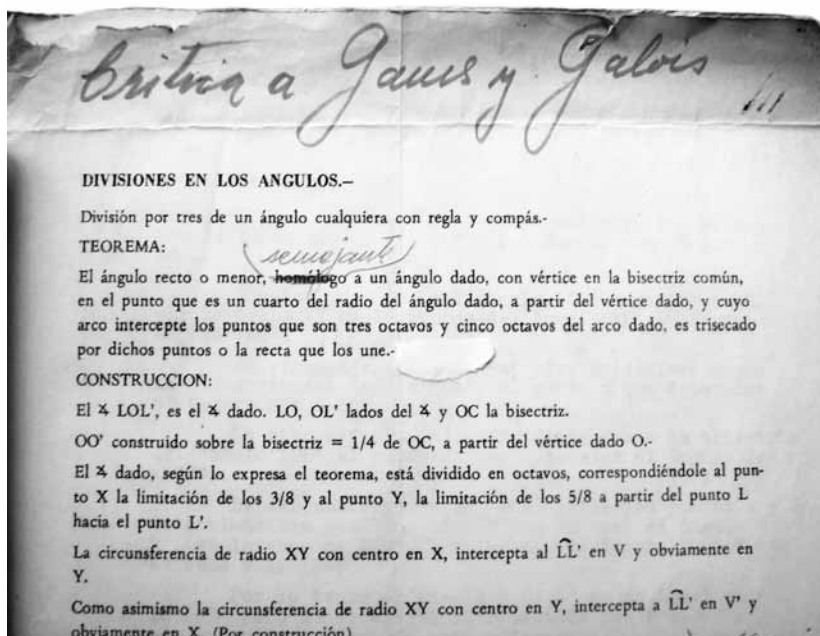


Figura 2. Propuesta de solución para el teorema de Gauss y Galois elaborada por el enfermo.

- Paranoia
- Psicosis exógena en personalidad sensitiva-paranoide.
- ¿Personalidad sensitiva-paranoide?, ¿Paranoia?, ¿Hebefrenia?
- Reunión clínica: Paranoia, Reacción paranoide.
- Desarrollo paranoico.
- Reunión clínica: Paranoia epiléptica.
- Reunión clínica: Hipomanía.
- Manía monopolar en personalidad paranoide.

Fue tratado con los siguientes medicamentos: Tioridazina (300 mg diarios), Clorpromazina (200 mg diarios), Haloperidol (2 mg diarios), Fenitoína sódica (300 mg diarios), Carbonato de Litio (600 mg diarios). La adherencia a los diversos tratamientos fue irregular y los resultados terapéuticos fueron pobres.

EL TEMA DEL DELIRIO

La cuadratura del círculo es uno de los clásicos problemas matemáticos insolubles. El paciente que aquí analizamos nunca tuvo una formación matemática, no completó su educación escolar y su trabajo no guardaba relación con el área de las matemáticas.

El enunciado del problema es el siguiente: "Dado un círculo, intentar construir por medio de un número finito de operaciones, un cuadrado que tenga un área equivalente, utilizando únicamente la regla y el compás" (1).

Durante muchos años diversas personas, tanto matemáticos como legos, se abocaron a la resolución de este problema. En 1775, ante el gran número de intentos absurdos o fútiles que tenía que examinar, la Academia de las Ciencias de París decidió rechazar cualquier comunicación sobre este tema (además de la trisección del ángulo y las máquinas del movimiento perpetuo). Sólo en 1992 Lindemann, demostrando la trascendencia del número pi, probó la imposibilidad de esta construcción (1).

BREVE HISTORIA DEL CONCEPTO DE PARANOIA

Hipócrates fue quien utilizó primero el término "paranoia" (de griego *para*=al lado, fuera de; *noia*, de *noeo*=comprender) para referirse al pensamiento delirante en general (2).

En la psiquiatría alemana la paranoia tiene una larga historia. Vogel en 1764 empleó el término "paranoia" para referirse a los delirios crónicos en general. Desde entonces tuvo una connotación bastante amplia y se empleó para designar a prácticamente toda forma de locura.

Kahlbaum en 1863 definió a la paranoia como "un delirio sin deterioro del afecto o de la función intelectual", es decir, se trataría de una "locura parcial". Desde entonces se discute si la locura puede afectar sólo una parte de la psique del enfermo o si toda locura implica un compromiso psíquico global.

Tabla 1
CARACTERÍSTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, PARAFRENIA Y PARANOIA
(adaptado de E. Kraepelin)

SINTOMAS	E. PARANOIDE	PARAFRENIA	PARANOIA
Delirio bizarro:	Presente	Presente	Ausente
Sistematización del delirio:	Poco sistematizado	Por lo general parcialmente sistematizado	Bien sistematizado
Alucinaciones:	Casi siempre presentes	Casi siempre presentes	Ausentes
Trastornos Formales del pensamiento:	Generalmente presentes	Generalmente ausentes	Ausentes
Personalidad previa:	Esquizoide	?	Paranoide
Deterioro de la personalidad:	Siempre presente	Ausente o leve	Ausente
Curso:	Crónico y lleva al defecto	Crónico pero no lleva al defecto	Generalmente crónico y no lleva al defecto

Kraepelin en 1915 la definió como: “el desarrollo insidioso de un sistema delirante permanente e inamovible, resultante de causas internas, acompañado por la perfecta conservación y claridad del pensamiento, de la voluntad y de la actividad” (3). Distinguió los siguientes tipos: 1) Delirio de persecución, 2) Delirio de celos, 3) Delirio hipocondríaco, 4) Delirio de grandeza (inventores, filiación ilustre, profetas y santos, erótico). Distinguió la paranoia de la demencia precoz (esquizofrenia) y de la parafrenia (ver Tabla 1).

Una excelente revisión del concepto de paranoia en Kraepelin se puede encontrar en Referencia (4).

Por su parte Specht incluyó la paranoia en el círculo maniaco-depresivo, ya que muchos sujetos afectos de delirio litigante serían hipomaniacos endógenos. La tendencia a asimilarla a este trastorno del ánimo se repite desde entonces, de modo intermitente, en la historia de la paranoia. Como se puede apreciar, ya a partir de Specht, la exaltación que acompaña a los periodos de exacerbación del delirio ha llevado a muchos autores a relacionar este cuadro con el trastorno bipolar (5).

Lange, por su parte señaló que la disposición paranoide puede ser reforzada por otros factores. La concurrencia de otra disposición, por ejemplo, histérica u obsesiva, la edad involutiva, la esquizofrenia, la encefalitis, etcétera, junto con el elemento paranoide podría llegar a configurar el cuadro clínico de la paranoia (5).

Karl Jaspers definió a la paranoia como un “desarrollo de la personalidad” (6). Existiría una continuidad

entre las características previas del sujeto y la gradual construcción de un sistema delirante. En los “procesos”; por su parte, habría una transformación o cambio de la personalidad; el sujeto no vuelve a ser el de antes y, si hay un nuevo desarrollo de la personalidad, lo hace desde otro punto de partida. Habría procesos “orgánicos” como las demencias o “psíquicos” como la esquizofrenia (de origen “endógeno”). Reconoce Jaspers que no siempre los límites son tan claros y que en algunos casos de paranoia puede sospecharse que se trata de procesos. En la paranoia el delirio tendría cierta “comprensibilidad” en relación con la biografía y la personalidad previa (comprensibilidad empática, ya que no racional si se considera que el delirio es un tipo de vivencia que se aleja marcadamente de las vivencias normales). Se trataría de un delirio sistematizado, con conducta y afectividad concordante, que tiene verosimilitud y suele ser creído por otras personas.

Kurt Schneider por su parte está en desacuerdo con la comprensibilidad del delirio paranoico. Expresa: “Donde hay un verdadero delirio, cesa la comprensión caracterógena, y donde se puede comprender, no hay ningún delirio” (7).

Karl Leonhard, por su parte, asimila la paranoia a la parafrenia afectiva (parafrenia sistemática). Define a ésta como “un síndrome de ideas de referencia que gradualmente desarrolla hacia un cuadro severo de ilusiones sensoriales, errores en la memoria e ideas de grandeza”. Y continúa: “Las formas atenuadas

corresponderían a la psicosis progresiva de referencia de Kleist. El afecto patológico, que Specht describe en la paranoia, es decisivo para la parafrenia afectiva. Podemos hablar de un síndrome irritado de referencia. Por lo tanto, creo que los casos llamados por Kraepelin de paranoia pertenecen a la parafrenia afectiva" (8).

Y más adelante señala: "Algunos pacientes pueden, cuando uno habla de sus ideas, tornarse muy fácilmente irritables, y otros, más entusiastas. Por lo tanto uno u otro polo afectivo puede predominar según el tipo de idea".

Agrega: "Porque si los paranoicos litigantes siguen luchando siempre con tanta intensidad, es porque le es propio a todos ellos: un fondo temperamental hipomaniaco (Specht, Ewald). Por consiguiente la combinación de psicopatía paranoide con temperamento hipomaniaco es la causante de la evolución al delirio querulante" (8).

También dentro de la psiquiatría francesa la paranoia tiene una larga historia.

De Clérambault describió las psicosis pasionales (cuyos temas eran erotomanía, reivindicación y celos). Sobre la base de una estructura paranoica u obsesiva se agregaría la pasión, o sea, la valencia afectiva que genera gran acción (9).

Serieux y Capgras por su parte distinguen: 1) Delirio de interpretación (error del juicio), y 2) Delirio de reivindicación (ideas obsesivas, fijas, con exaltación pasional). Habría dos tipos de delirio de reivindicación:

1. El delirio reivindicador egocéntrico (pleitistas, ciertos artistas, literatos incomprendidos, perseguidos hipocondríacos, amorosos, etcétera).
2. El delirio de reivindicación altruista (inventores, reformadores, profetas, taumaturgos, fanáticos, anarquistas, regicidas y magnicidas).

Por su parte Henri Ey describió a los paranoicos de la siguiente manera: "Estos delirantes, perseguidos, megalómanos, místicos, etcétera, cuyo delirio manifiesta una profunda modificación y una especie de inversión de los valores de la realidad, son tanto más sorprendentes cuanto que se trata de personalidades por otra parte bien adaptadas a la realidad. Estos delirios son llamados sistematizados, ya que están prendidos en el carácter y la construcción misma de la personalidad y se desarrollan con orden, coherencia y claridad. Se presentan al observador como relativamente plausibles, de ahí su poder de convicción o de contaminación (delirio de a dos o delirio colectivo)" (10).

En nuestro medio, Armando Roa precisó las características del tipo de delirio de estos pacientes (11). Se

trataría de un Delirio Secundario o Deliroide, el cual 1) Se cuenta espontáneamente, 2) Se argumenta sobre la base de supuestas pruebas (generalmente se trata de coincidencias a las que se les otorga el carácter de causalidad), 3) Se tiene una conducta concordante con el tema del delirio, 4) Se está atento a ser tomado por loco o enfermo mental, 5) El delirio es sistematizado, es decir, se construye toda una trama coherente y aparentemente verosímil.

LOS DETERMINANTES PSICOLÓGICOS

En el caso del paciente descrito los factores psicológicos parecen jugar un papel importante en la configuración de los contenidos del delirio. La esposa del enfermo señala el conflicto que éste vive entre sus grandes aspiraciones intelectuales y la insuficiente educación recibida. En la historia de la paranoia algunos autores clásicos han señalado el papel que parecen jugar tales conflictos psicológicos en la aparición y configuración del delirio.

Por ejemplo, Bleuler señala que en la paranoia existiría un conflicto interno cuya influencia patológica, y su enorme carga afectiva, sería determinante para la génesis del sistema delirante (12). El individuo que se hace paranoico poseería la ambición de ser o de producir algo sobresaliente. Pero no es capaz de lograrlo y tampoco de confesarse su propia debilidad y conformarse, lo que le resultaría demasiado doloroso, ya que se opone a esto el elevado concepto de sí mismo. Se trataría entonces de encubrir la realidad desagradable y el medio que se elige —dependiendo del temperamento y de otros factores—, es buscar la culpa fuera de sí mismo, en las circunstancias y sobre todo en las otras personas (delirio de persecución). También puede recurrir a imaginarse los deseos como si estuviesen realizados (delirio de grandeza).

En todo caso, para que pueda darse esta transformación debiera existir algún elemento esquizoide, o un proceso esquizofrénico leve, que predispone al sujeto a la formación delirante.

Kretschmer, por su parte, fue quien desarrolló con mayor profundidad la relación entre los determinantes psicológicos y el delirio paranoico (13). Este autor describió el llamado Delirio Sensitivo-Paranoide, que se caracterizaría por:

1. El delirio surgiría sobre la base de una tara hereditaria grave en personas de gran labilidad reactiva;
2. La constitución psicopática congénita se caracterizaría, en su aspecto biológico general, sobre todo por su agotabilidad, con inhibiciones sexuales excesivas y falta de pulsión erótica;

3. Con estas premisas endógenas la génesis de la afección sería psicológico-reactiva. Se caracterizaría por la tríada carácter, vivencia y ambiente;
4. El delirio sensitivo-paranoico estaría condicionado por la disposición caracterológica. Cuanto más sensitiva es ésta, tanto más típicamente aparece. Describe así el curso del delirio: "La presencia de una viva reactividad psicológica en todos los estadios patológicos, su tendencia a la curación en los casos puros y más leves y la perfecta conservación de la personalidad aún en los casos graves". De estas observaciones se desprende una ley fundamental de la caracterología psicopática: "En un carácter con diversas posibilidades reactivas, una reacción patológica determinada es desencadenada de un modo específico por la vivencia clave correspondiente".

Con posterioridad, muchos de los casos correspondientes al delirio sensitivo paranoico han sido incluidos dentro de la esquizofrenia o como trastornos psicóticos no especificados. No obstante, el cuadro descrito por Kretschmer se sigue observando con las mismas características en la actualidad.

LA PARANOIA EN LA PSIQUIATRÍA ACTUAL

En las clasificaciones psiquiátricas actuales no se considera a la paranoia como una entidad claramente delimitada. Los pacientes paranoicos pueden ser incluidos dentro de la categoría general de Trastorno Delirante. Esta última entidad es definida esencialmente por los contenidos del delirio y por la exclusión de otros trastornos.

Los criterios diagnósticos para trastorno delirante de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) son los siguientes (14):

- Presencia de ideas delirantes no extrañas (ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia, engañado por el cónyuge o amante o tener una enfermedad)
- No se cumple criterio A para esquizofrenia (alucinaciones, catatonía, desorganización, síntomas negativos)
- No se deteriora la actividad psicosocial y el comportamiento no es raro
- Si hay episodio afectivo ha sido breve
- No se debe a sustancias o enfermedad médica

En cuanto a los temas del delirio el DSM-IV distingue: persecución, grandeza, celos, somático, erotománia, mixto y no especificado.

Por su parte, la clasificación internacional de enfermedades ICD-10 define el trastorno delirante de modo bastante similar (15). Los temas del delirio que señala son los siguientes: persecución, grandeza, celos, hipocondría, deformación corporal, litigio y despedir mal olor.

Algunas aproximaciones recientes, de gran interés, se basan en enfoques conceptuales como la Teoría de la Mente (16). Ésta pone el acento en el hecho de que en el trastorno delirante los delirios son de contenido "social"; es decir, estarían relacionados con las disposiciones, motivaciones e intenciones de los otros (17). Por lo tanto, implican hacer inferencias acerca de lo que está sucediendo en las mentes de otras personas, por ejemplo en los delirios de persecución y de celos.

Se ha planteado que en estos casos el delirio puede tener, o haber tenido en el pasado remoto, importancia adaptativa. La actitud paranoide permite al sujeto interpretar las conductas de los otros sobre la base de las disposiciones, motivaciones e intenciones inferidas, lo cual resultaría útil en situaciones ambiguas.

TERAPÉUTICA DEL TRASTORNO DELIRANTE

Los pacientes paranoicos habitualmente no se quejan de síntomas psiquiátricos y son renuentes a recibir psicofármacos. Además suelen tener marcada sensibilidad a los efectos adversos de estos medicamentos.

Por la dificultad de incorporar a estos pacientes en los estudios clínicos, los informes son anecdóticos, no hay estudios controlados y los criterios diagnósticos empleados en ellos no son confiables.

Se han publicado trabajos en los que se han utilizado neurolepticos, antidepresivos tricíclicos, litio, terapia cognitiva y terapia electroconvulsiva. En todos los casos los resultados son más bien pobres (18).

Por nuestra parte, en un estudio controlado en el que se empleó pimozida, también encontramos una pobre respuesta al tratamiento a pesar de que se comprobó que los niveles plasmáticos del fármaco eran adecuados (19). En dicho trabajo se observó sólo una reducción de la preocupación del paciente por la experiencia delirante, sin embargo no hubo modificación alguna del grado de convicción en el delirio o de su sistematización.

En el caso clínico que aquí analizamos, el paciente mostró una adherencia irregular al tratamiento farmacológico. Al parecer, durante los periodos en que recibió medicamentos, el delirio pasó a un segundo plano. Sin embargo, las ideas delirantes persistieron atenuadas y se hicieron evidentes durante los periodos sin medicación o en situaciones de tensión.

COMENTARIO

Las paranoias (actualmente incluidas en los Trastornos Delirantes) parecen ser frecuentes en la población general, pero sólo ocasionalmente llegan al psiquiatra. El caso descrito ilustra bien las dificultades diagnósticas y terapéuticas que ofrecen estos pacientes.

La historia de la paranoia refleja, de alguna manera, las concepciones predominantes en cada época en la psiquiatría. Durante la decena de años en que el paciente descrito fue visto por diversos equipos médicos, los diagnósticos fueron variados. Por ejemplo, cuando se pensó en una psicosis exógena, se le otorgó particular importancia a la sobrecarga de trabajo, falta de sueño y a una infección de la piel, que precedieron a la aparición del delirio. El diagnóstico de personalidad sensitivo paranoide se formuló en una época en la que los conceptos de Kretschmer aún tenían mucha vigencia. El diagnóstico de hebefrenia, por su parte, grafica los permanentes intentos de vincular a la paranoia con la esquizofrenia. El diagnóstico de psicosis epiléptica corresponde a un periodo de la psiquiatría en el que conceptos como "psicosis epiléptica de normalización forzada" alcanzaban una notable difusión. La idea de que epilepsias –especialmente de localización en el lóbulo temporal–, pudiesen originar cuadros psicóticos con un registro electroencefalográfico normal, llevó a sospechar este tipo de cuadros en toda psicosis atípica. En el caso descrito, el hallazgo de anomalías inespecíficas en un registro electroencefalográfico y que no fueron confirmadas con posterioridad, constituyeron el fundamento de ese diagnóstico.

Por ello no es de sorprender que durante los últimos años de concurrencia a la Clínica Psiquiátrica Universitaria se le formulara el diagnóstico de trastorno del ánimo, de tipo bipolar. En lo esencial el cuadro clínico seguía siendo el mismo. No obstante, el énfasis diagnóstico se centró más en la exaltación anímica que acompañaba a los periodos de exacerbación del delirio, en concordancia con la actual expansión del trastorno bipolar bajo el concepto de "espectro bipolar".

La descripción objetiva de los síntomas y signos clínicos indica que el cuadro se presentó con características similares durante toda la evolución. Lo que cambió fue el énfasis que se le dio a diversos grupos de síntomas para configurar distintas categorías diagnósticas. Desde este punto de vista, creemos que este caso ilustra bien cómo los diagnósticos psiquiátricos están determinados por los conceptos teóricos vigentes en

cada época, más allá de las características permanentes que presentan estos enfermos.

A nuestro juicio, la paranoia continúa siendo un cuadro poco comprendido y las clasificaciones psiquiátricas actuales –carentes de finura y profundidad psicopatológica–, fracasan en dar cuenta de su complejidad.

La escasa respuesta de la paranoia a los tratamientos psicofarmacológicos –que a lo más sólo atenúan temporalmente la intensidad del delirio– sugiere una fisiopatología diferente de otros cuadros como la esquizofrenia o los trastornos del ánimo, a los que ha tratado de ser asimilada.

REFERENCIAS

1. Raymond Queneau: *Aux confins des ténèbres. Les fous littéraires français du XIX siècle*. Éditions Gallimard, Paris, 2002
2. Swanson DW, Bohnert P, Smith JA. *El mundo paranoide*. Editorial Labor S.A. Barcelona, 1974
3. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. Robert E. Krieger Publishing Co. Inc., New York, 1971
4. Ojeda C. El concepto de paranoia en Emil Kraepelin. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2009; 5(3): 313-320
5. Weitbrecht H. J. "Manual de Psiquiatría". Editorial Gredos. Madrid, 1970
6. Jaspers K. *Psicopatología general*. Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1996
7. Schneider K. "Patopsicología Clínica". Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1975
8. Leonhard K. "The classification of Endogenous Psychoses". 5th. edition. Irvington Publishers, Inc. New York 1979
9. Colina F. y Álvarez J. M. "El delirio en la clínica francesa". Colección Clásicos de la psiquiatría. Editorial Dorsa, Madrid 1994
10. Ey Henry "Tratado de Psiquiatría" 8va. edición. Editorial Toray Masson. España, 1980
11. Roa. *Psiquiatría*. Ed. Andrés Bello, Santiago de Chile, 1981
12. Bleuler E. *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*. Ediciones Morata S.A., Madrid, 1969
13. Kretschmer Ernst "Delirio sensitivo paranoide". Editorial Labor, Barcelona, 1958
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Ed. Washington DC, APA, 1980
15. Organización Mundial de la Salud. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10)*. Trastornos mentales y del comportamiento. Ediciones Meditor, Madrid, 1992
16. Walton F, Blennerhassett RC, Charlton BG. "Theory of mind" persecutory delusions and the somatic marker mechanism. *Cogn Neuropsychiat* 2000; 5: 161-174
17. Brüne M, Ribbert H, Schiefenhövel W. (Editors). *The social brain, Evolution and pathology*. John Wiley & Sons Inc., Chichester, 2003
18. Manschreck TC, Nealia L Khan NL. Recent Advances in the Treatment of Delusional Disorder. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 114-119
19. Silva H, Jerez S, Ramírez A, Rentería P, et al. *Progr Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 1998; 22: 331-340

PRÁCTICA CLÍNICA

TRAUMA VICARIO Y CATÁSTROFES: PROPUESTAS PARA EL AUTOCUIDADO DE EQUIPOS CON DRAMATERAPIA

(Rev GPU 2010; 6; 2: 194-204)

Pedro Torres-Godoy¹

Trauma, del griego *trayma*, herida, o *traoo*, atravesar y el término traumatismo, designa las consecuencias de una lesión violenta sobre el conjunto del organismo. Freud y el psicoanálisis lo incluyó en la esfera psíquica refiriéndose a una herida violenta sobre la psiquis humana y buscaba la curación a través de la abreacción y la elaboración psíquica de las experiencias traumáticas. Posteriormente Freud y Breuer concuerdan con Janet, al asumir que “algo se vuelve traumático porque es disociado” y permanece fuera del conocimiento consciente (Cia A., 2001). Otra acepción del término “trauma” viene del alemán *traum*, sueño; en consecuencia, el trauma contiene un vínculo con el sueño en su construcción y en su elaboración. Wolf-Fedida plantea que “así como en el sueño en el cual el paciente tiene que ser capaz en primer lugar de soñar para poder contarlo, en el trauma psíquico el paciente tiene que tener antes que nada la fuerza para enfrentar el recuerdo que le permite relatar los acontecimientos. Hay muchos sueños girando alrededor de las mismas cosas en una persona. Del mismo modo, el relato del trauma se construye a través de numerosos relatos” (Wolf-Fedida M., 2005). Los desarrollos posteriores vinculan el trauma con las reacciones de estrés agudo y con el estrés postraumático, una compleja enfermedad de sintomatología polimorfa relacionada con la experiencia catastrófica que vive una persona al verse enfrentada a situaciones de amenaza vital. El psicotrauma sólo en años recientes cobra cada día un mayor número de víctimas al considerar que las experiencias traumáticas hoy ya no son exclusividad de grandes guerras ni de catástrofes naturales, sino comienzan a formar parte de la vida cotidiana de las personas.

¹ Médico Psiquiatra, Terapeuta Sistémico y Psicodramatista. Fundador y Director Escuela de Psicodrama y Dramaterapia de Santiago de Chile, EDRAS-Chile. Profesor Titular Diplomado de Dramaterapia, Departamento de Teatro, Facultad de Artes, Universidad de Chile. Hospital Clínico Mutual de Seguridad de Santiago de Chile. esdrama@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

En 1980 el Desorden por Estrés Postraumático es incorporado a la clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III). También se ha ampliado y aplicado esta categoría mórbida no sólo a quienes sufren primariamente el trauma, sino a los testigos de hechos horribles, ya sea en términos de imágenes, escuchar relatos traumáticos o incluso leer cartas o documentos de víctimas como por ejemplo de la tortura o violencia política. La prevalencia de personas psicotraumatizadas debería multiplicarse por tres o incluso por cuatro, es decir víctimas y testigos directos e indirectos, sean compañeros de trabajo, familiares, amigos, personal sanitario de servicios de ayuda, e incluso toda la comunidad, cuando la catástrofe alcanza los medios de comunicación masiva y se transforma en noticia.

Autores contemporáneos reafirman que dentro de la teoría psicoanalítica los rasgos centrales de una respuesta traumática a una adversidad extrema son la derrota psíquica y el congelamiento de afectos, con la subsiguiente pérdida de la modulación afectiva y alexitimia secundaria al trauma (Kristal, citado por Cía A., 2001). Otra respuesta extrema a la exposición ante agentes estresantes de carácter masivo, son la disociación y la desorganización.

La disociación es planteada por Janet como un mecanismo de defensa psicológico mediante el cual el organismo reacciona frente a traumas que lo sobrepasan. Los recuerdos e ideas fijas referentes a la experiencia traumática pueden escindirse del percatamiento consciente dando por resultado una amplia variedad de síntomas disociativos. Janet consideraba la disociación como un tipo de técnica de evitación mental o huida, siendo la amnesia resultante del suceso traumático el rasgo clínico más característico de la disociación patológica. La idea de la disociación como mecanismo adaptativo anti-traumático permaneció en el olvido por más de medio siglo, siendo rescatado en años recientes por investigadores que correlacionan la presencia de estos síntomas, con el antecedente de abusos sexuales en pacientes que en la vida adulta desarrollan conductas bulímicas (Vanderlinden J, Vandereycken W, 1999).

El extremo de la disociación lo vemos en síntomas tales como: despersonalización, desrealización, trastornos de la percepción y/o de la temporalidad. Las víctimas mantienen una relación particular con el tiempo. Fuera del tiempo, catapultados en otra dimensión temporal, no pudiendo reintegrarse al presente. Puesto que la identidad del pasado ha sido destruida por el trauma, la del futuro resulta inconcebible, ya que

carece de soporte. Las víctimas “no pueden alcanzar el tiempo”.

La despersonalización, por otro lado, ha sido vinculada con el síndrome de burnout (o de “estar quemado”) observado en los trabajadores de servicios asistenciales humanos. Frente a demandas de alto impacto emocional la persona adopta una actitud de distanciamiento, frialdad e hiperracionalidad. La despersonalización se describe como la actitud fría, cínica y distante que puede culminar con el maltrato o abuso del demandante (persona que consulta). A esto se ha llamado deshumanización de la atención sanitaria, una especie de clonación conductual en donde la víctima es doblemente maltratada y el personal de salud e institución se transforman en nuevos victimarios, proceso que se conoce con el nombre de re-traumatización. La conmoción psíquica se agrava con el aislarse de la comunicación y de la socialización. Planteado como un continuo que va desde la disociación pasando por la despersonalización (desrealización), hasta la deshumanización, nos parece que esta línea evolutiva puede transitarse en ambos sentidos, bi-direccionalmente, es decir, hacia la patologización emocional-conductual, como hacia la salud, cuando, por medio de técnicas dramaterapéuticas, que es nuestra propuesta de autocuidado institucional, damos la posibilidad de que el paciente o quien requiere la ayuda (en este caso quien sufre del síndrome de disociación/despersonalización, independiente de si es usuario externo o interno de un sistema), pueda recorrer el camino inverso, hacia la integración y organización emocional/conductual en compañía del grupo.

ALGUNOS ASPECTOS CLÍNICOS A CONSIDERAR

Si revisamos con atención los criterios diagnósticos del DSM IV-TR, respecto del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), podemos observar que, si bien los criterios diagnósticos son similares, en términos generales respecto de estar expuesto a una experiencia límite (criterio A); sintomatología de re-experimentación (criterio B); evitación (criterio C) e hiperalerta (criterio D), difieren en el criterio B, ya que en el trastorno de estrés agudo destaca la sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno (como estar aturdido), despersonalización, amnesia disociativa y desrealización, por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. En el TEPT, el criterio B se refiere sólo a fenómenos de re-experimentación (López-Ibor A, Valdez M, 2002).

Esta distinción nos resulta particularmente relevante en el momento de actuar clínica y terapéuticamente con el paciente psicotraumatizado ya que hasta ahora el criterio para diferenciar TEA y TEPT es temporal, es decir, si la sintomatología dura más de 30 días de ocurrido el incidente crítico se diagnosticaría TEPT (criterio E). Antes de ese tiempo es TEA. Sin embargo, la observación anterior acerca de la presencia incipiente de embotamiento afectivo, disociación, despersonalización y desrealización, sumado a severa sintomatología evitativa, lo cual avalamos a partir de nuestra experiencia clínica con más de tres mil atenciones de pacientes agudamente psicotraumatizados en el período diciembre de 2007 a octubre de 2009, en el Hospital Clínico de la Mutual de Seguridad de Santiago de Chile, podemos corroborar lo que algunos autores americanos vienen planteando desde hace sólo algunos años: que es posible que el TEPT, con la presencia inicial de sintomatología disociativa, de despersonalización y de evitación severa, se inicie desde la partida, frente a algunos tipos de traumas, por su particular violencia, en especial agresiones de seres humanos a otros seres humanos, tales como violaciones, torturas, secuestros, asaltos con agresiones de gran violencia y con intención de asesinar a la víctima; ciertos tipos de accidentes carreteros tales como volcamientos o colisiones de camiones de alto tonelaje (Bryant *et al.*, 2008). Sumado esto a una cierta vulnerabilidad psíquica de la víctima y la sensación objetiva de encontrarse en una situación límite con la vida y sin escapatoria, más condicionantes de riesgos propios de la cronificación, estudiados previamente, advierten la posibilidad de considerar estas observaciones clínicas en el momento de recibir en la atención de urgencia al paciente psicotraumatizado y diseñar un tratamiento médico y psicosocial oportuno.

TIPOS DE PSICOTRAUMATIZACIÓN

La psicotraumatización puede ser primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.

Esta terminología se homologa a los efectos traumáticos ocasionados por el estallido de bombas y explosiones en víctimas de atentados terroristas que producen lesiones diversas según los efectos deletéreos de la onda expansiva en el cuerpo y en el cerebro, según trabajos realizados por autores colombianos (Rodríguez *et al.*, 2005).

La psicotraumatización primaria es la que le ocurre directamente a la víctima.

La secundaria le ocurre al testigo; es indirecta y contingente, es decir, quien, a través de sus órganos de los sentidos, ve, escucha o huele algo relacionado con

la traumatización ocurrida a otro. Por ejemplo la presencia de un accidente, o el conductor que atropella a un transeúnte con o sin consecuencia de muerte; el trabajador que escucha un grito desgarrador cuando uno de sus compañeros cae al vacío; o el golpe del cuerpo al impactar en el piso en una caída de altura; el maquinista de ferrocarril que huele el olor del cuerpo destrozado y eviscerado en las vías de alguien que fue arrollado por el tren o personal del equipo de rescate tales como bomberos, policías, personal de salud.

La traumatización terciaria es indirecta y puede ser diferida, es decir, va en un continuo que dependerá del tiempo que tomará la atención de urgencia para la víctima (primaria o secundaria). Es diferente si atendemos a un paciente cuyo trauma ocurrió en las últimas 24 horas, que otro que nos relatará un acontecimiento ocurrido hace dos semanas, un mes, dos meses, años. Este tipo de traumatización es la que afecta a la familia de la víctima y a su entorno social más cercano, amigos, vecinos, iglesia y comunidad cercana.

Se reserva exclusivamente la denominación traumatización vicaria, que es un tipo de traumatización terciaria por impacto acumulativo y microtrauma derivado de la práctica profesional cotidiana para referirnos a lo que ocurre en clínicos, terapeutas o todo personal de ayuda que conocerá el suceso traumático a través del relato, narración o escritos de la víctima primaria, como en el caso de profesionales emergenciólogos, de salud mental, jurídicos y policiales, en policlínicos o atenciones de choque, como es el nuestro, en el Hospital del Trauma de la Mutual de Seguridad de Santiago de Chile.

En el caso de escritos, cartas, testimonios o documentos jurídicos, también podrá ser considerado víctima terciaria el juez, fiscal, abogado, asistente social, cuya competencia se requiere frente a casos criminales, penales, torturas de causa política, religiosa u otras.

En la medida que el relato, narración, escrito o testimonio, se aleje más del acontecimiento dramático se diluye, tanto en términos temporales, como en términos de medios de comunicación entre víctima y observador. Por ejemplo, el relato vivo contado en las primeras horas posteriores de ocurrido el acontecimiento con toda la carga emocional que debe sostener el asistente, va cambiando en intensidad dramática y emocional, en la medida que va siendo contado nuevamente, en reiteradas oportunidades y contextos y de muchas formas distintas. Esto produce un efecto, a nuestro modo de ver, de contención emocional por un lado, y potencialmente de desborde y re-traumatización por otro, si el manejo es inadecuado por parte de la institución. La narración va siendo agenciada por

la red social, muchas veces rutinizada, trivializada, normalizada, desritualizada y finalmente olvidada. O sea, un camino dramático que va desde el relato vivo hasta la muerte de esa historia.

Habrán excepciones sin embargo, como aquellas que quedarán siempre en la mente de las víctimas, tales como padres que han perdido a sus hijos por criminalidad, suicidio, negligencia ciudadana en atropellos o institucional en muertes inexplicables o errores de procedimientos médicos o jurídicos, violaciones, desapariciones. En estos casos surgirán otros victimarios que podrán nutrir muchas veces de por vida, la memoria de las víctimas para nunca olvidar ni perdonar; victimarios que en un momento fueron asistentes generosos y aliados, ahora se convierten en enemigos y odiados, tales como la Justicia, la Institución de Salud, el Estado.

La traumatización vicaria fue descrita por McCann y Pearlman en 1990 para referirse a síntomas traumáticos sufridos por los profesionales que integran equipos que trabajan con víctimas que sufren violencia extrema, tales como violaciones, torturas y diversos tipos de vejámenes, asaltos con violencia, desmembramientos en guerras o accidentes, entre otras (Benelvez D., 1997). Es una especie de victimización vicaria sufrida por el terapeuta encargado de la asistencia de las víctimas y, por el hecho de ser testigo de tan horribles testimonios, un síndrome de estrés traumático secundario, bien descrito por Charles Figley en 1995, para terapeutas familiares, que puede derivar hacia el "estar quemado"; es decir, pueden ser situaciones contextuales que son antesala para "quemarse" posteriormente en el trabajo. Figley publica el trabajo "traumatización sistémica: trastorno de estrés traumático secundario en terapeutas familiares" señalando lo siguiente: "Muchos talentosos terapeutas abandonan su profesión debido a lo estresante de su trabajo o burnout". Luego anota: "Los mejores terapeutas son muchas veces los más vulnerables. Los terapeutas familiares, debido a la naturaleza y al contexto de su trabajo, presentan, tal vez como grupo, mayor probabilidad de experimentar un tipo de estrés relacionado con el trabajo, que se denomina TETS (trastorno de estrés traumático secundario), el cual tiene mucho en común con el TEPT (trastorno de estrés postraumático)" (Figley C., 1995). Según nuestras observaciones clínicas, se trataría más bien de un desorden de estrés traumático terciario (TETT), por las distinciones antes señaladas.

Las características clínicas del TETT son idénticas al TEPT, diferenciándose en que el primero está relacionado con la traumatización terciaria, es decir, por ser oyente de lo relatado por el paciente. Testificación a través de la escucha de relatos horribles.

Previamente, en 1974, la investigadora Haley, hija de un veterano de la guerra de Vietnam escribe un interesante artículo sobre los problemas y atrocidades dentro del ámbito terapéutico titulado: "cuando el paciente reporta atrocidades"; para referirse al impacto de las vivencias relatadas por los pacientes sobre el terapeuta.

Volviendo al TETT, si bien es cierto éste presenta, al igual que el TEPT, síntomas en donde se identifica un estresor agudo, re-experienciación del trauma, evitación y hiperactivación persistente, cabe destacar que en el criterio A1 de la categoría diagnóstica del DSM-IV-TR para el TEPT se describe "cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para la integridad física propia o la de los demás". Se incluye y entremezcla la traumatización directa o primaria con la indirecta o secundaria, y aquí cabe la narración o relato de experiencias que le han ocurrido a terceros.

El criterio A2 de este mismo punto dice "la persona ha respondido con un terror, una desesperanza o un horror intenso".

Figley es enfático en destacar la diferencia entre TEPT y burnout, aduciendo que la segunda condición se desarrolla gradualmente llegando al agotamiento emocional, mientras que el TEPT emerge súbitamente, sin mucho aviso y a diferencia del burnout, el profesional mantiene un alto sentido de entrega y ayuda, y más bien se siente confuso y perturbado por una sobreidentificación con los sufrimientos de su paciente, con sentimientos de soledad respecto de sus pares, pero aún así, presentando una alta tasa de recuperabilidad, lo que no ocurre en el burnout.

La traumatización cuaternaria es indirecta y definitivamente diferida. Le ocurre al medio social y participan en ella, como agentes promotores y diseminación del trauma en la comunidad, los medios de comunicación de masas, prensa, radio y televisión, y su objetivo es provocar un impacto en la sociedad, globalizar la información y la noticia, pero más que exclusivamente informar, se intersectan en este proceso complejas superestructuras sociales económicas al servicio del dinero y del poder, que diluyen la noticia al punto de distanciar dramáticamente al testigo público de lo acontecido a las víctimas primarias. Los medios de comunicación, el periodismo, las profesiones ligadas a la búsqueda de noticias impactantes, deberán, en el futuro reflexionar profundamente acerca de si su quehacer cumple realmente con los objetivos éticos, humanitarios y valóricos, toda vez que ya en la televisión el drama personal o grupal de una colectividad dañada comienza a ser

utilizado para vender más periódicos o ganar más televidentes, lo que genera un distanciamiento afectivo profundo y omnipotente de la sociedad respecto de las tragedias humanas (las personas cuando ven noticias se disocian y dicen: “eso les ocurre a otros, a mí no me ocurrirá”); una deshumanización descarnada; un goce perverso que atenta contra los más básicos derechos humanos de la ética del dolor, que es el respeto y la compasión solidaria.

NEUROBIOLOGÍA CONDUCTUAL DEL PSICOTRAUMA

La amígdala es un componente neural esencial en la memoria de eventos cargados emocionalmente, en especial aquellos que incluyen sentimientos de temor y/o miedo.

Esta estructura subcortical es la principal área de procesamiento de las sensaciones extrañas, ya que es activada por toda situación interpretada como no familiar de acuerdo al contexto vivencial de especie y personal. Tiene permanente interrelación con el hipocampo, que es el elemento central en el procesamiento de la memoria afectiva y de las respuestas hormonales por regulación directa del hipotálamo. La amígdala es entonces la *vedette* de la respuesta a situaciones aversivas, actuando el hipocampo como apuntador permanente. La escenografía es hemisférica y siempre variable dependiendo del contexto auto y alopsíquico que vive el individuo en ese preciso momento (Márquez-López Mato A., 2003)

En el desarrollo del miedo y la ansiedad, las aferencias sensoriales llegan principalmente a través de la vía óptica, auditiva, táctil y olfatoria. Las vías auditiva, visual y táctil hacen escala en el tálamo, mientras que la vía olfatoria no lo hace. El tálamo es un filtro de información que aumenta o disminuye esta información y la agrega a las conductas. El tálamo procesa esta información a la corteza, occipital para lo visual, parietal para lo táctil y temporal para lo auditivo. De la corteza primaria pasa a la corteza de asociación unimodal, que es la encargada de procesar la información en una única modalidad sensorial. De estas cortezas de asociación unimodal va a pasar a las cortezas de asociación multimodales, la parieto-temporo-occipital, la límbica y la corteza pre-frontal. Esta información es integrada, sintetizada y luego procesada, y de estas cortezas va a las diferentes áreas que van a ser las encargadas tanto de la expresión, o sea, la signo-sintomatología, como de la experiencia emocional y de la acción (Kuper E. 2004)

Los principales síntomas del horror, incluido el más intenso, el TEPT, pueden ser explicados por los cambios que se producen en el circuito límbico y que se concen-

tran en la amígdala. Algunos de los cambios clave se producen en el locus coeruleus, que regula la secreción cerebral catecolaminérgica y es el principal responsable de las vías noradrenérgicas ascendentes a la corteza. Estas sustancias neuroquímicas, la noradrenalina y adrenalina, movilizan al organismo para una emergencia, entre otras funciones. La misma catecolamina graba los recuerdos con una especial intensidad.

El locus coeruleus y la amígdala están íntimamente relacionados con otras estructuras límbicas como el hipocampo y el hipotálamo. El circuito de las catecolaminas se extiende por sus vías ascendentes a la corteza. Se piensa que los cambios en este circuito son subyacentes a los síntomas de TEPT, que incluyen ansiedad, temor, hipervigilancia, al quedar fácilmente perturbado o excitado, la disposición para la reacción de ataque o fuga y la indeleble codificación de intensos recuerdos emocionales.

El TEPT representa un peligroso descenso desde el punto de vista neurofisiológico donde se asienta la alarma (corteza pre-frontal-tálamo-amígdala). Parece crucial en el sentido en que deja una marca poderosa en la memoria. Cuando más brutales, impactantes y horribles son los acontecimientos que disparan el asalto de la amígdala, más indeleble es el recuerdo. Así, los recuerdos traumáticos se convierten en gatillos mentales preparados para disparar la alarma al menor indicio de que el espantoso momento está a punto de producirse nuevamente. Este fenómeno de gatillo es el sello de todo trauma emocional. La base neurofisiológica de estos recuerdos parece ser una profunda alteración neuroquímica cerebral puesta en marcha por una única muestra de terror abrumador (Kuper E. 2004).

APROXIMACIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES DEL PSICOTRAUMA Y DEL AUTOCUIDADO

Desde que Cannon describe en animales en 1929 las reacciones de lucha (*fight*) y huida (*flight*) como respuesta ante situaciones de amenaza, diversos autores cognitivistas han ampliado el rango de respuestas agregando dos nuevas categorías: el desmayo (*faint*), como un tipo de disociación, y la parálisis o congelamiento (*freeze*) (Marquez-López Mato A., 2003).

Resulta particularmente interesante para nuestros propósitos de autocuidado de profesionales de la salud y de ayuda, hacer estas consideraciones ya que nos dan un soporte teórico que va desde las ciencias biológicas hasta las conductuales y sociales, respecto del trabajo con psicotraumas.

Un interesante modelo muy acorde con lo clásicamente señalado, respecto de las respuestas ante el

estrés agudo, es el modelo dimensional del continuo dilatación (exposición)-constricción (cierre), descrito por Lillibridge y Klukkens en 1978 (citado por Rubin Wainrib B., y Bloch E., 2000).

En este modelo los autores nos aportan una amplia panorámica sobre los extremos de conducta, cognición y afecto, que se encontrarán en la sintomatología de las personas afectadas por algún tipo de traumatización, directa o indirecta (vicaria), y que dará pistas para generar aproximaciones terapéuticas. De este modo el asistente puede precisar más sus respuestas para incrementar su grado de pertinencia. Usando este acercamiento los profesionales pueden asumir una intervención más apropiada basada en las necesidades individuales de cada paciente.

En el continuo dilatación (exposición)-constricción (cierre), se plantea que las características, en el nivel cognitivo, de una persona en crisis recorre la gama que va desde la dilatación, por ejemplo:

- Confusión
- Pensamientos desorganizados
- Pensamiento caótico

Hasta la constricción:

- Preocupación por el problema
- Rumiación cognitiva
- Obsesión

Y se requerirá, por parte del asistente:

En dilatación:

- Clarificar el pensamiento
- Identificar el problema
- Ser específico

En constricción:

- Trabajar en la solución
- Sugerencias de alternativas viables

En el nivel afectivo las características de una persona en crisis son:

Dilatación: Emoción excesiva, no hay intentos por controlar la expresión emocional

Constricción: Contención de la emoción

Y se requerirá por parte del asistente:

Dilatación: Intentar enfocar los sentimientos específicos, trabajar con material cognitivo.

Constricción: Ayudar a expresar los sentimientos de cualquier forma

En el nivel conductual las características son:

Dilatación: Expresión de una conducta exagerada e inapropiada para esa persona

Constricción: Paralización, inmovilización, retirada

Y se requerirá por parte del asistente:

Dilatación: Resolución de problemas orientados a la realidad

Constricción: Ayudar para estimular la actividad y hacer cosas

Llama la atención el paralelo observado entre las clásicas reacciones ante el estrés descritas por Cannon, hasta autores cognitivistas contemporáneos y las dimensiones de respuestas en los ámbitos cognitivos, afectivos y conductuales propuestas por Lillibridge y Klukken, que orientan a clínicos y terapeutas acerca de qué es lo que ocurre con el paciente y diversos tipos de personas enfrentados ante situaciones de crisis o límite.

El estudio de la llamada *puerta sensorial*, en pacientes con diagnóstico de TEPT, se refiere a ciertos hallazgos electrofisiológicos en el control de manifestaciones sensoriales auditivas de estos pacientes frente a estímulos estudiados con potenciales evocados. En estos pacientes se observó un debilitamiento en la capacidad para procesar estímulos auditivos presentados, medidos con electroencefalograma computarizado. Esto significa que los pacientes con TEPT no registran o más bien reducen la evocación electrofisiológica a partir del estímulo auditivo, respecto de los sujetos normales, quienes, aparte de registrarlo adecuadamente, suelen aumentar el registro electroencefalográfico evocado (Kuper L, 2004). Esto hace pensar que habría una cierta vulnerabilidad neurobiológica en individuos para quienes la exposición a un evento traumático operaría como un disparador o un desencadenante de una serie de manifestaciones, que van afectando diversos sistemas de neurotransmisión, diversos asientos neuroanatómicos y neurofisiológicos, que se traducen en sintomatología.

En el caso del trauma vicario, lo que traumatiza es la escucha reiterada de relatos horrorosos, que tienen la característica de lo impredecible, lo que escapa de control y la impotencia para actuar diferidamente frente a

lo acontecido a la víctima. Cabe preguntarse si la totalidad de terapeutas de psicotraumas, desarrollan impacto acumulativo o sólo le ocurre al grupo vulnerable, o sea, quienes presentan el perfil descrito por los estudios y que contraerán el síndrome de desgaste profesional.

En el trauma vicario el origen del estímulo es auditivo, inmerso en el entramado narrativo que ofrece el paciente y que será inmediato o diferido, según ocurra desde el momento siguiente al evento sufrido hasta la primera consulta. La narración sufrirá un cambio de forma y de contenido, pero más importante será el cambio de forma, ya que justamente en lo conversacional entregado al clínico se irá desplegando el relato vivo, en su implacable camino hacia la trivialización y el olvido. Esto que puede sonar brutalmente verdadero, es lo que solemos ver en la atención de víctimas de psicotraumas graves, ya que la cultura, en este caso la institución, ordena y normaliza el trauma desde el momento inicial de la atención, como una manera urgente de contener el desborde del o los consultantes, procesos que muchas veces producen re-traumatización por negligencia, despersonalización institucional y dehumanización de la atención que, en definitiva, es una forma de maltrato.

Es el relato vivo lo que traumatiza al clínico y no la conserva cultural del suceso traumático, parafraseando a Moreno, que más bien lo aleja de la vivencia traumática, la racionaliza, la reflexiona. La reiteración narrada de los hechos, la elaboración, forma parte del devenir psicoterapéutico posterior y terminal de un proceso asistencial (Garrido Martín E, 1978).

El suceso oralmente narrado contiene una infinidad de información implícita ya sea en la cualidad dramática del relato, el de las formas dialogales y subtextuales utilizadas por el paciente, por ejemplo en los detalles, palabras señaladoras, prosodia, intercalaciones, metáforas, en fin, todo aquello que hace que un relato entregue a quien escucha, la huella del horror, lo audible o el silencio, la cadencia, las imágenes descritas, todo lo que impresiona al límite nuestra imaginación, lo que nos sorprende, lo que nos deja con una sensación transferida de indefensión, de crueldad, de confusión, disociación, despersonalización, transportados en un tiempo detenido y congelado por el suceso traumático (Ritterman M., 1988). Lo que lleva a una irrealidad y extrañeza de un mundo perdido e irreconocible, sin luz, agónico, infernal, en definitiva, un mundo mortal.

También y de la misma forma puede ser psicotraumático vicariamente el lector de un suceso escrito, una carta de despedida de quien haya cometido suicidio. Lo escrito en documentos jurídicos como testimonios de víctimas de secuestros y torturas. Lo perteneciente a un proceso criminal judicial. O a veces,

simplemente, la crónica periodística o televisiva del rapto y asesinato de alguna menor, que nos impacta por la veracidad y crudeza de los escritos de algún periodista que, con un gran sentido de servicio a la comunidad, busca por este medio, sensibilizar a la población de que hechos tan horribles pueden estar ocurriendo en su vecindario.

Cada vez que transita el acontecimiento desde que ocurre, por el inexorable camino hacia la comunidad, va modificando su impacto y expresión vivencial, desde lo presencial activo, lo narrado oralmente, lo escrito, hasta lo leído en forma diferida; va perdiendo vida propia, va siendo agenciado por la cultura para, finalmente, a través de la ritualización y del saber, concluir conservado como patrimonio de la humanidad en las grandes obras, dramas, tragedias y novelas, creativamente transformadas en arte, por profetas, artistas, poetas, místicos y dramaturgos.

EL PARADIGMA DE LA DRAMATERAPIA

Dramaterapia se entiende con “el uso intencional y planeado de los aspectos curativos del drama en el proceso terapéutico” (Asociación Británica de Dramaterapia, BADth, citado por Torres P., 2001).

Por su parte Sue Jennings, pionera del desarrollo de la dramaterapia en el mundo, la define como “la aplicación específica de las estructuras teatrales y procesos del drama con una clara intención que es terapéutica” (Jennings S., 1994). Algunos de los conceptos clave de la dramaterapia señalados por Jennings son útiles para el trabajo no sólo con pacientes sino también utilizando el paradigma de la dramaterapia se puede ofrecer asistencia a grupos que requieren frecuentes prácticas de autocuidado, como los profesionales de ayuda. En este caso este método ofrece un acercamiento colateral y simbólico, desde el teatro y el juego de roles ficcionales, en la co-visión grupal interdisciplinaria, en situaciones generadoras de estrés profesional como trabajar con pacientes difíciles con cuadros psiquiátricos graves, desórdenes de la personalidad, psicotraumas, duelos, violencia, discapacidades, SIDA, enfermedades crónicas y oncológicas, entre otras, hasta problemas institucionales derivados de la alta demanda asistencial, clima laboral, conflictos de roles, *mobbing*.

El modelo de la dramaterapia, a diferencia del psicodrama, parte de una base salutífera y comunitaria, de fomento y promoción de la salud, por lo tanto se centra en los aspectos sanos de la persona y los grupos; tiene como fundamentos conceptuales el teatro y los rituales y su práctica busca en los grupos acceder al inconsciente individual y colectivo en forma figurada y

metafórica, a través del uso de imágenes, escenas y metáforas teatrales con una finalidad terapéutica de desarrollar la expresividad corporal-emocional y la creatividad. Podemos afirmar que la dramaterapia comienza en el teatro y culmina en el teatro, o sea en la conserva cultural, en interacción permanente con el binomio espontaneidad / creatividad del proceso creador, pero sin perder de vista la *mimesis*, o sea la imitación de la realidad. Por lo tanto toma del teatro todos los elementos disponibles para generar accesos a la vida psíquica de las personas reales. Los personajes y las escenas del teatro vendrán a impactar con sus dramas ficticiales los dramas reales de las personas en su vida mundana. (Torres P., 2009)

El modelo de la dramaterapia proviene del mundo psicoeducacional a partir de los trabajos de Peter Slade acerca del desarrollo dramático infantil. Este autor plantea que la capacidad dramático-teatral del ser humano es una condición con la cual nace cada persona y que posteriormente es moldeada por el aprendizaje formal e informal de la familia y la enseñanza en el colegio, que puede fomentar o anular este tipo de expresión comunicativa. Los niños son contadores de historias, dramaturgos, actores y directores escénicos por naturaleza y esa capacidad sigue estando presente y es desarrollable aún más, durante toda la vida, hasta la adultez y la senectud (Slade P. 1978).

Jenning sugiere algunos conceptos clave del paradigma de la dramaterapia cuya aplicación es útil en grupos de autocuidado (Jenning S., 1998):

El distanciamiento teatral y la alternancia entre las dos realidades, la cotidiana y la dramático-teatral, relacionada con la imaginación y fantasía, plantea que el ser humano, enfrentado a una situación difícil, puede ejercer la capacidad de distanciarse de ella, al igual como nos distanciamos frente a una obra de teatro, como público espectador. En una especie de disociación normativa y de despersonalización remedial, es posible que utilizando este recurso de la mente, podamos ampliar la visión del problema y retornar a la realidad cotidiana con más conocimiento experiencial para mejorar una situación de desmedro personal. Dentro de los criterios de normalidad propuestos por la dramaterapia para las personas, la capacidad de transitar libremente entre estas dos realidades es central. Por su parte y de manera muy similar desde el psicodrama y algunas líneas dramaterapéuticas, plantean que los sujetos capaces de cambiar de roles con mayor facilidad y de asociarse con otros seres humanos para diversas tareas, con amplia

flexibilidad de criterios, con ductilidad y versatilidad de roles asumidos, jugados o creados, son definitivamente más sanos y dotados de mejores índices tólicos (Landy R., 1993).

Otras claves que Jenning nos aporta dentro del desarrollo del paradigma de la dramaterapia es el modelo del *embodiment-projection-role*:

Incorporación (o encarnación, "hacer cuerpo" o "hacer carne"), proyección y enrolamiento (o personificación).

Resulta de enorme utilidad en el trabajo con psicotraumas, el considerar que las personas sometidas a alguna situación traumática en el sentido amplio, desde lo entendido como primario hasta lo vicariante, reciben información dramática de gran carga afectiva a través de sus órganos sensoriales, planteado anteriormente, a través de la visión y audición (psicotrauma primario directo o secundario indirecto inmediato); por la escucha de relatos horrorosos (psicotrauma terciario indirecto inmediato o diferido temprano, que implica impacto acumulativo en el caso de los terapeutas); a través de la lectura y construcción de imágenes de hechos horrorosos en el psicotrauma terciario indirecto o diferido tardío, como lectura de cartas de despedida, e-mails de traiciones amorosas, audios o grabaciones de mensajes de teléfonos celulares, testimonios y documentos jurídicos.

Esta información ingresaría al tálamo y de allí al sistema límbico en donde activaría la reacción de alarma en la amígdala y la fijación mnémica mediada por catecolaminas secretadas en el locus coeruleus. Parte de esa información sería procesada en las cortezas cerebrales primarias y de asociación, y podrá ser elaborada cognitivamente, generando alivio parcial o permanente del impacto sufrido. Sin embargo, frente a grandes traumas o situaciones vividas por la víctima como de gran impacto y cargas emotivas devastadoras, esa información no logrará ser procesada corticalmente y quedará encapsulada como memorias traumáticas en el sistema límbico, detenidas y congeladas en un tiempo experiencial infinito, prontas a gatillarse sin control, en el ahora o en el futuro, ante mínimos estímulos recordatorios de la esfera sensorial.

El relato de una mujer violada brutalmente respecto de su agresor es notable para afirmar lo anterior: *"Mientras iba de compras en la feria, sentí que un sujeto pasaba por mi lado y volví a sentir el olor de la colonia mezclada con transpiración que tenía cuando me atacó sexualmente y me violó varias veces. Sentí un escalofrío*

tremendo, quedé paralizada, sólo varios segundos después pude volver mi vista hacia la persona que ahora iba de espaldas. Estoy segura que fue el sujeto que abusó de mí hace tres meses atrás, logre ver su espalda y una capucha que usaba. No reconocí el vestuario, pero el olor era inconfundible. Ahora dígame usted doctor: ¿Cómo lo puedo denunciar a la policía con sólo ese dato?, me van a creer loca”.

La huella experiencial que deja el trauma es indiciaria e implícita, o sea, queda corporalmente sentida en alguna parte del soma, como lo que Gendlin denomina la “sensación sentida”, que es corporal (Gendlin E., 1999). Por tanto es pre-conceptual, cuando la persona no logra dar una explicación acerca de la maldad humana, ni logra reflexionar ni elaborar lo acontecido. Esto corresponde a la incorporación o encarnación de la experiencia traumática, algo que no tiene palabras, o sea no hay conceptos ni teorías explicativas para comprender el horror. Los pacientes dicen: *“Quedé como congelado, paralizado, no tengo palabras para hablar de lo acontecido”.*

Un joven ingeniero quien fue secuestrado por varias horas, golpeado y violado por tres antisociales drogados al interior de un automóvil y abandonado una madrugada de invierno, desnudo en un sitio erizado de la zona sur del Gran Santiago, dice al momento de la primera consulta: *“Doctor, por favor no me abandone, no tengo palabras para explicarme porque estas personas me hicieron esto. Lo único que sé es que ahora ni siquiera puedo tocar mi cuerpo, no logro ser capaz de tocar mis partes íntimas para asearme, es como si fuera el cuerpo de otra persona ¿qué explicación tiene esto que me pasa?”.*

El relato de este paciente se asemeja a lo descrito por psicopatólogos clásicos frente a los cuadros de despersonalización como: “una alteración en la percepción o en la experiencia de sí mismo, de modo que el individuo se siente ajeno y distante, como si fuera un observador externo de sus propios procesos mentales o de su cuerpo” (Sierra Siegert M., en Luque R., Villagrán J., 2000). El término desrealización fue propuesto para referirse a experiencias similares relacionadas con la percepción o vivencia del mundo externo. Ambas se asocian frecuentemente con situaciones de estrés y fatiga extrema. Se propone además que “en la despersonalización se produciría un incremento de la alertización junto con una disociación de la emoción, como un mecanismo adaptativo que incrementaría las probabilidades de supervivencia en situaciones de peligro súbito (Luque R., Villagrán J., 2000). Llama la atención que las personas despersonalizadas describen su experiencia con un “como si”, por ejemplo: *“siento como si no fuera yo”* o *“como si estas manos no fueran mías”.*

Las modalidades visuales y auditivas de despersonalización parecen estar más frecuentemente presentes y concomitantemente se asocian con una actitud de indiferencia hacia el dolor físico y psíquico. Los pacientes y personas que presentan sintomatología de despersonalización ansiosa suelen sentirse como si fuesen autómatas o robots.

Es posible que la experiencia del trauma vicario comparta este tipo de sintomatología dado que la despersonalización, siendo el síntoma más grave, forma parte de la tríada sintomática del síndrome de desgaste psíquico de los profesionales de ayuda, junto con el agotamiento físico y psíquico y la baja del sentimiento de éxito y logro laboral.

El proceso de incorporación o encarnación del trauma, siguiendo uno de los puntos centrales del paradigma de la dramaterapia, hace que los textos traumáticos de los consultantes, es decir, aquellos textos vivos cargados de emociones dolorosas y de significados trágicos, se inscriban en el cuerpo del terapeuta, quedando como registros fonéticos en la memoria declarativa episódica (mas allá de la memoria de hechos o semántica), también llamada memoria autobiográfica, en la cual es posible aprehender la información como sucesos o acciones frente a las cuales somos testigos. Se trataría de fonemas aislados o incluso ruidos aislados, el *click* del percutor de una pistola puesta en la sien de una víctima, el ruido catastrófico de latas y metales retorcidos de un camión de alto tonelaje cuando va deslizándose aparatosamente, volcado en medio de la carretera. Pueden ser generalmente dos o tres palabras señalizadoras. Una paciente que fue secuestrada por el conductor de un taxi colectivo con el fin de agredirla sexualmente, queda paralizada ante la rotunda orden de su captor: *“¡Cállate!”.* Sin embargo, logra salir del trance y se lanza automóvil en marcha, salvándose de tan bestial ataque.

Por lo tanto en las prácticas de autocuidado de los terapeutas, resultarán centrales los ejercicios y juegos dramáticos de apresto centrados en el cuerpo, actividades que irán en la búsqueda de aquellos textos traumáticos de los pacientes inscritos en el cuerpo del terapeuta con la finalidad de sacarlos de su transparencia, para posteriormente, por medio del trabajo de escenas –actoral o psicodramático– descubrirlos, para movilizarlos desde su lugar sumergido (Emunath R., 1994). Se trata entonces de textos encarnados con dolor.

El trabajo de proyección en dramaterapia se puede realizar de varias maneras. Algunos dramaterapeutas utilizan el dibujo, la pintura, el trabajo con arcilla, plasticina, máscaras, títeres y muñecos. En los niños una manera de cura emocional es a través del juego,

desarrollado una y otra vez. De este modo reviven el trauma de una forma segura y lúdica. El recuerdo se repite en un contexto en donde la ansiedad es reducida desensibilizándolo y permitiendo que se asocie a él un conjunto de respuestas no relacionadas con la traumatización. Por otro lado, los niños en su mente pueden dar a la tragedia, mágicamente, un resultado mejor. En los adultos utilizamos para la proyección, la identificación con un personaje teatral, un héroe, que dispone de un texto reparador o sanador. Muchos de estos juegos textuales y de personajes introducen en forma muy necesaria el humor, pieza fundamental en el trabajo con psicotraumas y que se desarrollará más ampliamente en otro apartado. Estos textos, al provenir de la literatura universal, representan los mitos y melodías latentes de la cultura que coinciden con los mitos, comedias y tragedias personales (Martínez-Bouquet C., 2006). El trabajo con textos teatrales e incluso pasajes bíblicos u otros textos sagrados, genera en el ritual final del trabajo dramaterapéutico un clima mágico de resolución en conexión con la verdad espiritual y el cosmos.

Aquí se funden el momento de la proyección con la personificación o adquisición de personajes quienes tendrán una representación evidente y rotunda en el escenario de la obra dramaterapéutica. Textos teatrales y textos personales de la tragedia vivida, escuchada o leída, se entremezclan con furor dramático generando las condiciones para la creación de la obra dramaterapéutica.

El grupo en acción da paso a dos nuevos momentos que nosotros hemos incluido, complementando lo propuesto por Jennings, que es la *improvisación creadora*, en donde el grupo improvisa nuevos textos que amplifican y multiplican los anteriores, mezclando tragedia, comedia y drama como género teatral, y la *representación de la obra conservada*, es decir, ritualizada y teatralizada al punto de convertirse en patrimonio de la cultura.

Finalmente la comunidad entera testificará con recogimiento lo que se representa ante su mirada. Este es el momento del enjuiciamiento que la comunidad hace ante un mal arrollador, el de la violencia humana, el trauma, el duelo, la impotencia, la injusticia, la humillación, la vergüenza, la traición. Pero al mismo tiempo se despertará lo mejor del ser humano y de los grupos, la solidaridad, la comunión, la fuerza, la compasión, y la posibilidad de reparar en el "como si" dramático, el dolor, la soledad y la traición.

El arte en sí mismo es un medio de comunicación inconsciente. El cerebro emocional está sumamente sintonizado con significados simbólicos y con lo denominado "proceso primario": los mensajes de la metáfora, el relato, el mito, los rituales, las artes en general.

Muchos psicoterapeutas que trabajan con psicodrama con sobrevivientes de traumatizaciones severas, utilizan en sus esquemas de intervención una aproximación y secuencia de pasos, a nuestro modo de ver, de corte dramaterapéutico (Kellermann P.F, 2007; Filgueira M.A, 2007; Espina Barrio J.A, 1993).

Dichas prácticas psicodramáticas grupales siguen la siguiente secuencia:

1. Re-actuación – *acting out*
2. Reprocesamiento cognitivo – Insight de acción
3. Descarga del superhábit de energía – Catarsis emocional
4. Superhábit de realidad – "Como si"
5. Apoyo interpersonal – Tele
6. Ritual terapéutico – Magia

En este re-aprendizaje emocional y recuperación del trauma se suelen diferenciar cuatro momentos: Adquirir una sensación de seguridad; recordar los detalles del trauma; lamentar la pérdida que ha provocado y finalmente volver a hacer una vida normal. Las personas traumatizadas necesitan volver a tener una sensación de seguridad, salir de la impotencia, percibiendo que hay más de una salida, recuperar el sentido de control sobre sus vidas que han quedado inmersas en la precariedad y de este modo evitar la enfermedad mental o psicósomática que aparece cuando las personas se vivencian como "sin salida" ante una situación. La línea de fuga hacia la salud de la realidad ficcional dramaterapéutica, el "como si" dramático de posibles soluciones, el encuentro con personajes y héroes del teatro que vienen con su sabiduría a colaborar, el descubrimiento de textos reparadores que provienen de recursos, fortalezas y resiliencias personales, grupales y comunitarias, generan una especie de ilusión, una visualización experiencial, una magia mental al modo de un trance hipnótico con potencialidad de cambio de aquellos íntimos procesos neurobiológicos y psicológicos que subyacen en la profundidad de la vivencia traumática.

Las curas psicológicas a través del juego y en particular del juego en dramaterapia se producen a través de tres mecanismos: la abreacción, o sea en la obra dramaterapéutica se pondrán en marcha historias con sentimiento; el nuevo drama se lleva a cabo en el contexto seguro y protegido de un grupo con historia vincular; y las correcciones implican que jugando otros finales se descubre que existen otras posibilidades para la siguiente vez asumiendo que quizás no deba existir una "siguiente vez" y que la vida ha sido generosa dentro de todo, al estar vivo (Terr L., 2000).

Finalmente cabe considerar que la catarsis en dramaterapia es por excelencia de tipo estética, como la que se produce al público observador al presenciar una obra teatral, hecho terapéutico al que sólo podemos acceder desde esta metodología que mantiene una fuerte impronta teatral. Este tipo de catarsis genera contención y estructuración psíquica desde el distanciamiento tanto del público como del actor participante, quien podrá transitar libremente desde el espacio escénico hacia la platea para presenciar el espectáculo, sin que se note su ausencia, por la fuerte naturaleza cooperativa del trabajo grupal, que puede prescindir de algunos de sus miembros durante la ejecución misma de la obra.

CONCLUSIÓN

Teatro es mimesis y psicodrama es anti-mimesis, o sea, la verdad misma jugada en el escenario psicodramático. La dramaterapia comienza en el teatro y termina en el teatro, pasando por toda la belleza del acto creador, es decir, la interacción permanente y sin límites del proceso creador, con su carga de espontaneidad-creatividad natural y la conserva cultural, con su aparente rigidez y permanencia como patrimonio de la cultura.

El modelo de la encarnación-proyección y personificación de la dramaterapia contribuye ampliamente en el trabajo de autocuidado de clínicos y terapeutas potencialmente vulnerables a contraer el síndrome del desgaste profesional o estar quemados. Por medio de prácticas dramaterapéuticas que utilizan este modelo, buscamos extraer del cuerpo de los terapeutas aquellos relatos vivos que se han inscrito en su biología. Los procesos reparatorios y sanadores siguen el camino opuesto, es decir, desde textos y personajes teatrales de la literatura y dramaturgia universal, siguiendo las melodías latentes de la cultura, los mitos universales y los rituales, buscamos rehabilitar a los terapeutas con el fin de volverlos sanos y de regreso hacia el lugar en donde habita su trabajo y su comprometido oficio de acompañamiento.

REFERENCIAS

1. Benelbaz D. (1997) Supervisión y procesos institucionales en equipos que trabajan con traumatización extrema. *Symposium Supervisión Clínica. V Congreso Nacional de Psicología. Colegio de Psicólogos de Chile*
2. Bryant R, Creamer M, Meaghan L, O'Donnell M, Silove D, McFarlane A. (2008) A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatric* 69(6): 923-929
3. Cia A. (2001) Trastorno por estrés postraumático. Diagnóstico y tratamiento. *Imaginador. Buenos Aires*
4. Emunah R. (1994) Acting for real. *Dramatherapy. Process, technique, and performance. Brunner/Mazel Publishers, New York*
5. Espina Barrio JA. (1993) El cuerpo muerto. *Psicoterapia del duelo, individual, de pareja, familiar y grupal. Informaciones Psiquiátricas, 2º Trimestre, Madrid* 132, 275-285,
6. Figley C. (2000) Traumatización sistémica. El trastorno de estrés postraumático secundario en los terapeutas familiares. *Rev Sistemas Familiares, Buenos Aires, Asiba*
7. Filgueira MA, Espina Barrio JA. (2007) Brief psychodrama and bereavement. In Kellerman PF, *Psychodrama with trauma survivors. Acting out your pain. Jessica Kingsley Publishers, London*
8. Garrido Martin E. (1978) Jacob Levi Moreno. *Psicología del encuentro. Madrid, Sociedad de Educación Atenas*
9. Gendlin E. (1999) El focusing en psicoterapia. *Manual del método experiencial. Barcelona, Paidós*
10. Jennings S, Cattanach A, Mitchel S, Chesner A, Meldrum B. (1994) *The handbook of dramatherapy. Routledge, London*
11. Jennings S. (1998) *Introduction to dramatherapy. Treatre and Healing Ariadna's Ball of Thread. Jessica Kingsley Publishers, London*
12. Kellerman PF, Hudging MK. (2000) *Psychodrama with trauma survivors. Acting out your pain. Jessica Kingsley Publishers, London*
13. Kuper E. (2004) *Neurobiología y comorbilidad del trastorno de estrés postraumático: Un paradigma dimensional. Desde la neuroplasticidad a la resiliencia. Argentina, Polemos*
14. Landy R. (1993) *Persona y performance. The meaning of role in drama, therapy, and everyday life. The Guilford Press, New York*
15. López-Ibor A, Valdez M. (2002) *DSM-IV-TR, Barcelona, Masson*
16. Luque R, Villagrán J. (2000) *Psicopatología descriptiva. Nuevas tendencias. Madrid, Trotta*
17. Marquez López-Mato A. (2003) *Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos. Argentina, Polemos*
18. Martínez-Bouquet C. (2006) *La ruta de la creación. Barcelona, Aluminé*
19. Martínez-Bouquet C. (2006) *¿Dónde habitan los personajes imaginarios? Barcelona, Aluminé*
20. Ritterman M. (1988) *Empleo de hipnosis en terapia familiar. Argentina, Amorrortu*
21. Rubin Wainrib B, Bloch E. (2000) *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. Bilbao, Desclée de Brouwer*
22. Slade P. (1978) *Expresión dramática infantil. España, Santillana*
23. Rodríguez A, Escobar M, Arenas C, Morán M. (2005) *Trauma por bombas y explosiones. Daño cerebral asociado. Rev Colombiana de Radiología* 16(2): 1718-1722
24. Torres P. (2001) *Dramaterapia. Dramaturgia, teatro, terapia. Santiago de Chile, Cuarto Propio*
25. Torres P. (2009) *Sangra la escena. Psicodramaterapia del trauma y del duelo. Santiago de Chile, Edras-Universidad de Chile*
26. Wolf-Fedida M. (2005) *Trauma y conmoción psíquica. Rev Actualidad Psicológica, Año IV, Nº 41*
27. Vanderlinden J, Vandereycken W. (1999) *Trauma, disociación y descontrol de impulsos en los trastornos alimentarios. Barcelona, Granica*

CLÍNICA

PSIQUIATRÍA, PODER Y GÉNERO: ANÁLISIS DE LAS RELACIONES FAMILIARES DE UNA PERSONA QUE PADECE DE ESQUIZOFRENIA¹

(Rev GPU 2010; 6; 2: 205-217)

Susana Cubillos Montecino², Eliana Morales³

Se analizan las relaciones familiares de un paciente de esquizofrenia en base a un modelo que integra la teoría psicoanalítica, la lingüística moderna y la teoría interaccional. Se observan las relaciones del sistema sexo/género y el modo en que los discursos que expresan la ideología social-familiar son “inoculadas” de una generación a otra. El caso estudiado apoya la hipótesis que sostiene que para que se produzca un trastorno mental tan severo como la esquizofrenia es necesario que ambas funciones paterna y materna actúen en el sentido del impedimento y la no protección; de modo tal que el sujeto ubicado en la función filial no puede recurrir a ninguna de las dos instancias (madre-padre) para acceder al rango de sujeto competente. Competencia entendida como “poder hacer”, modalidad básica que conjuga las dimensiones humanas de libertad-independencia, opuestas a sumisión-impotencia. La problemática de poder difuminado a través de todas las relaciones e instituciones sociales queda en evidencia como un asunto a ser abordado por el análisis crítico.

¹ Trabajo realizado durante la formación de especialidad, en la estadía en unidad de psicosis de un hospital psiquiátrico, con la participación y supervisión de la profesora Sra. Eliana Morales. Presentado en reunión clínica de ese servicio en 1989. Se realiza el análisis del material aplicando una perspectiva crítica de género adquirida durante la formación para obtener el grado de magister en 2001.

² Psiquiatra Clínica, Magister en Estudios de Género y Cultura en Latinoamérica. scubillosm@gmail.com

³ Asistente Social, Terapeuta Familiar. Profesora de Psicoterapia Sistémica de la Facultad de Medicina Sur.

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría ha sido señalada por Foucault como una institución que emerge para vigilar y castigar, como una agencia biopolítica de control de los cuerpos (sexuados), que opera a través de técnicas confesionales⁴, entre otras tecnologías disciplinarias. Los discursos foucaultianos sobre la locura remiten al origen cartesiano de la noción de sujeto moderno basado en la partición razón/sin razón, normal/anormal, desarrollando una crítica frontal al empirismo racionalista, a la fenomenología naturalizante, tanto como a una concepción centralizada y monolítica del poder. Dado que las relaciones de género han sido caracterizadas como una relación primaria de poder⁵, la visibilización del poder que se difumina permanentemente en sus fronteras enriquece la comprensión de un problema de esta complejidad. Abordar el “empoderamiento” en su dimensión pragmática, como una competencia vinculada al acceso del estatuto de sujeto, nos lleva a explicitar la pérdida de poder implícita en la impotencia del sujeto que queda reducido a una condición de objeto y el entrapamiento recurrente que enfrenta en distintas contingencias.

La relación entre psicopatología y género sexual es una materia de renovado interés. Se ha cuestionado la validez de las categorías nosológicas que se aplican, en tanto éstas se basan en modelos de comprensión de los fenómenos humanos producidos por un canon científico androcentrico⁶ y funcionales a las instituciones del poder masculino hegemónico, quienes ejercen un control disciplinario sobre las personas (Foucault, 1968). La confusión de lo natural con lo cultural, que asigna rango de normal/natural a ciertas características femeninas y masculinas que a la luz de los estudios de género hoy sabemos son culturalmente construidos, laten en las clasificaciones de la psicopatología, sobre todo en

el eje que estudia los trastornos de la personalidad⁷. Concordantemente, las diferencias de género sexual observadas en la disciplina desde tiempos remotos comienzan a ser reinterpretadas⁸. Estudios contemporáneos sobre depresión revelan que ésta como síndrome afecta en forma significativamente mayor a mujeres que a hombres. El abuso de tranquilizantes es más frecuente en las mujeres, mientras que el abuso de sustancias psicoactivas y el trastorno por adicción a sustancias ilícitas y a alcohol, es un problema que afecta mayoritariamente a varones⁹. Aportes de los estudios de las masculinidades de reciente aparición, concluyen que el riesgo de primer nivel en salud es el adscribir fielmente al modelo tradicional de masculinidad y no el solo hecho de nacer de sexo varón.¹⁰ Respecto a cómo afecta a

⁴ Foucault, M. *Historia de la Locura en la era clásica*. <http://www.filosofiacontemporanea.wordpress.com.2007/04/2007foucault-historia-de-la-locura-e...05-05-2009>. Foucault se refiere al psicoanálisis como disciplina heredera de las técnicas confesionales del cristianismo.

⁵ Scott, Joan. “Gender: An Useful Category of Historical Analysis”, en *Gender and the Politics of History*. Columbia University Press, N. York, 1989 pp.28-50; 206-211

⁶ Fox Keller, E. “Reflections on Gender and Science”, N Haven: Yale University Press. 1985. Comentado por Karen Openhasser, M.D. en *Hospital and Community Psychiatry*. Dec. 1985. Vol 36 N°12.

⁷ Emilce Dío Bleichmar hace una interesante puesta al día y corrección del concepto de histeria, usando operativamente y diferenciadamente los conceptos de sexo y género.

⁸ Citado por Luengo: Beca, Manuel 2°. “Algo sobre las enfermedades mentales en Chile. Recopilación de la estadística de la casa de orates, desde su fundación hasta la fecha”. Memoria de prueba en su examen para optar al grado de licenciado en medicina y farmacia. Santiago de Chile: Anales de la Universidad de Chile. Tomo 67. Imprenta Nacional, Mayo 1885, p 335-341. Respecto al sexo señala: “muy marcada es sin duda alguna, la influencia del sexo, en todos los países y en todos los manicomios, hay mas locos que locas...lo que en otros términos, significaría que los hombres se exponen con más frecuencia a las causas de la enajenación, y que éstas son realmente más eficaces en ellos que en la mujer.”

Respecto al estado civil señala: “así el celibatario está más expuesto que el casado o viudo a la locura y este último menos que el segundo, en los tres estados, es también sobre el hombre que recaen todas las causas, menos la viudez, en que la mujer, por todos los motivos está más expuesta que el hombre.”

⁹ STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression): 1.500 pacientes ambulatorios con Trastorno depresivo mayor no psicótico; 2/3 mujeres (62,8%); inicio más precoz. Comorbilidad con trastorno de ansiedad, somatomorfo y bulimia. Más frecuencia de síntomas atípicos.

Abuso de alcohol y drogas fueron más comunes en varones.

Observatorio equidad de género en salud. Chile (2007-2008).

Tasa suicidios (2004-5-6): 3,8; 4,0; 4,2 mujeres c/100 mil y 22,2; 20,8; 21,9 varones c/100 mil.

¹⁰ Bonino, Luis. “Masculinidad, salud y el sistema sanitario. El caso de la violencia masculina”. Artículo publicado en 2002 en “Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa”. Instituto de la Mujer/España, OMS, y actualizado en Ruiz Jarobo, C y Blanco,

las mujeres el estatus y el rol hay estudios que relevan la importancia de las condiciones de la vida cotidiana, el trabajo doméstico, los bajos niveles de escolaridad y falta de soporte emocional, como elementos generadores de síntomas angustiosos y depresivos en mujeres dueñas de casa¹¹. El matrimonio es considerado un factor que no protege a la mujeres de la depresión pero sí a los varones, quienes se suicidan más frecuentemente si son solteros o viudos.

En cuanto a la esquizofrenia siendo ésta la enfermedad mental más devastadora que observamos en la práctica clínica, si bien afecta en igual frecuencia a hombres y mujeres, en los varones el inicio de la enfermedad es más precoz, el cuadro clínico suele ser más grave y con más frecuencia requieren ser hospitalizados. En general la edad de comienzo de la enfermedad es entre los 15 y los 25 años en los varones y los 25 y 35 años en las mujeres. La razón por la que las mujeres enferman más tarde y hacen cuadros menos severos se ignora. Se ha atribuido a una influencia de factores hormonales, basándose en el hecho de que las mujeres posmenopáusicas presentan esquizofrenia tardía con más frecuencia que los hombres de la misma edad y a que las hormonas sexuales masculinas y femeninas tienen una importante influencia sobre el sistema dopaminérgico, el que estaría vinculado con los síntomas esquizofrénicos. No obstante, se piensa que factores psicológicos y socioculturales pueden influir para afectar diferencialmente a hombres y mujeres (Ojeda, 1981; Heerlein, 2000).

La perturbación central y primaria en esta enfermedad ocurre a nivel de la estructura del pensamiento y el lenguaje, impactando globalmente la personalidad y los afectos del sujeto, incluida la experiencia sensorial. Es una enfermedad crónica, que produce deterioro en un porcentaje elevado de pacientes. Se estima la prevalencia de los Trastornos Esquizofrénicos en 0,5 a 1,5% de la población general. La principal hipótesis neuroquímica de la esquizofrenia plantea que la enfermedad se vincula con una hiperactividad dopaminérgica a nivel de estructuras mesolímbicas, mesocortical y nigroestriatal. Los estudios también sugieren una fuerte base genética para la enfermedad.

La hipótesis de que la esquizofrenia podría ser producto de una interacción familiar anómala fue sostenida

en los años sesenta, perdiendo vigencia frente al desarrollo de la psiquiatría biológica, neurociencias y neurofarmacología. Actualmente la noción de vulnerabilidad sirve al propósito de integrar lo genético y lo ambiental, con sus componentes biológicos, psicológicos y los determinantes sociales que participan en la génesis y mantención de los trastornos mentales

Se sostenía entonces la existencia de familias “esquizofrenógenas”, integradas por “una madre sobreprotectora y dominante, un padre ausente o poco involucrado con la familia y el empleo habitual de una comunicación ambigua y en último término desquiciante: el lenguaje del doble vínculo”. Esto es la existencia de un desacuerdo entre mensajes verbales de afecto y los no verbales de rechazo y hostilidad por parte de uno de los padres. Sin embargo se ha demostrado que éste es un factor inespecífico, común a otras enfermedades y existente en familias en que no hay miembros con enfermedad mental. Actualmente se considera la alta “expresión emocional” en una familia como un factor asociado a recaídas en los que padecen de esquizofrenias. Esto significa gran implicación de la familia en la vida del paciente, ya sea con un comportamiento crítico u hostil o ejerciendo un gran control o sobreprotección. La reducción de estas conductas, producto de una terapia o intervención familiar, o la simple disminución del tiempo que el paciente pasa con su familia, se traduce en una reducción de las recaídas.

CASO CLINICO

Joven de sexo masculino, que llamaremos Carlos, 25 años, soltero, IV año de Enseñanza Media Industrial, Mención Mecánica. Ingresó a la unidad de internación de agudos de una institución psiquiátrica, internación forzosa, con Diagnóstico Trastorno Esquizofrénico de subtipo Catatónico-paranoide.

Su enfermedad habría comenzado a los 21 años de edad, a pocos meses de ingresar al Servicio Militar obligatorio, el cual no deseaba hacer. No ha vuelto a ser el mismo desde entonces y la evolución ha sido progresiva. En los primeros meses se le observaba silencioso, retraído e irritable. Cuando iba a su casa se encerraba en su pieza, no hablaba y no salía. No deseaba volver al regimiento. Varias veces se escapó, llegaba a su casa y lo iban a buscar los militares. Posteriormente se observan conductas extrañas, súbitamente daba gritos y salía corriendo; decía escuchar voces, gritaba “salgan de mí, demonios”. Permanece en la enfermería hasta completar el periodo de dos años, recibiendo tioridazina 75 mg diarios. A su egreso se entrega certificado médico a la familia con diagnóstico de Enfermedad de Bleuler.

P. (Comp.)(2004). La Violencia contra las Mujeres. Detección y Prevención. Díaz de Santos.

¹¹ Patricia Romito. Las mujeres y la medicalización de la opresión. Revista *La Mujer Urbana*. N°9-10, Julio-Nov. Perú, 1988.

Continúa su vida en silencio, sin salir de la pieza, tornándose agresivo e insomne. Había periodos en que no comía afirmando que “no merecía comer porque no trabajaba”; posteriormente comía compulsivamente. Consigue dos trabajos que conserva sólo por dos semanas. Sigue escuchando voces y a veces daba gritos aterradoros. Permanece progresivamente más lento, callado, con poco movimiento, no habla, comienza a descuidar su persona, no se lava, no se peina. A veces se daba duchas frías y volvía a acostarse mojado. Se le escuchaba hablar solo. En dos oportunidades es llevado de urgencia al hospital psiquiátrico, desde donde se fuga. Empeora. Pasa días acostado sin hablar; a veces salía desnudo a la calle. Permanecía largo rato en la misma posición, habla solo, dice que lo persiguen, que tiene miedo.

Historia personal

- Es el primer hijo de madre adolescente (15 años), que se había fugado con su pareja. Embarazo sin patología, controlado desde el séptimo mes, “por dejación”. Nace de un parto difícil, aparentemente sin asfixia neonatal.
- Desarrollo psicomotor normal para la edad, aunque habla un poco más tarde que sus hermanos. Ingresa al sistema escolar a los 9 años porque su padre era tan celoso que no permitía a la madre salir de la casa. No presenta problemas de aprendizaje, es muy buen alumno, no repite cursos. Termina 4° año de Enseñanza Técnica, faltándole la práctica para recibirse.
- Fue un niño retraído, tendía a aislarse y jugaba poco, no salía y no llevaba amigos a su casa.
- A los 15 años inicia consumo de marihuana, estimulantes y neopren sin que sus padres lo noten. A los 19 años ingresa a la Iglesia Evangélica, dejando totalmente las drogas. Practica la fe activamente, asiste a reuniones y a retiros espirituales.
- En ese periodo trabaja vendiendo sobres y esquilas, puerta a puerta, en forma estable, incluso saliendo de la ciudad. También en esa época jugaba ajedrez casi todos los días.
- Tiene dos pololeos breves a los 18 y a los 20 años.

Estado al ingreso a la unidad psiquiátrica

El paciente es traído por la fuerza. Se observa perplejo, con la mirada perdida, mutista, opositorista. Mantiene la misma posición durante la entrevista, sin responder a las preguntas. Rechaza todo contacto con el medio, no se alimenta, no responde a solicitudes,

preguntas ni órdenes, oponiéndose activamente; cierra los ojos y aprieta la boca. Permanece inmóvil, desnudo y en posición fetal. Cuando es tomado por la fuerza para cambiarlo de posición, opone resistencia pero sin movimientos de defensa. Está desnudo, sucio, sudoroso y de mal olor. Cuando es dejado solo, se levanta y marca el paso en su puesto, para luego meterse bajo las frazadas.

Se indica prueba de neuleptización rápida, en dosis crecientes hasta 20 mg de haloperidol endovenoso. Cede la rigidez, persistiendo opositorista, con posturas antifisiológicas y almohada psíquica. Con diagnóstico de Síndrome Catatónico de etiología probablemente esquizofrénica, se indica terapia electroconvulsivante (ECT), con muy buena respuesta. A la segunda aplicación el paciente se alimenta, se sienta, toma contacto visual con el otro, fijando la mirada. Persiste mutista y negativista.

Luego de la tercera aplicación es posible entrevistarlo, observándose psicomotilidad espontánea en recuperación, con movimientos de bastante plasticidad. Se moviliza por sus propios medios. Mantiene actitud dispuesta a la entrevista, hiperalerta, con mímica complementaria, reticente y desconfiado, habiendo momentos de franca perplejidad. El lenguaje es disgregado, para responder, se observa geometrismo mórbido. Refiere “en mi familia hay un desorden... yo como que me salí de órbita”. Refiere productividad alucinatoria auditiva que describe como “voz dañina”. Se observa conservación de algún repertorio afectivo, en ocasiones discordantes. Respecto de su actitud opositorista y negativista del ingreso refiere: “estaba asustado”.

Se plantean los siguientes diagnósticos, según los ejes axiológicos del DSM.

- I Esquizofrenia Catatónica con elementos paranoides.
- II Personalidad Esquizoide probable.
- III –
- IV Estresor moderado: Disfunción Familiar en observación.
- V Adaptación en el último año: mala.

Se completa serie de 16 ECT, con mínimo compromiso cognitivo. Al 7° ECT se inicia exploración familiar, en sesiones fijas de una vez por semana, a la que la familia asiste regularmente. El padre y la madre asisten a todas las sesiones, los hermanos asisten a algunas y hay un hermano que no asiste nunca. Carlos se adecua bien a la situación de sesiones de familia; participa, le agradan, comentando posteriormente respecto de ellas.

Descripción de la intervención familiar

Se decide realizar exploración diagnóstica familiar debido a que los padres se sentían responsables de lo que acontecía a su hijo y estaban comprometidos con él. Por otro lado Carlos, ante la pregunta ¿Qué le ha ocurrido?, contesta: “hay un desorden en mi familia”.

1ª Sesión: Carlos se sienta entre ambos padres. Se pone de manifiesto este “desorden” familiar, los problemas de la familia que no se hablan; existen reglas que los hijos no cumplen, especialmente hay conflictos entre el padre y la hija.

Carlos manifiesta su deseo de casarse.

La familia verbaliza su deseo de lograr una “comunidad” familiar, pero el padre refiere no poder lograrlo a pesar de sus esfuerzos (quiere y no puede).

Carlos señala que a veces tienen que pasar cosas terribles en una familia para que pueda haber cambios.

2ª Sesión: Carlos plantea que ser el hijo mayor es una responsabilidad y que a los niños menores se los quiere más. Refiere que cuando niño, a su padre “lo miraba de lejos mientras dormía” y le decía “cartel”. Que sólo tenía que obedecerle y eso no le gustaba. El padre responde desconfiándose y pidiendo la afirmación del hijo, quien a su vez responde desconfiándose: “me gustaba que me mandara, sinceramente, siempre aprendí cosas de usted”.

Carlos re-ordena a la familia dentro de la sala. Junta a la madre y al padre y ordena a los hermanos (a). La madre inicialmente se resiste a salir del lado del hijo. La familia verbaliza que desea este orden y el poder hablar las cosas entre ellos como lo hacen aquí (desean otro orden y poder hablar).

Carlos habla de haber sido emisario entre su padre y el abuelo paterno, en severos conflictos entre ambos. “A mí me daban los mensajes y yo los repetía” (debía hablar la palabra del otro).

3ª Sesión: los padres a pesar de encontrar a Carlos mejor, se muestran reticentes a su permiso de salida. Piensan que él no va a querer volver y dudan de su capacidad de manejarlo. Carlos se ensimisma (ellos no desean que haga y él no puede hacer).

Posteriormente Carlos se levanta y dice: “voy a hacer lo que siempre he querido hacer”, se acerca a su padre y lo abraza, observándose en éste perturbación y un movimiento contrario de alejamiento. Luego se dirige a su madre y se abrazan largamente.

Enseguida Carlos realiza una escultura en que sitúa al padre de pie junto a la madre sentada; el padre

mirando las manos de la madre. La madre en un primer momento debe mirar al padre, pero luego Carlos se sitúa frente a ambos progenitores y re-ubica la mirada de la madre dirigiéndola hacia sí mismo. Manifiesta querer estar siempre así con ellos. Y señala la importancia de las “manos hacedoras” de la madre.

4ª Sesión: se profundizan los temores por la salida de Carlos.

Carlos se perturba, su lenguaje se desorganiza. Él dice “lo importante es la palabra y que es distinta para cada persona”, inquiriendo gestualmente a su padre por “la palabra”, esa “palabra salvadora” le insiste Carlos (aludiendo a la que usa en las prédicas). El padre esboza algunos términos, “hay muchas palabras” le dice apremiado. El ambiente es de desorden, salen los niños y la hermana de la sala. Salen las terapeutas y el padre las sigue para pedir que no se autorice la salida del hijo.

Carlos vuelve a la sala de internación y posteriormente se le impide salir al patio, pese a estar autorizado, por lo que se sale por la ventana a reunirse con su familia. Sus padres lo devuelven al servicio inmediatamente, quedando rotulado el acto como una fuga. Por la noche se agita, su pensamiento se disgrega, se vuelve reticente, desconfiado e inadecuado. Se debe indicar una nueva serie de terapia electroconvulsivante.

MARCO TEÓRICO DE ANÁLISIS: EL MODELO DE KORNBLITZ

Cada cultura a través de las reglas de parentesco que le es propia, pauta las relaciones familiares; pero este sistema es también reflejo de los “fantasmas originarios” del psiquismo que el psicoanálisis postula como universales y como organizadores de las representaciones que el (psiquismo) se forma de las relaciones familiares.

De la teoría psicoanalítica surge el concepto de estructura familiar inconsciente, que pertenece al campo de lo imaginario humano y que se ubica como intermedio entre el aparato psíquico individual y la cultura. La teoría del complejo de Edipo, del destete y el intruso, serían factores inconscientes que en forma universal rigen el escenario fantasmático en el que se juegan los intercambios de lugares o posiciones constitutivas de los vínculos familiares. Las posiciones y valores preferenciales de las representaciones inconscientes se mueven polarmente en los ejes deseo-defensa, interior-exterior, ausencia-presencia, pasividad-actividad.

La estructura resulta de la combinación de tres funciones: materna, paterna y filial, cada una de las cuales es necesidad a la vez que interferencia en el desarrollo evolutivo de los individuos, así la función materna

continente puede llegar a ser encerrante y asfixiante. La función paterna sería, según la teoría psicoanalítica clásica, aquello que posibilita al niño el acceso al orden de lo simbólico, que implica lo que concierne a la aceptación de la existencia de la ley, condición de la cultura, la inserción en un linaje determinado, en un lugar en el sistema de parentesco, para lo cual el lenguaje es la instancia privilegiada. Contiene así mismo la posibilidad del padre autocrático en lucha rivalizadora con los hijos.

La función filial sería la concreción de las posibilidades generadoras creadoras de los padres, garantizando la trascendencia. Contiene la amenaza de anulación de los padres por los hijos.

El análisis propuesto de la interacción familiar se inicia a dos niveles, el de la ideología familiar, que corresponde al plano de los significados (inconsciente) y el estilo familiar en el plano de los significantes (lenguaje); lo que constituye la forma particular de semantización que una familia otorga a su conflictiva, o dicho de otra manera, el proceso por el cual una familia otorga signos y símbolos a su conflictiva particular.

LA IDEOLOGIA FAMILIAR

La ideología familiar constituye un proceso inconsciente de producción de significaciones, para los términos conflictivos que derivan de las reglas del sistema de parentesco. Produce mitos y creencias vertidos en una fraseología dotada de un semantismo que permite acceder a ese sistema inconsciente de reglas constitutivas de la organización familiar. El conflicto existe necesariamente en tanto se trata de lugares fijos que, al deber ser intercambiados generacionalmente, implican una pérdida para quienes acceden a una nueva posición. Así, acceder a la paternidad implica perder la posición de hijo y de padre para quien se convierte en abuelo.

Herbert (citado por Kornblitz) sostiene que “todo sujeto ubicado en la formación social soporta los efectos ideológicos de los que es soporte”. Dado que este proceso queda disimulado, se crea la “ilusión de autoría”, por lo que el sujeto cree poder elegir su lugar en la familia y decir su discurso sin darse cuenta de las determinaciones que obran sobre él. La reproducción de los procesos ideológicos involucra en cada sujeto la operación imposición-disimulación, a través del dicho, rumor o leyenda familiar. Así, los mecanismos ideológicos instituyen a los sujetos humanos en el lugar que les es asignado.

Los procesos ideológicos en lo social pueden definirse como los procesos de producción, transmisión y consumo de significaciones ideológicas en el seno de

la comunicación social. La lectura ideológica de la comunicación social consiste en descubrir la organización implícita o no manifiesta de los mensajes. En familia, la ideología será la forma particular de organización de los mensajes que adopta el intercambio en el contexto familiar, forma que a su vez estará en relación con los procesos ideológicos del nivel macrosocial.

En el análisis de la ideología familiar se distinguen las condiciones de producción que incluye el sistema de parentesco con sus mitos y creencias y el nivel de las manifestaciones que incluyen las pautas de interacción, con sus discursos, acciones, manejo de objetos, espacio, etc.

La ideología familiar cumple tres funciones:

1. Conduce a los sujetos a ocupar los lugares que les son asignados en función de la conflictiva edípica, organizadas según las leyes de parentesco.
2. Semantiza el conflicto, otorgando significados a través de signos y frases.
3. Disimula el proceso anterior (mitos y creencias) otorgando “ilusión de autoría”, sobre la interpretación de sí mismo y del lugar que ocupa él y los otros miembros de la familia.

Los MITOS son creencias compartidas por la familia sobre roles mutuos y la naturaleza de la relación. Corresponden a la repetición de imágenes y fantasías de la historia y prehistoria de cada miembro de la pareja, que ensamblados configuran la trama de lo imaginario vigente en la familia actual. Contiene la confluencia de representaciones sobre la historia de la pareja y el pasaje de la familia de origen de la mujer.

El contenido inconsciente del mito está oculto en su estructura que es posible develar en un *análisis estructural del relato sobre la atracción mutua de la pareja*, por ejemplo; que siguiendo a Levi Strauss y Greimas se conjuga en el eje semántico: desear-rechazar. Según lo verbalizado por cada uno, si a uno le corresponde la categoría “desear” al otro le corresponde reflejamente la de “ser deseado”. O rechazar-ser rechazado.

Ejemplo de caso. Pareja de padres del paciente, según los contenidos afirmados y deducidos para cada uno:

PADRE: EL ELLA

Ella dice que yo le gustaba. Es deseado Desea
No me di cuenta Rechaza Es rechazada

MADRE:

Lo vi y me gustó Es deseado Desea
Antes de lo que él dice Rechaza Es rechazada

Del análisis del texto de los progenitores resulta el contenido del Mito:

Ella puede quedar sola, doblemente rechazada.
Ella desea - es rechazada.
Él es deseado - rechaza.

Según la teoría psicoanalítica lo manifiesto oculta el deseo inconsciente contrario-temido (invertido por los mecanismos de defensa), luego al invertir aparece lo oculto:

Ella (teme) ser deseada y rechazar
El (teme) desear y ser rechazado.

Contenidos del relato sobre el pasaje de la mujer desde su familia de origen:

- las figuras masculinas no aparecen espontáneamente. Al buscarlas resulta que sus actitudes son amenazantes para la pareja.
- las mujeres rechazan activamente primero y luego aceptan pasivamente a la pareja.
- las mujeres temen y desean, son pasivas y sumisas: "si uno quiere al hombre hay que aguantarlo".
- la madre aparece dependiente de familia de origen, en una posición (fantasía) de ser ayudada y protegida por ésta, con falta de individuación y diferenciación en su rol.

CREENCIAS

Son hechos, situaciones o frases oídas en torno a la historia familiar. Tienen una distancia menor que los mitos de los contenidos reprimidos y casi sugieren imágenes (proceso primario). Tienen carácter de certidumbre ya que la duda pondría en peligro de ser revelado lo que inconscientemente dicho sujeto desea que permanezca oculto. Así, las representaciones inconscientes vinculadas con lo familiar deben ser reconstruidas precisamente de lo que no se dice.

En familias con miembros severamente perturbados psíquicamente las creencias aluden a agentes irresponsables que han provocado hechos traumáticos, que corresponden a sentimientos inconscientes de culpa con respecto al miembro enfermo proyectado en otros.

En esta familia circulan las siguientes creencias:

- Carlos fue dejado de lado por sus parientes de ambas familias
- el padre no ha sido buen padre, ha dejado de lado a Carlos, porque su padre no fue un buen padre y lo dejó de lado a él, lo obligó a trabajar y no lo educó.

- los hijos menores son más queridos y protegidos. Los mayores son expulsados.
- cuando alguien sale o entra a una familia ésta se desordena, se dispersa. Cuando el padre de la madre del paciente falleció, ella fue enviada a vivir con otra familia ("ella estuvo de acuerdo": tenía cinco años). Cuando el padre del padre de Carlos falleció, él fue expulsado con carabineros de su familia.

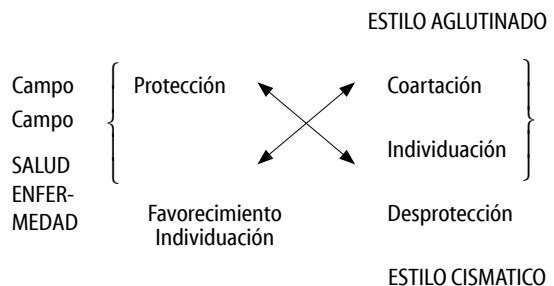
ESTILO FAMILIAR

El estilo familiar corresponde a regularidades observables en el modo de responder ante eventos que implican cambio, por ejemplo, muertes, migraciones, enfermedades. Se describen dos modalidades que tienden en sus extremos a la aglutinación o a la escisión del grupo familiar: estilo aglutinante y cismático respectivamente.

Describir el estilo familiar permite prever modos posibles de reacción frente a situaciones nuevas y reconstruir modalidades de pautas interactivas familiares que puedan haber contribuido a la emergencia de la enfermedad mental en un miembro y el poder de perpetuarla. Si no se trabajan estas pautas configuracionales, la salida de la enfermedad de un miembro puede significar la emergencia de síntomas en otro.

El estilo familiar se evalúa a través de la Historia Familiar (Mapa) y el análisis textual de la interacción. El estilo familiar tiene que ver con dos funciones clave de la familia en la organización social: apoyo y protección para su desarrollo y permitir la individuación, es decir, la emergencia de una persona autónoma de la matriz familiar. El estilo y la ideología contenida en los mitos y creencias ayudan al terapeuta a comprender qué configuración estructural está en juego.

Según el Modelo de Significación de Greimas:



Cada uno de los estilos está articulado entre los campos de la salud y de la enfermedad; sin coincidir con ellos. Alude a modos de funcionamiento en lo vincular que puede o no llegar a constituirse en patógenos

según su grado de intensidad. Lo ligado a la emergencia de la enfermedad sería la posición hacia donde se puede categorizar la interacción familiar en el continuum de los estilos.

EL MAPA FAMILIAR

Permite describir el estilo familiar y describir los lugares asignados a sus miembros. La confusión que un niño puede tener en cuanto a cuál es su lugar sería una de las bases etiológicas de la mayoría de los conflictos que se expresan como desórdenes psicopatológicos de mayor o menor gravedad en la infancia. Se ha sostenido (Cooper y Lacan) que para obtener un niño psicótico hace falta por lo menos el trabajo de dos generaciones, ya que el mismo es el fruto de la tercera. La confusión surge de conflictos por la falla de resolución edípica de los padres con sus propios padres, que trasladada al vínculo con los hijos hace que por lo menos uno de ellos sea destinado a llenar aquel vacío que para la madre y /o el padre se creó en su desarrollo evolutivo. Mannoni señala dificultades en cadena que en la estructura edípica se remontan a las carencias de los padres, abuelos y en algunos casos bisabuelos. Así, la técnica del Mapa Familiar desarrollada por Virginia Satir cobra particular relevancia. En el Mapa se reconstruye la familia, la imagen que acompaña a sus personajes y las anécdotas significativas que constituyen las creencias.

Mapa de la familia

Familia materna

Desde la bisabuela materna hasta la hermana de Carlos, todas las mujeres han sido madres solteras. Las figuras masculinas incluidos el padre del paciente y la pareja de su hermana, son recordadas por sus atributos negativos: mujeriegos, bigamos, jugadores, celosos, castigadores, desvinculados. Los dos hermanos de la madre aparecen uno como distanciado y alejado (“no se hace responsable”) y el otro como verdugo, malo, pero ahora imponiendo respeto en las cosas de la familia: “Ha tenido que responder”.

La abuela materna de Carlos, de padre ausente, se casa con un hombre 20 años mayor que ella. Cuando éste muere Ligia (la madre de Carlos) tenía 5 años y es sacada de la familia (“ella estuvo de acuerdo”). Al encontrar la abuela una nueva pareja, la familia se dispersa, quedándose sólo con las hijas menores. Al separarse de éste, Ligia vuelve a casa, a los trece años de edad. La madre le decía: “no hallo las horas que se casen para que se vayan y me dejen tranquila. Aunque sea con un papelerero”.

Familia paterna

Se observa relación conflictiva en ambas parejas de bisabuelos con sus respectivos hijos.

El abuelo y su padre comparten los atributos de bruto, tomador, mujeriego y celoso.

La abuela es descrita como buena, trabajadora, pasiva, con los mismos atributos de Ligia. El padre de Carlos por defender a su madre de la violencia es expulsado en múltiples oportunidades de la familia, guardando sentimientos de impotencia. Finalmente en su lecho de muerte el padre lo expulsa definitivamente y la familia lo hace salir con carabineros cuando él trata de “poner orden”. Su madre lo iba a mirar de lejos, en forma pasiva, dejándolo desprotegido. Su hermano Víctor “nunca puso la cara por su madre”, fue el primero en irse de la casa pero volvió enfermo, alcohólico, en tratamiento psiquiátrico. Se sometió a las reglas de la casa, cambió, pero ya no se comunica. La rivalidad entre ambos hermanos se ha mantenido siempre.

Carlos estaría llamado a llenar el vacío de figura masculina amable para la madre, estando fuertemente vinculado a ella; reactualizando la conflictiva edípica familiar, en una dinámica donde el padre no inviste al hijo o lo usa como emisario frente a su propio padre, o trata de someterlo como hiciera su padre con él. Es decir, la conflictiva gira más en torno al poder entre hombres y sus características dentro del sistema familiar, que a una vinculación incestuosa hacia la madre. Dos interpretaciones diferentes para la conflictiva edípica, como ya lo planteara Fromm en los años 50¹².

El padre intenta un cambio en el sistema familiar de origen, tratando de poner orden. En una familia de estilo cismático trata de evitar que sus hermanas traigan a otros. Sin embargo, como su padre lo dictaminó, es expulsado y con carabineros. Entonces intenta un cambio en su propia familia, frente a una historia de conflictos y dispersión, cierra sus fronteras, se aglutina, no hay diferenciación de sus miembros. Nadie entra y nadie sale. Los conflictos se repiten y sus intentos están destinados al fracaso.

Carlos es llamado por sus padres a ocupar sus vacíos. Hace un esfuerzo por ordenar su familia al entrar al evangelio, desplazándose a una posición supraparental. La madre se convierte al cristianismo, estrechándose sus lazos y acentuando la rivalidad con el padre, hasta que éste también se convierte a “la palabra” quedando en una simétrica rivalidad. Reactivado así el

¹² Fromm E. The Forgotten Language. Págs. 196-221.

histórico conflicto edípico del padre, ¿qué posibilidades le quedan?

- ser expulsado como dice la historia familiar, como fue su padre; volviendo al estilo cismático. Esta vez con militares.
- ser como su tío Victor, enfermo, sometido a las reglas de la casa, junto a la madre, pero en un nivel inferior, no valorado. Mutismo catatónico.
- ser distante y lejano como el hermano de la madre.

SEMANTIZACIÓN DE LA CONFLICTIVA

Partiendo de la semantización del conflicto fundamental que construye cada familia y que vehiculiza a través de la ideología (mitos y creencias) y del estilo, Kornblitz apela a los estudios pragmáticos para comprender cómo llega dicha semantización a ser inoculada en los individuos. Usa el término “inoculación” para referirse al proceso por el que los contenidos conflictivos específicos de cada familia son transmitidos de padres a hijos (as), e incorporados por estos últimos. Así como el modelo semántico incluye los significantes transmitidos por generaciones anteriores; los análisis pragmáticos incluyen predominantemente lo observable en la transmisión de padres-madres a hijos(as).

En el nivel del discurso, la “inoculación” se lleva a cabo especialmente a través de la transmisión de *presupuestos y sobreentendidos* (plano ilocutorio); formas de implicación privilegiadas de la transmisión de los lugares asignados según la semantización de la conflictiva específica. En las familias con miembros severamente perturbados, los presupuestos y sobreentendidos implican paradojas pragmáticas, tal y como han sido descritos por los autores del doble vínculo. Los aportes de la semántica estructural y los actuales desarrollos sobre las formas de implicación pueden ayudar a categorizar con más precisión cuál es la paradoja implícita en cada caso, de qué conflictiva surge y por qué mecanismos de implicación se transmite. No se trata de hipótesis etiológicas sino más bien de desarrollar un procedimiento lógico inductivo, partiendo de las manifestaciones del conflicto, tal como nos es presentado por la familia en el momento en que consulta.

Así, la formulación en términos semánticos del núcleo del conflicto y el rastreo de cómo llega a articularse en esos términos; el detectar quiénes asumen en la familia las adjudicaciones correspondientes a los rasgos de identificación fundamentales, tal como surgen de las historias familiares de la pareja constituyente y la especificación de los mecanismos ilocutorios de implicación que reglan la interacción familiar; constituyen

elementos de investigación sobre cada familia que implican buena parte de la tarea terapéutica misma. Esta sistematización que se propone para el análisis de la conflictiva familiar nos parece un valioso aliado en el proceso de lo que podría llamarse “acompañamiento en el cambio”, por parte del terapeuta.

Los presupuestos prescriben los lugares que cada miembro de la familia debe asumir según la semantización de la conflictiva. Corresponde a una función ilocutoria.

Los sobreentendidos son las formulaciones que describen los lugares que cada miembro de la familia imagina que el otro ocupa. Corresponde a una función perlocutoria, en tanto efecto que puede producir en cada sujeto la descripción del lugar que ocupa como diferente del que debería ocupar. Efecto referido sobre todo a la autoestima y autoconfianza.

La hipótesis de trabajo es que en las familias con miembros severamente perturbados desde el punto de vista psicológico, existen contradicciones importantes entre estos dos niveles de implicación (lo que prescriben los presupuestos y lo que describen los sobreentendidos), adquiriendo estas contradicciones el carácter de implicaciones pragmáticas del tipo de las que produce la paradoja, con todo el efecto paralizante que se ha descrito al desarrollar el último concepto, coincidiendo con la hipótesis del doble vínculo.

Se incluye también el modelo lógico que puede ser reconstruido a partir del análisis de dicha interacción y que sería su fundamento. Este modelo lógico incluye la deducción de cuáles pueden haber sido las “estructuras nodales” privilegiadas en el discurso de la familia, a partir de su ideología.

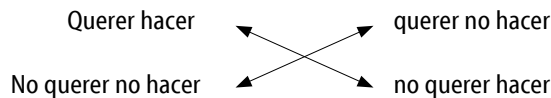
Según Greimas, las estructuras nodales posibles provienen de la combinación de los verbos:

- | | | |
|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Querer 2. Deber 3. Poder 4. Saber | } | Con los dos atributos
esenciales: HACER Y SER |
|---|---|--|

La combinación de estas dos categorías crea las estructuras nodales:

1. Querer hacer – querer ser
2. Deber hacer – deber ser
3. Poder hacer – poder ser
4. Saber hacer – saber ser

Al aplicar el cuadrado semiótico:



La combinación de estas estructuras nodales configura lo que Greimas denomina una “semiótica de la acción”. De los cuatro verbos modalizantes mencionados, *querer* y *deber* se vinculan con una suerte de condición anterior “subjettiva” al hacer o al ser.

Saber y poder se vinculan con el hacer que convierte una acción en posible de ser ejecutada y delimitan lo que se denomina la “competencia” del sujeto. En relación con el desempeño (performance), que es un hacer productor, la competencia es un saber y un poder hacer, siendo así aquello que hace posible el hacer.

Se ha observado que en las familias en las que se da una seria conflictiva vincular, hay un salto entre las modalidades relativas a la competencia del sujeto diagnosticado como enfermo y las modalidades que posibilitan su nivel de ejecución (*querer* y *deber*). Existe por lo general un reproche dirigido a dicho miembro por el resto de la familia, en cuanto al no querer hacer lo que debería hacer, saltando la evaluación de cuanto se le ha enseñado a saber hacer, para llegar a poder hacer, modalidades imbricadas a su vez con el conflicto de identidades que el individuo vive como el saber ser y el poder ser.

El sujeto catalogado como enfermo se encuentra frente a su propio no saber y no poder (*hacer – ser*); sin que por lo general pueda romper la mistificación que le impide ver cuánto su familia le ha posibilitado advenir a la competencia necesaria para la ejecución que después reclama. Se refugia así en un no querer como manera de rechazar el deber (*hacer – ser*) que le es prescrito paradójicamente, en la medida en que el no transmitirle el modo de llegar a ser competente es una manera de “inocularle” a la vez el no deber (*hacer – ser*).

Así la paradoja semántica que engloba el deber y el no deber (*hacer – ser*) se transforma en el plano de la competencia del sujeto en un no saber y un no poder (*hacer – ser*).

La hipótesis es que en el nivel de cada una de las modalidades básicas el sujeto designado como enfermo recibe mensajes contradictorios que asumen la forma de paradojas semánticas, vividas por sus implicaciones como pragmáticas. Estas contradicciones se transmiten a través de mensajes que incluyen como presupuestos simultáneos lo contrario o contradictorio de la misma función modalizante enunciada y como sobreentendido un mensaje contrario o contradictorio de la modalidad afín a la formulada (*deber* es afín a *querer* y *saber a poder*).

Los presupuestos son prescritos en la relación sujeto-objeto desde un sujeto normatizador hacia un sujeto ubicado en el lugar de objeto. Los sobreentendidos son formas de implicación referidas al sujeto normatizador. Según el modelo actancial de Greimas, será el sujeto ubicado en el lugar del destinador quien estará en posesión de las modalidades competenciales (*saber* y *poder hacer – ser*). En este lugar en las relaciones familiares se ubicaría la función paterna. Podría decirse que el sujeto designado por la familia como “enfermo” no ha adquirido el *saber* y el *poder* competenciales, lo que en los casos graves de perturbación lo lleva a un negativismo evaluable como un no querer hacer – ser. En la familia este lugar podemos pensarlo como el del destinatario, ocupado por la función filial.

En la relación entre el destinador y el destinatario existe como intermediario el vínculo sujeto-objeto, tributario de la relación de deseo. Las modalidades del deber hacer – ser y querer hacer – ser, se juegan fundamentalmente en el eje del deseo (vínculo entre un sujeto y un objeto del deseo). Las modalidades del *saber* y *poder hacer – ser* se juegan en el vínculo entre el destinador (fuente de la acción) y el destinatario (destino de la acción), conformando en las familias severamente perturbadas la competencia del lado del destinador (función paterna) y la incompetencia del lado del destinatario (función filial).

En la paradoja, el presupuesto es la implicación de la modalidad formulada, pero en su forma contraria o contradictoria (por un sujeto normativizador), *deber hacer – ser* y *no deber hacer – ser* o *deber no hacer – ser*.

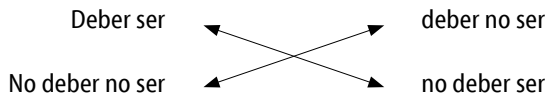
El sobreentendido es lo implicado en la modalidad afín a la formulada, también en forma contraria o contradictoria a la de la formulación (referida al sujeto normatizador). Ejemplo: no quiero que (el objeto) sea – haga o querer que el objeto no sea – haga.

En esta dimensión ocurre, si suponemos que el sujeto ubicado en función paterna no quiere por ejemplo ceder su lugar, va a transmitir de un modo paradójico la modalidad del deber hacia el objeto; a través de un mensaje que implique como presupuesto el contrario o el contradictorio de la prescripción (*no deber – deber no*). Esta paradoja hará que el lugar del destinatario (función filial) se instale la paralización (el no poder, determinado a su vez por el no saber). El no poder y el no saber conducirán, como hemos visto, al destinatario a una posición de negativismo (*no querer*), que a su vez será una respuesta en espejo del no querer del padre transmitido como sobreentendido. La respuesta del hijo (destinatario) es así una respuesta en espejo del sobreentendido que acompaña a la prescripción del su-

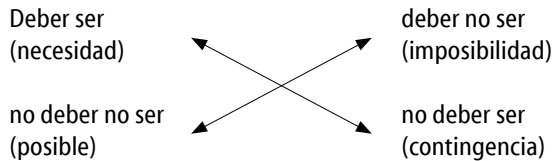
jeto al objeto y que implícita a la vez como presupuesto su contrario o su contradictorio.

Cuando la ambivalencia en la función paterna es menor, el deber hacer – ser, incorporado por el individuo en lugar de objeto, puede ser visto como la transferencia del querer (que el objeto) haga – sea del sujeto, tema que la teoría psicoanalítica ha estudiado como el rol de las identificaciones y de la formación del ideal del yo.

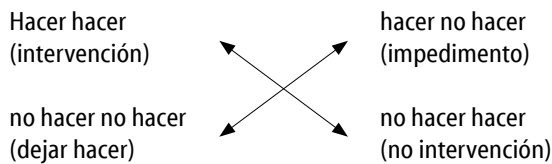
Recordando la articulación lógica del deber ser:



Mediante el procedimiento de la denominación podemos condensar cada uno de los predicados en un único valor modal. Tenemos así:

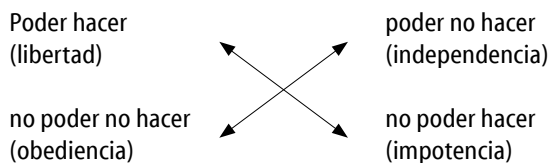


A partir de la modalidad factitiva (hacer hacer) que en el cuadrado semiótico se articula así:



CONCLUSIÓN

En las familias con hijos severamente perturbados las funciones materna y paterna asumen las alternativas del hacer no hacer (impedimento) y del no hacer hacer (no intervención), de modo tal que el sujeto ubicado en función filial no puede recurrir a ninguna de las dos instancias (padre – madre), para advenir al rango de sujeto competente (poder hacer), modalidad que articulada en el cuadrado semiótico se esquematiza como:



El hacer no hacer (impedimento) y el no hacer hacer (no intervención) asumidos por los poderes en el nivel de la modalidad factitiva como destinadores, conducen al hijo (destinatario) al no poder hacer (impotencia).

COMENTARIOS

La Esquizofrenia es una enfermedad que desestructura a la persona y sus habilidades de relación con el mundo, afectando primariamente los procesos del pensamiento y el lenguaje, haciendo laxas las asociaciones hasta disgregarlo. No obstante, esta disgregación del pensamiento ocurre con mantención de un significado último íntimo del paciente. En la esquizofrenia de subtipo catatónico, la unidad entre el trastorno del lenguaje y los actos motores remiten, de acuerdo a Jackson (ver Roa, 1973), al retorno a un lenguaje emotivo básico muy general, que se expresa a través de señales que indican una existencia que se sustrae, que se retira del mundo del otro. Minkowski (ver Ojeda, 1981) señala un déficit pragmático en la esquizofrenia para ubicar la discordancia entre la actividad intelectual y la incapacidad de efectuar en forma concreta acciones en el mundo. En este sentido el cuadrado actancial de Greimas utilizado por Kornblitz, resulta útil en la investigación del modo como se llega a esa falta de competencia.

Si el acceso a la cultura ocurre intermediado principalmente por el padre y a través del lenguaje, Carlos pone en evidencia la carencia de la palabra ordenadora del padre, que lo habilite para existir como un sujeto adulto, capaz y potente. La ausencia de la palabra salvadora que podría investirlo, dotarlo, autorizarlo, lo devuelve a los abismos de un mundo desolado, sin ley, sin orden, donde el cuerpo y el habla se funden en un gesto, en un grito, de huida, de clausura de su existencia. El miedo impregna su gestualidad muda, que los clínicos leemos como negativismo. Él hace la distinción semántica en torno a la función paterna que conoce, es un "cartel", que alude a una presencia de objeto, no humana, a medio camino entre la señal y el símbolo. Carlos al "lenguajear", en palabras de Humberto Maturana, de-construye el símbolo, toma conocimiento, mentaliza a un padre sin palabra, observado en el sueño, que es sólo señal de existencia. Invertiendo los términos diríamos que Carlos es ubicado por el padre en lugar de objeto, destinatario de su deseo inconsciente, receptor de sus prescripciones. El padre desea y teme abrazar a su hijo y no sabe cómo hacerlo. Mario desea y teme rechazar al padre y apartarse de él; podría ser expulsado y la madre no intervendría.

Al hacer la escultura, Carlos ubica asimétricamente a los progenitores; él de pie, ella sentada, mirando al marido (da reconocimiento), mientras éste reconoce las manos de ella (¿la competencia modeladora le correspondería a ella?). Luego Carlos se sitúa al frente, dirige la mirada de la madre hacia él (pide y da reconocimiento) y acto seguido habla de aquello que está en la atención del padre: “las manos hacedoras”; acaso para su propio modelaje. Al invertir en busca de lo latente reprimido, veríamos a un padre en posición inferior en relación a la madre, quien busca ser reconocido y apoyado. El joven desea y teme alejar de sí la mirada de la madre, pues entonces su atención coincidirá con el locus del padre. Ella sería madre al modo de un cuerpo-maquina silente que hace, no obstante pasiva en tanto no interviene; está impotente, no lo reconoce, no conoce sus deseos y temores. Entonces él pide la palabra salvadora del padre quien no la otorga, pues tampoco la obtuvo de su propio padre. La situación pre-edípica y la edípica aparecen desplegadas en la misma escena familiar; enfrentándose la fuerza inconsciente del deseo a la angustia del miedo, sin la matriz de contención de un yo catectizado, que se expresa en el lenguaje cotidiano.

Las relaciones familiares analizadas con el modelo de Kornblitz nos ubica en la historia de una adolescente embarazada que huye de su casa para unirse a su pareja también adolescente, quien es repudiado tanto por la familia de ella, como por su propia familia de origen. Ambos cargan con una genealogía de identidades de género estereotipadas, donde las figuras masculinas invisibles en el discurso espontáneo, silencian el machismo que reina fantasmáticamente en el imaginario de las familias de origen. Las mujeres solas expresan la ambivalencia, ambigüedades y contradicciones que las habitan. ¿Significa esto que pueden actuar en un sentido y otro? ¿Ser pasivas y actuantes, sumisas y autoritarias, acogedoras y expulsadoras?

En esta cadena genealógica, el conflicto edípico no simbolizado es actuado, operando una cadena sacrificial pre-edípica, donde padre y madre que no han accedido simbólicamente a tales lugares no pueden investir narcisísticamente a su prole pues ellos mismos no lo han sido por sus progenitores. Los varones ocupan siempre el lugar del hijo, junto a sus “madresposas” (Lagarde, 1993), en una permanente lucha por su independencia. Tras la fachada violenta y distante por parte del hombre, se parapeta el temor a desear y ser rechazado. Tras la pasividad y sumisión de la mujer subyace el temor a ser deseada y rechazar. El pasaje de la mujer desde su familia de origen es conflictivo y ambivalente. Se teme y desea su salida.

Sus creencias señalan que las familias expulsan a algún hijo o hija cuando el padre muere. Dicen que las jerarquías pueden invertirse y que padres y madres no son competentes para proteger a su prole. El estilo de funcionamiento familiar no cumple las funciones ni de proteger ni favorecer la individuación, derivando fuertemente hacia al campo de la enfermedad de alguno de sus miembros. El mapa familiar ubica a hombres y mujeres en lugares signados por los estigmas de los estereotipos de género, donde los hombres son ausentes, agresivos, jugadores, bebedores y distantes. Las mujeres son madres solteras, pasivas, sumisas y trabajadoras. Hay fuertes rivalidades padre-hijo, uniones madre-hijo y tensiones madre-hija, padre-hija. Hay historias de expulsión y falta de protección.

La semantización de la conflictiva familiar de acuerdo a la estructura edípica de la cultura, siguiendo a Greimas, deja en evidencia las implicancias pragmáticas del discurso que circula. El padre promueve la unión y dependencia de Carlos al grupo, negándose a ceder su lugar. La madre proyecta su deseo, la culpa y la autocensura en él y lo deja desprotegido. Lo mueve a ser portavoz, en circunstancias que el padre no le ha cedido la palabra. Carlos es atrapado en la ambivalencia propia y la de sus padres proyectada en él, quedando inmovilizado, dudando de su competencia. Desea hacer (casarse) pero no sabe cómo. Desea y teme la independencia y diferenciación de los padres. Muestra factible la alternativa de no diferenciarse de ellos, al costo de un gran padecimiento: “no merezco comer si no trabajo”.

Esta enfermedad es devastadora. El estudio del caso de Carlos permite asomarse al mundo interno desolado que puede originarse en un contexto de relaciones sociales marcadas por la violencia simbólica que cae sobre los cuerpos sexuados, imprimiendo las identidades de género del modo que observamos en este retrato de familia. El estereotipamiento de los modos de vivir el género cristalizado en una ideología familiar inconsciente, se repite incesantemente. El trabajo que realiza la familia para perpetuar el modelo, semeja un círculo cerrado en sí mismo, en espejo con la ideología macrosocial. Se trata de la función productiva del lenguaje. Sólo el lenguaje que exprese la acción de reflexionar puede nombrar los viejos sentidos, sus efectos, y permitir gestos amorosos con nuevos códigos.

Respecto a la enfermedad mental, recurrimos a Foucault¹³ quien emprende una crítica a la cristalización

¹³ Foucault, M. Historia de la Locura en la era clásica. <http://www.filosofiacontemporanea.wordpress.com.2007/04/2007foucault-historia-de-la-locura-e...05-05-2009>.

moderna de la exclusión social de la locura, realizando un ejercicio deconstructivo de los modos fácticos por medio de los cuales actúan dispositivos de poder-saber (represivos) sobre los cuerpos, donde la psiquiatría y la psicología operarían como tecnologías disciplinarias, más que como ciencias al servicio del cuidado y desarrollo humanos. Foucault señala la necesidad de hacer una historia de aquella experiencia de la locura en la que los hombres comunican y se reconocen a través de un lenguaje de la no-locura; es preciso "...re encontrar ese grado cero de la historia de la locura donde es... experiencia aún no separada por la partición misma (razón/sinrazón)"... "porque la ciencia positiva moderna se instituye, una vez efectuada esa división, sobre el silenciamiento de ese lenguaje mediante el cual se comunicaban la locura y la razón"¹⁴. Foucault indica que "el lenguaje de la psiquiatría, que es un monólogo de la razón sobre la locura, no ha podido establecerse más que sobre tal silencio". Para Foucault, la violencia sobre la locura es uno de los orígenes de la historia del saber occidental y ningún elemento del saber puede sustraerse a esa historia. El psiquiatra no es más que un delegado del orden, entre otros, de una estructura histórica determinada, con un discurso inscrito en una red de prácticas y disposiciones: en un dispositivo.

La función de las instituciones del poder fáctico, evidente en este caso, resulta paradigmática de la intervención docilizadora, la reducción del sujeto a objeto de la ley de un padre omnipotente, que no comparte su locus de poder. La paradoja se repite una y otra vez, en la institución psiquiátrica y en la familia.

REFERENCIAS

1. Bonino L. Masculinidad, salud y el sistema sanitario. El caso de la violencia masculina. Artículo publicado en 2002 en "Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa". Instituto de la Mujer/España, OMS, y actualizado en Ruiz Jarobo C, Blanco P. (Comp.)(2004). *La Violencia contra las Mujeres*. Detección y Prevención. Díaz de Santos
2. Burin M, Moncarz E, Velásquez S. *El malestar de las Mujeres*. La tranquilidad recetada. Paidós, B. Aires, 1991
3. Busto Miren A. "BDZ" La Tranquila Adicción de Santiago. Documento de Trabajo. Santiago: Corsaps, 1991
4. Cooper D. *La muerte de la Familia*. Ariel. España, 1979
5. Daskal A, Ravazzola C. *El malestar silenciado. La otra salud mental*. ISIS, Santiago de Chile, 1991
6. Dío Bleichmar E. *El feminismo espontáneo de la Histeria. Estudios de los trastornos narcisistas de la feminidad*. Fontamara, México, segunda edición, 1994
7. Foucault M. Historia de la Locura en la era clásica. <http://www.filosofiacontemporanea.wordpress.com.2007/04/2007foucault-historia-de-la-locura-e...05-05-2009>
8. Fromm E. *The Forgotten Language. The Oedipus myth*, Grove Press Inc., New York, 1951
9. Heerlein A. (Ed.) *Psiquiatría Clínica*. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Chile, 2000
10. Irigaray L. El cuerpo a cuerpo con la madre. Cuadernos inacabados, N° 5, Barcelona, 1985
11. Kornblitz A. *Semiótica de las relaciones familiares*. Paidós comunicación, Argentina, 1984
12. Lagarde M. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Autónoma de México, colección posgrado, 1993
13. Luengo JC. Enfermedad Mental y Aislamiento Social. Tesis para optar al grado de licenciado en Historia. Dep. Ciencias Históricas. Facultad de Filosofía, Humanidades y Educación. Santiago: U. Chile, 1986
14. Maturana H. La maldad: ¿Responsabilidad cultural o individual? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2001; XVIII(1)
15. Mehler I. Identidad de género y criterios de salud mental. Estudios de la subjetividad femenina. Mabel Burin et al., Grupo Editor Latinoamericano. Colección Controversia
16. Montecino S. *Madres y Huachos. Alegorías del Mestizaje chileno*. Editorial Cuarto Propio-CEDEM, Santiago, 1991
17. Montevechio B. *La Identidad Negativa: Metáfora de la Conquista*. Ediciones Kargieman, B. Aires, 1991
18. Observatorio equidad de género en salud, Chile (2007-2008)
19. Ojeda Figueroa C. *La Esquizofrenia Clásica*. Bleuler E, Minkowsky E, Schneider K. Cuadernos Clínicos, Año 1, N° 1. Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile, 1981
20. Paredes A, Micheli C. *Aportes Clínicos a la Prueba de Rorschach. Publicaciones 1982-2002*. Chile, ed. Cicerós, 2008
21. Scott J. Gender: An Useful Category of Historical Analysis, en *Gender and the Politics of History*. Columbia University Press, N. York, 1989 pp. 28-50; 206-211
22. Roa A. *Problemas psicopatológicos y clínicos de enfermedades mentales*. Ediciones Nueva universidad, Universidad Católica de Chile, 1973
23. Romito P. Las mujeres y la medicalización de la opresión. *Revista La Mujer Urbana*. N° 9-10, Julio-Nov, Perú, 1988
24. Sáez C. Sobre Mujer y Salud mental. Cuadernos inacabados. La Sal, ediciones de les dones, Barcelona, 1988
25. Spector E. "La construcción" de la feminidad: su influencia a lo largo del ciclo de vida. *Mujeres por Mujeres*. Moisés Lemlij, editor. Biblioteca Peruana de Psicoanálisis, 1994

¹⁴ *Ibid*, p. 1.

REFLEXIÓN

DEL PARADIGMA DE LA SIMPLIFICACIÓN HACIA EL PENSAMIENTO COMPLEJO

(Rev GPU 2010; 6; 2: 218-220)

André Sassenfeld¹

Este breve artículo sintetiza algunos elementos fundamentales que contribuyeron a estructurar la teoría de la complejidad de Edgar Morin. Se enfatizan las diferencias entre el paradigma de la simplificación y el paradigma de la complejidad, y se describen las características esenciales de este último.

De acuerdo a Morin (1982, 1990), la forma sistemática y lógica de pensar que caracteriza a la ciencia y a muchas corrientes de la filosofía moderna busca introducir orden y claridad en los diferentes aspectos y fenómenos que constituyen aquella realidad que es objeto de investigación y poner al descubierto las leyes que los gobiernan. En este sentido, típicamente los esfuerzos científicos y filosóficos de explicación de la realidad intentan disipar la aparente naturaleza intrincada de los hechos en cuestión con la finalidad cardinal de revelar el orden simple al cual se supone que, en última instancia, pertenecen y obedecen. Esta tentativa involucra, por lo común, operaciones básicas como rechazar el desorden, descartar lo incierto, quitar ambigüedad, clarificar, distinguir y jerarquizar (Morin, 1990).

Desde esta perspectiva, la ciencia tradicional y gran parte de la filosofía moderna están inscritas en un paradigma general de simplificación que Morin (1982, 1990) describe como paradigma de disyunción (separa elementos que están ligados entre ellos y los desune

de su entorno y de quien los observa o concibe), reducción (unifica elementos que no son idénticos o que no pertenecen al mismo orden y no concede estatus de realidad a las totalidades, sino sólo a los elementos que las conforman) y unidimensionalización (aísla las aproximaciones de las distintas disciplinas del conocimiento). La disyunción se fundamenta en la pretensión de objetividad y, entre otras cosas, ignora y elimina la problemática epistemológica y metodológica del sujeto. La reducción, dado que el objetivo central de la producción del conocimiento es el establecimiento de las leyes y constancias que rigen el comportamiento de los objetos, retrotrae toda explicación aceptable al principio de orden. La unidimensionalización ha conducido a una situación de hiperespecialización y falta de comunicación entre las diversas disciplinas generadoras de conocimiento, una circunstancia que promueve la ilusión de que las divisiones arbitrarias que se han llevado a cabo sobre la complejidad de la realidad representan, en efecto, lo real mismo.

¹ Psicólogo clínico, psicoterapeuta de adultos. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Siguiendo a Morin (1990), el paradigma de simplificación tiene sus orígenes en el pensamiento de Descartes, quien desarticuló el sujeto pensante y los objetos de su interés y, por otro lado, postuló como principio de verdad la consideración consecuente de las ideas “claras y precisas” –esto es, el pensamiento disyuntor mismo. El paradigma de simplificación se caracteriza, más allá, por la expulsión de lo singular como contingente a la luz de su proyecto de universalidad del conocimiento; por la eliminación de la irreversibilidad temporal y, con ello, de todos los puntos de vista históricos; por un determinismo universal e implacable al conceder la soberanía explicativa absoluta al orden; y, también, por la abstracción y la confianza plena en la lógica como manera efectiva de comprobar la verdad intrínseca del conocimiento. El acercamiento simplificador es incapaz de entender la conjunción de lo uno y lo múltiple: “unifica abstractamente anulando la diversidad o, por el contrario, yuxtapone la diversidad sin concebir la unidad” (p. 30). De modo paradójico, tiende a borrar la existencia de la diferencia reduciéndola a la unidad simple y a ocultar la unidad por sólo ver la diferencia.

Ahora bien, para Morin (1990) lo real es, en esencia, “monstruoso”: “Es enorme, está fuera de toda norma, escapa, en última instancia, a nuestros conceptos reguladores [...]” (p. 147). En consecuencia, debido a su afán de reducción de lo complejo a lo simple, los modos simplificadores del conocimiento mutilan, más de lo que expresan, los hechos o fenómenos de los cuales intentan dar cuenta. Esta circunstancia crucial pone de manifiesto los límites, las insuficiencias y las carencias del pensamiento simplificador y de su forma característica de organizar el conocimiento, incapaz de reconocer y aprehender la complejidad de lo real. Morin opina que, en este sentido, el paradigma de simplificación ha conducido a una especie de “inteligencia ciega” que nos aleja de la elucidación efectiva de las cosas: una manera de razonar que destruye los conjuntos y las totalidades y que aísla los objetos de estudio de sus ambientes no tiene la capacidad de concebir el lazo inseparable que une al observador y la cosa observable y, por otro lado, desintegra las realidades verdaderamente relevantes para el ser humano. Estas últimas pasan desapercibidas y se encuentran en los hiatos que separan a las disciplinas del conocimiento. Así, la “metodología dominante produce oscurantismo porque no hay más asociación entre los elementos disjuntos del saber y, por lo tanto, tampoco posibilidad de engranarlos y de reflexionar sobre ellos” (p. 31).

Un pensamiento mutilante que no es capaz de detectar y estudiar las realidades significativas lleva, necesariamente, a la implementación de acciones y

estrategias parciales, incapaces de resolver las problemáticas existentes y, al menos en parte, irrelevantes. Con la finalidad de revertir este estado general de cosas, es indispensable tomar conciencia de lo que Morin (1990) denomina la “patología contemporánea del pensamiento”, “la hiper-simplificación que ciega a la complejidad de lo real” (p. 34), que convierte ideas en idealismo, teorías en doctrinarismo y dogmatismo y razón en racionalización. Asimismo, es imprescindible desarrollar y poner en práctica una manera diferente de aproximarse al conocimiento que no se base en esfuerzos incesantes por lograr la eliminación categórica de la imprecisión, la ambigüedad y la contradicción. Esta nueva modalidad del pensamiento es el llamado paradigma de la complejidad:

El término complejidad no puede más que expresar nuestra turbación, nuestra confusión, nuestra incapacidad para definir de manera simple, para nombrar de manera clara, para poner orden en nuestras ideas. [Es] complejo todo aquello que no puede resumirse en una palabra maestra, aquello que no puede retrotraerse a una ley, aquello que no puede reducirse a una idea simple. [...] La complejidad no sería algo definible de manera simple para tomar el lugar de la simplicidad. *La complejidad es una palabra problema y no una palabra solución* (pp. 21-22, cursiva del original).

El pensamiento complejo se presenta a sí mismo como desafío puesto que representa un intento de dialogar y de negociar con lo real y de reunir orden, desorden y organización en una misma concepción. Aspira al desarrollo de un saber multidimensional, no parcelado y no reduccionista que prescinda de la tentativa de aislar el objeto de estudio de su contexto, de sus antecedentes, de su devenir y del sujeto que lo observa o concibe. En este marco de referencia, lo real, en cuanto fenómeno invariablemente complejo, es entendido de modo inevitable como un tejido (*complexus* = lo que está tejido junto) de constituyentes heterogéneos asociados que no pueden ser separados sin violentar la naturaleza intrínseca de la realidad. Para Morin (1990), lo complejo es, en lo fundamental, un tejido estructurado de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares que dan lugar, en su interdependencia, al mundo fenoménico que el ser humano experimenta y en el cual existe. Por lo tanto, la complejidad se caracteriza por rasgos inquietantes, perturbadores y difíciles de abarcar como lo enredado, lo inextricable y lo incierto y el paradigma de la complejidad, por su parte, no procura reducir rasgos de lo real como

la incertidumbre y la ambigüedad a la fuerza sino incorporarlos en la construcción del conocimiento.

Desde esta perspectiva, el paradigma de la complejidad es un paradigma de distinción y conjunción que busca “distinguir sin desarticular, asociar sin identificar o reducir” (Morin, 1990, p. 34), basándose en un principio dialógico cardinal que pretende trascender las alternativas e integrar la verdad de diversos puntos de vista aparentemente contradictorios. Supone que las verdades antagonistas pueden ser complementarias sin dejar de ser antagonistas. En efecto, el pensamiento complejo considera que la aparición de contradicciones constituye, muchas veces, no un error lógico sino el hallazgo de una capa profunda de la realidad que, debido a su profundidad, no puede ser traducida sin más a la lógica habitual. Así, el paradigma de la complejidad se esfuerza por rendir cuenta de las articulaciones entre dominios disciplinarios quebrados por el pensamiento disgregador (uno de los principales aspectos del pensamiento simplificador); éste aísla lo que separa, y oculta todo lo que religa, interactúa, interfiere. En este sentido el pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional. Pero sabe, desde el comienzo, que el conocimiento complejo es imposible: uno de los axiomas de la complejidad es la imposibilidad, incluso teórica, de una omnisciencia (pp. 22.23).

Esto implica, por un lado, que “las dimensiones físicas, biológicas, espirituales, culturales, sociológicas, históricas de lo humano dejan de ser comunicables” (Morin, 1982, p. 48). Por otro lado, Morin (1982, 1990) afirma de manera explícita que las posibilidades del conocimiento están condicionadas por un principio de incompletitud –todo conocimiento es, por su misma naturaleza, inacabado. En este sentido, el pensamiento complejo debe ser visualizado como una especie de “apertura teórica” o de teoría abierta cuya elaboración está de continuo en proceso de llevarse a cabo.

Más allá, el paradigma de la complejidad reconoce que, en alguna medida, la simplificación es necesaria y que es una característica propia de todo intento de generar conocimientos. Todo conocimiento tiene algo de simplificador en el sentido de que, al mismo tiempo, abstrae y elimina un cierto número de rasgos del fenómeno en cuestión que son juzgados bien significativos y contingentes. Desde este punto de vista, Morin (1982, 1990) cree en la necesidad de evitar, por todos los medios posibles, la sobresimplificación y de relativizar la simplificación, y asevera que la complejidad es, efecti-

vamente, la unión entre lo simple y lo complejo. Une los procesos simplificadores de selección, jerarquización, separación y reducción con los procesos complejos de comunicación, articulación y multidimensionalización. En suma, el “pensamiento complejo intenta integrar los modos simplificadores de pensar, pero rechaza las consecuencias mutilantes, reduccionistas, unidimensionalizantes y finalmente cegadoras de una simplificación que se toma por reflejo de aquello que hubiere de real en la realidad” (Morin, 1990, p. 22). Con ello, trata de evitar tanto el pensamiento reductor que no ve más que las partes, como el pensamiento de tipo global que no ve más que el todo.

El paradigma de la complejidad trae consigo, entre otras, las siguientes implicancias: (1) en términos ontológicos, coloca un acento sobre la noción de relación en detrimento del concepto de sustancia como fenómeno constitutivo de los objetos y sujetos y, asimismo, supone que la realidad está conformada por una red de relaciones, debido a lo cual concibe la existencia de *realidades* que no son sustanciales sino compuestas y producidas por las interacciones complejas de diferentes elementos; (2) en términos epistemológicos, enfatiza la interdependencia constitutiva de sujeto y objeto al afirmar que “no hay objeto si no es con respecto a un sujeto (que observa, aísla, define, piensa), y no hay sujeto si no es con respecto a un ambiente subjetivo (que le permite reconocerse, definirse, pensarse, etc., pero también *existir*)” (Morin, 1990, p. 67, cursiva del original); (3) en términos de una concepción de ciencia, promueve una perspectiva trans-disciplinaria que franquee la parcelación disciplinaria y el fraccionamiento teórico imperantes y, más allá, plantea la inevitabilidad de reintroducir al sujeto, de modo auto-crítico y auto-reflexivo, como factor determinante del conocimiento de los objetos. Por último, Morin (1982) subraya que el campo genuino del conocimiento no es el “objeto puro” –cuya existencia, por lo demás, sólo deriva del postulado científico filosófico de la posibilidad de objetividad–, sino el objeto percibido y co-producido por el observador. El “objeto del conocimiento es la fenomenología, y no la realidad ontológica. Esta fenomenología es nuestra realidad de seres en el mundo” (p. 108).

REFERENCIAS

1. Morin E. *Ciencia con conciencia*. Anthropos, Barcelona, 1982
2. Morin E. *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona, 1990

REFLEXIÓN

RELIGIOSIDAD Y SALUD MENTAL: ¿AMIGOS O ENEMIGOS?

(Rev GPU 2010; 6; 2: 221-229)

Ramón Florenzano Urzúa¹

En esta revisión se verá la interfase entre religión y salud mental. Se recordará su origen común y se analizará su alejamiento en los dos últimos siglos. Se precisarán conceptualmente ambos términos y se usará el ejemplo del psicoanálisis para defender la tesis de que este progresivo distanciamiento se debe a un conflicto sociológico por territorios profesionales ya que mucho del rol del sacerdote ha sido tomado por el psicólogo, psiquiatra o psicoterapeuta. La polisemia de los términos *alma*, *psique*, *Yo* y *Self* es analizada entre filósofos de la ilustración francesa, escocesa y alemana, subrayándose la dificultad en consensuar definiciones por todos aceptables. La falta de *autoscopía* de la conciencia lleva a teorías disímiles sobre la estructura del Yo, o de los sistemas conductuales, en el psicoanálisis o las teorías cognitivo-conductuales. En el plano socio-psicológico, la evidencia empírica muestra que los creyentes observantes presentan mejor salud física y sobrevida y menos problemas de salud mental, en especial depresión y riesgo suicida. Lo mismo se puede decir de los adolescentes: aquellos observantes presentan menos síntomas depresivos y riesgo suicida, así como menores comportamientos antisociales. Se concluye en la importancia de conocer las variables religioso-espirituales de los pacientes, y de buscar modos de incorporar estos aspectos en las intervenciones psicoterapéuticas.

INTRODUCCIÓN

El tema de las relaciones entre la espiritualidad y la psicología data de antiguo. En el mundo pre-clásico, el curandero y el shamán eran la misma persona, la cura de almas y la cura del cuerpo, una sola actividad. Esta unidad se pierde con la modernidad, que en el siglo XVII transita desde Bacon, Newton y Boyle, quienes planteaban que las leyes de la naturaleza eran las leyes

de Dios, y de la visión de Dios como el gran relojero o arquitecto del Universo, hasta el giro que dieron primero Copérnico y Galileo y luego en el siglo de las Luces Freud. Ellos producen un descentramiento de la actitud teísta, y llevan a un progresivo antropocentrismo. La polémica alrededor de las ideas de Spencer y Darwin genera también una tensión entre visiones científicas centradas en la parte animal de la naturaleza humana, versus las que mantienen la visión bíblica de la

¹ Director de Investigación, Universidad del Desarrollo.

generación del hombre por Dios. Las interpretaciones literales de la Biblia del creacionismo concreto son ilustradas por James Usser, el obispo inglés que calculó que la creación se produjo el sábado 22 de Octubre del año 4004 antes de Cristo, fueron reemplazadas por cálculos como el de Lord Kevin, que afirma que la historia humana tiene 400 millones de años. Ambos son ejemplos del conflicto entre creacionismo y evolucionismo a ultranza. La divergencia de opiniones al respecto hizo que Charles Darwin postergara la publicación de su obra magna, el *Origen de las Especies* (1), y llevó a agitados debates entre partidarios y enemigos de su teoría de la evolución. Sin embargo, la situación del tema ha variado desde el famoso debate de Oxford en 1860, entre Lord Huxley y el Obispo de esa ciudad (2). Hoy se acepta cada vez más que no hay antagonismo entre ambos puntos de vista, y dentro del magisterio de la Iglesia Católica, Juan Pablo II habló de una creación evolutiva.

PSICOANÁLISIS, CAMBIO Y RELIGIOSIDAD

La relación entre psicología y espiritualidad se formula de otro modo a lo largo del siglo XX, en el cual lo psicológico se vio dominado por el paradigma freudiano y su descubrimiento del inconsciente. El siglo XXI ha visto irrumpir con fuerza la sociobiología, ciencia que aplica principios biológicos al estudio de la conducta humana. La idea de consiliencia, promovida por el sociobiólogo de Harvard O. S. Wilson (3), o la teoría del “*gene egoísta*” de Dawkins, que muestra al altruismo como una estrategia de supervivencia de redes familiares extensas han dado lugar a una visión en la cual la religión pasa a ser explicada en el segundo debate de Oxford, en 1996, por su valor de estrategia de sobrevivencia. En este debate se confrontaron Dawkins con Keith Ward, el Profesor Regio de Teología en Oxford. Dawkins plantea que la teología debía ser sujeta al mismo trato de cualquier ciencia, dispuesta a su verificación o refutación. Ward contra-argumenta que Dios está en un plano distinto, que es un elemento esencial para la vida racional, y para la transformación del hombre entendido como persona orientada hacia el Bien, la Verdad y la Belleza. Se enfrentan entonces disciplinas que habían sido colocadas en la cúspide del edificio intelectual (como la *Summa Theologica* de Tomas de Aquino) y las ciencias positivo-empíricas, que comienzan a estudiar sus bases psicosociales o neuro-biológicas.

Otra aproximación, que enfatiza la cercanía más que la diferencia, es la que afirma que la convergencia entre religión y terapias se produce alrededor de los conceptos de transformación y cambio. El cambio es un

tema que surge en la historia de Occidente, y que deriva en el siglo XX en la aparición de las terapias como cambio “científico”, apoyadas en teorías positivas y racionales. Muchos han señalado que el aporte del psicoanálisis, como el primer sistema psicoterapéutico con un fundamento científico, ha sido legitimar la posibilidad del cambio psíquico como un medio de resolución de problemas y de superar estructuras neuróticas o caracterológicas que limitan el crecimiento personal. Las diferentes psicoterapias surgidas posteriormente buscan todo este cambio. La tradición religiosa desde antiguo ha buscado el cambio espiritual, la conversión como un camino de salvación. El ideal cristiano de la imitación de Cristo (por ejemplo en Tomás de Kempis), plantea desde el Medioevo esta misma idea: que si la persona se lo propone, es posible transformarse y cambiar para mejor.

Por otra parte, en el siglo XX la física evoluciona hacia una visión menos materialista que la newtoniana clásica. En la medida que el positivismo lógico del Círculo de Viena perdió influencia, se pasó desde la argumentación sobre la verificabilidad, o (en el caso de Popper) de la falsabilidad (4), a la posición de Thomas Kuhn, de que los paradigmas científicos involucran una adhesión sociológica a un estilo de pensar o relacionarse con los hechos (5). Éstos adquieren significado sólo después de aceptar el paradigma central de una disciplina; la adopción de éste es un proceso no solamente irracional. Para ese autor, el proceso histórico-sociológico de adoptar un paradigma es influido por factores sociales, políticos y económicos. Así se llega a visualizar un proceso común a las religiones y a los grupos científicos y psicoterapéuticos. La versión final de la idea de Kuhn, más socio-psicológica que epistemológica, puede ser tomada como un conflicto entre los ministerios religiosos, que tradicionalmente daban las explicaciones acerca del sentido de la vida y la muerte, y las transiciones durante el ciclo vital, a las teorías empíricas provenientes desde la evidencia, por ejemplo de cómo se atraviesan en una cultura dadas las diversas etapas de este ciclo. Se produce una competencia entre eclesiásticos y laicos acerca de quién es el agente social que debe encargarse de estos temas. En un mundo progresivamente secularizado, el psicólogo, psiquiatra o psicoterapeuta pasa a ser el dispensador del sentido que históricamente dieron rabinos, sacerdotes o ministros.

ALMA, ESPÍRITU, YO Y SELF

Al adoptarse la separación hecha por Descartes en la ilustración francesa entre las ciencias físicas, que lidian con el mundo natural (“res extensa”) y las del espíritu (“res cogitans”) que lo hacen con el alma, el conflicto

previo se repite: la psicología tiene que ver con el estudio “científico” del comportamiento humano, siendo capaz de predecir conductas, estudiar las creencias y producir científicamente el cambio. La conciencia puede ser alterada con drogas o bien con terapias. El modelo de la mente, término que reemplaza el de alma utilizada por la tradición clásica, es materialista y divide el alma espacialmente, como la división topológica de Freud en áreas inconscientes, preconscientes y conscientes. Ignacio Matte, en nuestro medio, aludió a esta visión espacial del aparato psíquico ya en la década de 1950 (6). La tendencia desde el siglo XIX ha sido distinguir entre la mente y sus mecanismos y el espíritu y su intencionalidad trascendente. Esta distinción no es nueva: la diferenciación entre alma y espíritu viene de la división triádica de cuerpo, alma y espíritu hecha por los neoplatónicos y fue tomada por el cristianismo en su tradición agustiniana.

El dilema de la relación entre el alma y el cuerpo atraviesa la historia de la filosofía desde los griegos. La ilustración francesa tomó el camino cartesiano antes ya señalado, pero no sin polémica. Malebranche (7), entre los post-cartesianos insistió en la imposibilidad de conocimiento de lo material, y su solución ocasionalista fue el recurrir a una explicación de tipo *Deus ex machina*. La “visión en Dios” de este autor implica que todo conocimiento está mediado por la divinidad. En la ilustración escocesa fue David Hume quien más lúcidamente planteó la incapacidad de conocer nuestro propio *self*, concepto que él no separaba del de *alma*, *sustancia* o *psique*. En su Tratado de la Naturaleza Humana, Hume polemizó con los cartesianos que “*imaginan que en cualquier momento estamos íntimamente conscientes de lo que llamamos nuestro Self, y que sentimos su existencia y su continuidad. Y están ciertos, más allá de la existencia de una demostración, de su perfecta identidad y simplicidad*” (8). La posición escéptica de Hume es que no tenemos una percepción sensorial del *self*. Su hallazgo es constatar que no tenemos capacidad *autoscópica* con respecto a nosotros mismos; tal como el aparato visual no permite que el ojo se vea, tampoco somos capaces de percibirnos objetivamente. Hume señala que “*Yo no conozco el alma en general, ni la mía en particular. Sé que existo, que pienso y que quiero, porque me siento. Estoy más seguro de la existencia de mi alma que de la existencia de mi cuerpo, pero no sé lo que es mi pensamiento, mi deseo, mi dolor, sino por el sentimiento interior*”. Hume distingue entre *impresiones*, más cercanas a lo sensorial, e *ideas*, producto de un proceso de abstracción. Para él, siguiendo a Locke, las ideas surgen de las impresiones, siendo imágenes débiles de lo que viene de la experiencia. Dennett ha

denominado esta tensión “el dilema de Hume”: “En su Tratado de la Naturaleza Humana, Hume debatió acerca de la identidad personal, polemizando con los filósofos cartesianos que *“imaginan que en cualquier momento estamos íntimamente conscientes de lo que llamamos nuestro Self, y que sentimos su existencia y su continuidad. Y están ciertos, más allá de la existencia de una demostración, de su perfecta identidad y simplicidad”* (TNH, p 164). En su aparente escepticismo, Hume es anti-cartesiano, al preferir la evidencia de su *sentimiento interior* al de su capacidad de pensar. Esta afirmación subjetivista y anti-racionalista debe entenderse en una psicología de las facultades de tipo asociacionista, que era especificada por Hume en su distinción entre *impresiones*, más cercanas a lo sensorial, e *ideas*, producto de un proceso de abstracción. Para Hume las ideas surgen de las impresiones, en lo que sigue a John Locke, siendo imágenes débiles de lo que viene de la experiencia. La inexistencia de una impresión continua del *self* genera el antedicho “dilema de Hume”: “*Esta contradicción debiera ser resuelta si queremos tener una idea clara e inteligible del self. Debe haber una impresión que dé origen a cada idea real. Pero el self o la persona no es ninguna impresión, sino aquello a lo cual todas nuestras impresiones e ideas se supone hacen referencia*” (TNH 164). Como las impresiones sensoriales se suceden rápidamente, no hay un sustrato subyacente (subs-tantia) que avale la idea de un *self* estable y continuo.

Para Hume es la continuidad de la experiencia lo que produce la ilusión del *self*, lo que hemos denominado su *ilusión taquistoscópica*. La rapidez explica la creencia en un *self* estable en la temporalidad, tal como el efecto del cine se basa en la rapidez de la sucesión de las imágenes del film. Desde la ilustración alemana, Kant tomó el desafío, al distinguir entre Yo trascendental y Yo como objeto (9). El sujeto trascendental kantiano es el que permite deducciones acerca de la pensabilidad de los objetos. Es en esta tradición en la que se inscribe Freud, el cual era un kantiano confeso. Tal como Hume utilizó en forma indistinguible diversos términos tales como *alma*, *self*, o *sustancia*. Él señala que son términos intercambiables, que inventamos para explicar el error perceptual de continuidad que él describe: “*Para justificar ante nosotros mismos este absurdo, a menudo inventamos un nuevo e inteligible principio que conecta a los objetos entre sí, previniendo su interrupción o variación. Así inventamos la continua existencia de las percepciones de nuestros sentidos, para remover la interrupción, y corremos a la noción de un alma, de un self, y de sustancia, para disfrazar la variación*” (TNH 166). Asimismo, Freud utilizó en forma polisémica en sus primeros escritos los términos Yo y

Self, y sólo a partir de 1914, en *Introducción al narcisismo* (10) se refiere al concepto de Self. Esta distinción fue desarrollada posteriormente por Hartmann y los Psicólogos del Yo, así como por Kohut y los psicólogos del Self (11).

Desde una perspectiva distinta, Thumala en nuestro medio se ha aproximado al tema (12) analizando las relaciones entre misticismo, religión y el psicoanálisis. Señala que el misticismo es un elemento clave en las religiones, y su propuesta básica es descentrar al hombre de su Yo, entendido como un Ego que gira alrededor de sí mismo, y que impide la conexión con la realidad trascendente que nos rodea. Su análisis utiliza tradiciones orientales, como el Budismo o los escritos de Krishnamurti para volver a la tesis jungiana de que el camino del desarrollo psicológico va desde alejarse del Yo egoísta y llegar al self o Si mismo trascendente. Las terapias, a través de técnicas como el *mindfulness* pueden ayudar en este desarrollo.

A lo largo del siglo XX se formularon dos grandes sistemas teóricos dentro de la psicología académica, basados ambos en el positivismo racionalista que venía de la centuria previa: el cognitivo-conductual, y el psicoanálisis freudiano. Desde el primer punto de vista se pasó del conductismo ingenuo inicial de Pavlov o Watson a una teoría compleja, con amplio anclaje actual hoy en las neurociencias cognitivas por un lado y la filosofía de la mente por otro. En ella el tema de la conciencia es cada vez más central, así como el modelo informático cada vez más utilizado. La conciencia es vista como un emergente de sistemas neuronales complejos que tienen una ventaja biológica al ser capaces de anticipar soluciones a los problemas, al poder manipular imágenes de actos o eventos, al poder imaginar las consecuencias futuras de distintas acciones, y al poder interactuar con otros imaginando sus puntos de vista, construyendo modelos de trabajo de sus conductas posibles, y así predecir éstos.

UN TRIÁNGULO DE HOSTILIDAD

La otra teoría que surge del siglo XIX con la explícita vocación de ser una psicología "científica" es el psicoanálisis. Cottingham ha descrito un "triángulo de hostilidad" entre esta disciplina, la filosofía y la religión (13). Su creador, Sigmund Freud, mantuvo consistentemente una actitud anti-teísta, al señalar que la idea de Dios es producto del desarrollo infantil, como una proyección y generalización de la figura paterna, o como una neurosis obsesiva colectiva (14). Para un agnóstico racionalista como Freud, la religión era una ilusión que desaparecería en la medida que la ciencia iluminara

todos los ámbitos aún irracionales y recónditos del inconsciente. La predicción freudiana se demostró incorrecta, y sus planteos no fueron corroborados por la investigación infanto juvenil ni por la antropología cultural del siglo XX. Desde Freud hasta hoy, el tema de la cercanía entre psicoanálisis y religión ha sido reelaborado primero por Carl Jung en forma compleja y quizá esotérica (15), y luego por autores tales como Meissner, jesuita y psicoanalista de la Universidad de Harvard (16), y Ana María Rizzuto (17), quienes entre otros, han mostrado cómo el reconocer el origen psicológico de una creencia no implica nada con respecto a su veracidad o falsedad.

Desde una mirada sociológica, se han señalado las cercanías entre las religiones y las escuelas psicológicas organizadas. Argyle (18) señala cómo en el corpus psicoanalítico hay creencias que no se discuten. Por ejemplo, la triada estructural Yo, Ello y Super Yo ha sido llamada la "Santísima Trinidad" del psicoanálisis ortodoxo. Tal como en las iglesias cristianas el tronco central católico romano desde Lutero experimentó sucesivas disidencias, en el psicoanálisis freudiano, el tronco principal del psicoanálisis vio desde temprano surgir en su rededor iglesias reformadas, lacanianas, kohutianas o winnicotianas (19). Dice Argyle que lo anterior no quita que, independientemente de las ideas del fundador del psicoanálisis acerca de Dios, no haya un núcleo central común en las terapias derivadas de éste: el foco en la transformación personal, una teoría de la salvación, y un modelo en el cual emociones tales como la culpa tienen un rol central. Esto se ve en forma clara en algunas teorías posteriores a Freud, tales como la kleiniana, con su foco en persecución, culpa y reparación, que sigue el modelo judeo-cristiano de pecado, culpa, arrepentimiento y expiación. En otro trabajo hemos desarrollado la tesis (20) de que la razón de que el desarrollo del psicoanálisis haya sido menor en los países sudamericanos de la costa pacífica (como Chile, Perú, Ecuador y Colombia), que en los de la costa Atlántica (como Argentina y Brasil) ha sido el rol del catolicismo como religión políticamente activa y dominante en los primeros.

Desde lo psicosocial, finalmente se ha desarrollado un campo de estudio acerca de los fenómenos religiosos que describe éstos, y los correlaciona con fenómenos psicosociales, sin juzgar acerca de su naturaleza profunda. Se ha hablado así de una aproximación "no-ontológica": no se predica nada acerca de la naturaleza de la creencia, sino que se estudian sus efectos. Tal como un botánico estudia las rosas y sus características sin entrar al tema de la belleza de cada flor, así el psicólogo de la religión estudia los correlatos empíricos de los fenómenos religiosos.

ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD

Una de las razones para la dificultad de trabajar en este campo son las confusiones acerca del tema de religión: para muchos, ésta es sinónimo de puntos de vista intolerantes, dogmáticos u oscurantistas. El estudio empírico del tema ha recurrido a definir conceptos, distinguiendo entre religiosidad, espiritualidad y observancia religiosa. Jiménez, en su artículo sobre este tema (21), señala cómo la OMS ha utilizado las definiciones del Diccionario Oxford del espíritu, como la *“parte inmaterial, intelectual o moral del hombre”*. Señala asimismo que la *espiritualidad* nos conduce hacia preguntas sobre el sentido y el propósito de la vida y no está necesariamente limitada a ningún tipo de creencias o prácticas en particular. Por otro lado, la religión es definida como *“la creencia en la existencia de un poder reinante sobrenatural, creador y controlador del universo, que ha dado al hombre una naturaleza espiritual que continúa existiendo después de la muerte del cuerpo”*. *Religiosidad* es entonces el grado en el que un individuo cree, sigue y practica una religión. En este caso hay un sistema de culto y una doctrina específica que es compartida por un grupo. Una definición de espiritualidad amplia, que puede facilitar el encuentro de bases comunes entre diversas culturas, incluye necesidades humanas que posiblemente son universales, tales como *la necesidad de encontrar sentido, propósito y realización en la vida, la de esperanza o de voluntad de vivir y la de la necesidad de creer, tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios*. Para Jiménez, la necesidad de darle un sentido a la vida es un rasgo universal que es esencial a la vida misma y la falta de sentido puede engendrar sentimientos de vacío y desesperación. La observancia religiosa, finalmente, es el correlato comportamental de la religiosidad, manifestándose en la asistencia al templo, sinagoga o iglesia, y en conductas tales como la oración o la meditación. Este correlato conductual permite una aproximación cuantitativa a ella, y abre el tema a la investigación empírica.

LA RELIGIÓN Y LA FELICIDAD

Filósofos pragmatistas americanos como John Dewey y William James han planteado que la religión es verdadera porque sus efectos sobre las personas son positivos: las personas religiosas son más felices. La investigación empírica en psicología sobre felicidad y bienestar subjetivos es cada vez más importante. Un reciente presidente de la Asociación Psicológica Americana, Edward Diener, ha realizado extensos estudios transculturales al respecto, utilizando encuestas a la

población general o estudiantil, estudios que hemos colaborado en replicar en Chile (22). La evidencia muestra consistentemente una mayor satisfacción con la vida entre los religiosos observantes. Así por ejemplo, Inglehart (23) encuentra entre 163.000 encuestados en 14 países europeos que el 85% de los que acudían a oficios religiosos estaba *“muy satisfecho”* con su vida, en comparación al 77% de los que no lo hacían. Múltiples estudios muestran una asociación mayor entre felicidad y religiosidad en algunos grupos: personas mayores, solos, jubilados o personas con mala salud. Una de las hipótesis preferidas para explicar dicho hallazgo es la de que las iglesias son sistemas de apoyos sociales, que satisfacen necesidades gregarias y ayudan a resolver crisis y problemas, especialmente cuando no existen o fallan los soportes sociales. Un segundo elemento explicativo ha sido la variable *“cercanía a Dios”*: quienes oran frecuentemente reportan mayor satisfacción vital. La relación personal con Dios ha sido estudiada por Rizutto (24) como una forma especial de relación de objeto, y la compañía de Dios es un elemento central en la vida de muchos (25). Un tercer elemento es la *“certeza existencial”*. Ellison (26) encontró que el tener creencias firmes, independientemente de la asistencia a servicios religiosos y de la cantidad de oración, se correlacionaba con satisfacción vital, especialmente en personas mayores, menos educadas y pertenecientes a religiones más fundamentalistas. La certeza sobre los propios principios lleva a mayor optimismo y sensación de controlar la propia vida.

Otro elemento ligado a los anteriores es el temor a la muerte y la creencia en el Mas Allá. El temer la muerte es un rasgo universal de la condición humana. A veces se centra en el proceso de morir, o en la pérdida de personas u objetos queridos, o en la falta de certeza con respecto a qué hay después. En estas áreas la religión entrega respuestas que afirman la fe de muchos. En EE.UU. un 78% cree en otra vida. En el Reino Unido lo hace el 55%. Sin embargo sólo el 71% de los americanos cree en el infierno, en comparación a apenas el 28% de los ingleses. El nivel de temor a la muerte es menor en las personas con religiosidad intrínseca, o sea, cuya fe es independiente de situaciones externas, pero mayor entre aquellos con religiosidad extrínseca, que dependen de sistemas de premios, castigos y presiones sociales. Wolf ha señalado que las personas que han internalizado sus principios religiosos temen menos el morir (27).

FELICIDAD Y MATRIMONIO

Un elemento mediador de la mayor felicidad subjetiva es la mejor calidad de la vida conyugal. La satisfacción y estabilidad matrimonial se correlacionan con

observancia religiosa. Davis y Smith (28) han mostrado que en EE.UU. las tasas de divorcio son más altas entre los judíos (47%) y no religiosos (45%), disminuyendo entre los protestantes (31%) y católicos (27%). Tasas aún menores se dieron entre los mormones. La observancia, medida como asistencia a oficios en las iglesias, se correlaciona aún mejor con tasas de divorcio. Heaton y Goodman (29) encuentran que el divorcio era mayor entre católicos con baja observancia (30,4%) que aquellos que asistían a misa (13,3%). Cifras semejantes se encuentran entre protestantes liberales (32,3% vs 24%) y conservadores (37,4% vs 20,3%), así como entre los mormones (23,9% vs 12,7%). Otro elemento a considerar con respecto a vida conyugal es la importancia de la concordancia de creencias. Lehrer y Chiswick (30) encuentran que las tasas de divorcio se duplicaban en los matrimonios mixtos católico-protestantes, al compararlos con matrimonios entre católicos o entre protestantes. En estudios meta-analíticos se encuentran claras correlaciones entre satisfacción con la vida en general, pero en particular entre fe religiosa y satisfacción sexual, así como entre observancia religiosa y número de hijos.

Otro elemento estudiado en este tema es el de logro laboral. Las personas religiosas han tenido históricamente interés en los pobres y en la solidaridad social. Sin embargo, fue la reforma protestante la que insistió en el valor moral del trabajo bien hecho. Uno de los fundadores de la sociología científica, Max Weber, ya subrayó la relación entre actitud de las religiones frente al trabajo y el rendimiento de los países en su clásico "La Ética Protestante", donde mostró cómo la acumulación ascética de riqueza estaba a la base del proceso capitalista (31). Aún hoy, si bien hay una correlación de + 0.28 entre religiosidad general y logro laboral, se mantiene la distinción weberiana entre los países protestantes y otros. En un estudio, la mediana de ingreso en países predominantemente protestantes fue de 1.130 dólares per cápita, en comparación a 329 de los países católicos, 137 de los musulmanes, y 75 de aquellos con religiones orientales tales como hinduismo, budismo, etc. Estudios posteriores han mostrado que este hecho está ligado al nivel educacional y al estatus laboral de los países. En general la educación protestante acentúa la autonomía, el individualismo y la motivación de logro, en contraposición a otras religiones, entre ellas la católica, donde prima la solidaridad y el valor de compartir los ingresos con los otros.

BENEFICIOS Y COSTOS SOCIALES DE LA RELIGIOSIDAD

El beneficio mayor de la religiosidad para las sociedades es la cohesión de los grupos religiosos, lo que a su vez genera redes de apoyo social sólidas. Esto a su vez

se correlaciona con menores índices de criminalidad y mayores de conductas altruistas. La variable que según los estudios está detrás de estos hechos es la participación conjunta en rituales religiosos. La contrapartida de estos hechos positivos es la actitud de prejuicio frente a los extraños, y la descalificación de quienes no comulgan con nuestras ideas. Esto se ve claramente en el pueblo judío, cuya identidad reside en sus tradiciones y en su estilo de vida, y en la historia de guerras religiosas europeas entre católicos y protestantes desde los siglos XVI en adelante (32).

BENEFICIOS PARA LA SALUD FÍSICA

Los lazos entre religión y salud física son antiguos, como señalábamos al comienzo: el hechicero sigue siendo hoy el curandero en muchas sociedades primitivas. Etimológicamente, los términos salud, salvación y sanación son cercanos. Ya vimos que subjetivamente las personas religiosas reportan mayor felicidad. ¿Qué sucede con respecto a indicadores objetivos de salud? El estudio epidemiológico clásico al respecto fue el de Comstock y Partridge (33), quienes mostraron que los religiosos observantes tenían menor mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cirrosis, cáncer rectal o suicidio. La explicación dada para este hecho es la de un mejor "comportamiento de salud": las religiones en general proscriben conductas riesgosas para la salud: limitan el alcohol que lleva a la cirrosis, promueven el ayuno (enfermedades cardiovasculares), controlan la promiscuidad sexual (SIDA y ciertas formas de cáncer). Al mismo tiempo las redes de apoyo social que brinda la religión organizada ayudan a enfrentar subjetiva y materialmente las enfermedades cuando éstas sobrevienen. Finalmente hay un elemento interesante en la participación comprometida y en la oración intensa. Los epidemiólogos Idler y Kassl (34) han mostrado que para cristianos y judíos que siguen los ciclos anuales religiosos hay menor mortalidad en los 30 días antes de la Semana Santa o de Yom Kippur.

RELIGIOSIDAD Y SALUD MENTAL

Batson, en su ya mencionado meta-análisis de 115 estudios al respecto, en el cual distinguió cuatro dimensiones de la religiosidad (intrínseca, extrínseca, de búsqueda y fundamentalista) encontró una correlación positiva entre salud mental y religiosidad intrínseca, y negativa entre aquélla y religiosidad extrínseca. En general la primera se correlaciona con menor depresión, con mejor auto-estima y con una imagen positiva de Dios y de la religión. Se correlaciona también con una

mejor actitud ante crisis vitales normativas o accidentales: las personas religiosas parecen sobrellevar mejor la adversidad.

Hay muchos estudios recientes sobre el enfrentamiento religioso de problemas de salud mental, donde se muestra cómo el tener la compañía de Dios en la toma de decisiones o la "re-estructuración cognitiva benevolente" que hace ver positivamente lo negativo (como el sentido salvífico del dolor o el sufrimiento de la enfermedad) o la búsqueda de acompañamiento en la comunidad religiosa son todas maniobras útiles para recuperar la salud.

Un último tema en el cual se han hecho estudios al respecto es el del suicidio. Desde los clásicos trabajos de Durkheim, se sabe que en general las personas religiosas cometen menos actos suicidas: la correlación entre pertenencia a una iglesia y conducta suicida es de -0.40 en un estudio de Bainbridge (35). En el trabajo de Comstock antes mencionado, la tasa de suicidio entre religiosos observantes es menor (11 por 1.000) que entre los que no asisten a oficios (29 por 1.000). Los datos de Durkheim de 1897 (36) en que señaló que entre los países católicos europeos había tasas de suicidio dos a tres veces menores que en los protestantes, han sido confirmados por estudios posteriores: Pescosolido y Georgianne (37) compararon las tasas de suicidio en 52 denominaciones religiosas en EE.UU., encontrando que éstos eran menores entre los católicos, algunos evangélicos y mayores entre presbiterianos y luteranos. Estos estudios confirman la tesis de Durkheim sobre el rol del apoyo social y de la anomia formulada hace más de un siglo por el sociólogo francés.

LA INCLUSIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD/ RELIGIOSIDAD EN LOS MODELOS AMPLIOS DE SALUD MENTAL

Otra perspectiva en la inclusión de los componentes espirituales y religiosos en una visión abarcativa de la salud mental, es el modelo "bio-psico-social". Éste, formulado por George Engel en la década de 1960, ha gozado de progresiva popularidad como un modo de integrar los aspectos bio-médicos de la psiquiatría, importantes dado el auge de las neurociencias y de la psicofarmacología, con los componentes psico-sociales de esta disciplina. Entre los últimos, las psicoterapias, sean psicoanalíticas, cognitivistas o sistémicas, corresponden al vértice *psí*, mientras que entre los componentes socio-culturales es donde se debe insertar una consideración de las creencias trascendentes. Desde este ángulo, Huguélet y Koenig (38) han insistido en la importancia de la enseñanza de estos temas en la

formación tanto de psiquiatras como de psicólogos clínicos. Esta inclusión implica temas tales como el indagar acerca de estos aspectos al tomar una historia clínica psiquiátrica, el revisar la formación de los conceptos espirituales y en especial la crisis frecuente durante la adolescencia. Asimismo, al analizar la psicopatología que puede constituir el motivo de consulta, es importante ver cómo los cuadros clínicos son influenciados por las creencias del paciente: éstas pueden hacer más difícil que un paciente depresivo actúe la ideación suicida que surge en su mente, o hacer que un paciente obsesivo se vea atormentado por pensamientos intrusos sobre la pureza propia, de quienes le rodean, o de figuras importantes en su sistema de creencias como puede ser la Virgen María. En este sentido, el rol de la espiritualidad y religiosidad en los cuadros psicopatológicos pueden complicar o proteger la evolución de los cuadros clínicos. Independientemente de si este rol es positivo o negativo, deben ser tomados en cuenta en la formulación de los planes terapéuticos con el paciente.

LA RELIGIOSIDAD DE LA POBLACIÓN GENERAL Y DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Un tema de creciente interés es la sintonía o diferencia de sensibilidad cultural entre clientes y terapeutas. Esta relación pudiera explicar el grado de aceptación de las psicoterapias, producto de la cultura europeo-occidental secularizada, en países culturalmente muy religiosos. El grado de religiosidad y la observancia de diferentes confesiones ha variado en forma importante en los últimos dos siglos. Hoy día, a nivel global, las tres mayores religiones son el Islam (19,8% de la población mundial), seguida por los católicos (17,4%) y los hinduistas (13,3%). Si uno suma a los católicos los otros cristianos (5,6% de protestantes, 3,6% de ortodoxos, y 6,4% de otros cristianos), llega a un total de 34,4% de cristianos. En porcentajes menores se encuentran un 5,9% de budistas, un 0,2% de judíos y un 13% de otras religiones. En total, el 85% de la población mundial se adscribe a una religión. Un 12,5% se considera agnóstico y un 2,4% se declara ateo (39).

América Latina es un continente predominantemente cristiano: del total de más de 2.000 millones de cristianos en el mundo, 275 millones viven en América del Norte y 530 millones en Latinoamérica, donde la mayoría son católicos. Sin embargo los evangélicos han tenido un crecimiento importante en las últimas décadas. En el caso chileno, los datos de la "Encuesta Nacional Bicentenario" del año 2000, desarrollada por la Pontificia Universidad Católica de Chile y Adimark/GFK, encuestando a una muestra nacional de la población chilena de más de 18 años y de todos los niveles

socio-económicos ($n=2.011$ personas que vivían en 86 municipalidades) (40). La encuesta tuvo un margen de error de $\pm 2,2\%$ y un nivel de significación del 95%. En ese estudio, el 86,6% de los chilenos se adscriben a alguna religión (católicos 66,6%, otros cristianos 16,2%, otras iglesias 2,4%), un 11,3% declaró no pertenecer a ninguna religión, y un 2,0% se declaran ateos. Entre los religiosos, asistían en Iglesias o templos a oficios religiosos por lo menos una vez a la semana un 20,1% de los encuestados: 14,2% de los hombres y un 26,4% de las mujeres. En el grupo de 15 a 24, el porcentaje de asistencia semanal o más disminuyó a 13,3%, en comparación al 28,1% de aquellos de más de 60.

Shafranske (41) en un estudio de la religiosidad de los profesionales de la salud mental, encuestó a una muestra aleatoria de 355 psiquiatras de la American Psychiatric Association a través de un cuestionario enviado por correo acerca de sus creencias religiosas. Las respuestas de 117 de ellos se compararon con las de 253 psicólogos de la American Psychological Association y con una muestra nacional de la población de Estados Unidos, tomada de la General Social Survey de 1990 ($n=1.253$). Sus datos muestran que creen en la vida después de la muerte el 48% de los psiquiatras, el 54% de los psicólogos, y el 71% del público general; creen en Dios o en un Espíritu Universal el 73% de los psiquiatras, el 73% de los psicólogos, y el 96% del público; asisten semanalmente a la iglesia, templo o sinagoga el 26% de los psiquiatras, el 28% de los psicólogos y el 43% del público. Con respecto a la centralidad de la religión en su vida personal, el 38,2% de los psiquiatras, el 26% de los psicólogos y el 58% del público consideran la religión como muy importante en sus vidas. En cuanto a la necesidad de explorar y de tomar en cuenta en la terapia los temas religiosos de sus pacientes, el 50% de los psiquiatras lo considera importante, así como lo hace el 87% de los psicólogos. Tanto psiquiatras como psicólogos sienten que los temas religiosos y espirituales fueron insuficientemente tratados durante su entrenamiento profesional.

CONCLUSIONES

Entre las razones dadas para explicar la reticencia de los profesionales de la salud mental para indagar activamente en las creencias de sus clientes, y para aliarse con ministros, sacerdotes o rabinos para trabajar en conjunto para promover el cambio en sus pacientes, se encuentran las siguientes:

1. El compromiso espiritual y especialmente religioso de los psiquiatras y psicólogos es menor que el de

sus clientes (42), y por lo tanto pueden ser temas menos conocidos o interesantes a tratar con éstos.

2. No hay suficiente información acerca de cómo integrar los componentes espiritual-religiosos en las intervenciones clínicas, y la formación de psiquiatras y psicólogos al respecto es muy limitada.
3. El conflicto histórico antes aludido entre el psicoanálisis y la religión se ha visto ampliado en estas décadas por la re-aparición de posiciones anti-teístas o anti-religiosas. Recordemos entre los primeros recientes libros que señalan las consecuencias históricas de las guerras religiosas en Europa, o que muestran a las posiciones religiosas como conservadoras o anti-progresistas. Entre las segundas, el antiguo debate entre el evolucionismo y el creacionismo se ha re-avivado de forma más sofisticada al cumplirse los 150 años del nacimiento de Charles Darwin.
4. Algunos clínicos pueden temer que al incursionar en terrenos para ellos poco familiares pueden extralimitarse y entrar a territorios que corresponden a la vida privada espiritual de sus clientes. Tal como los temas políticos son sensitivos, también desde los ministerios de las diversas iglesias pueden temerse influencias o presiones indebidas de los clínicos que pudieran llevar a sus fieles a perder la fe. El temor de ambos campos al proselitismo indebido del otro hace que prefieran mantenerse aparte.
5. Lo anterior lleva a un tema de la sociología de las profesiones: el clero y los psicoterapeutas pueden sentir que están en una competencia por el dominio extra-corporal: la distinción entre alma y mente es un producto de la modernidad, y aún no bien aceptada en muchas teologías o marcos referenciales psicológicos. Esto puede llevar a pensar de que a ambos grupos, que comparten la certeza de que pueden ayudar a sus fieles o clientes, les cueste desarrollar redes de apoyo comunes. Un ejemplo claro es el de cómo ayudar a pacientes suicidas, que han pasado desde el dominio religioso, hasta fines del siglo XIX, al de los profesionales de la salud mental, en el siglo pasado. Hoy son pocos los que buscan activamente modos de ayudar integradamente a estos complejos casos.

TRABAJO FUTURO

Entre los temas a explorar en mayor profundidad que surgen de esta revisión, mencionemos:

1. La relación entre la religiosidad de los profesionales de la salud mental y la de sus usuarios. La tesis

- antes enunciada plantearía que en sociedades más secularizadas habría mayor número y aceptación del cambio científico buscado por las psicoterapias, y que en sociedades donde hay mayor observancia espiritual y religiosa, habría más espacio para el cambio espiritual.
2. La forma de la psicopatología, si es influenciada por el entorno socio-cultural, debiera ser distinta entre grupos más observantes y grupos menos creyentes, diferencia que podría observarse comparando el nivel de participación y las creencias con diversos cuadros clínicos.
 3. Dada la frecuencia de cuadros clínicos, aquellos en los que es más frecuente un cuestionamiento del sentido de la vida (como la ideación o los gestos suicidas) debieran ser más frecuentes entre grupos con menores convicciones al respecto. Asimismo, las intervenciones en grupos más creyentes pudieran tomar en cuenta el sistema de convicciones espirituales de los pacientes, no para hacer proselitismo ni para criticar su fe religiosa, sino para integrar estas creencias y fe en los planes integrales de intervención.

Para lo anterior, hemos presentado al Fondo Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile (FONDECYT) un proyecto que ha recibido un subsidio para investigar en estos temas. Esta revisión es un primer documento conceptual en esta profundización.

REFERENCIAS

1. Darwin Ch. On the Origen of the Species by Natural Selection. Londres, Murray, 1859
2. Flanagan O. Ethical expressions: why moralists scowl, frown and smile. En: Hodge J y Radick G (Eds) The Cambridge Companion to Darwin. Cambridge: Cambridge University Press, 2003
3. Wilson OS. Consilience: The Unity of Knowledge. Alfred Knopf, Nueva York, 1998
4. Popper K. Conjeturas y refutaciones. Routledge, Londres, 1989
5. Kuhn T. La Estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica, México, 1989
6. Florenzano R. Ignacio Matte Blanco and the development of psychiatry teaching to medical students. *Rev. Med. Chil.* 137 (9) 1248-1252 (2009)
7. Nadler S (Ed). The Cambridge Companion to Malebranche. Cambridge University Press, Cambridge, 2000
8. Hume D. A Treatise of Humen Nature. Oxford University Press, Londres, 2001
9. Florenzano R. Psicoanálisis y Epistemología: ¿Ciencia o Seudociencia? *Rev. Uruguaya Psicoanálisis.* 2002; 95: 107-125
10. Freud S. On Narcissism: an introduction. SE Vol XIV, P 67. Hogarth Press, London (1914) 1074
11. Ramón Florenzano. Breve Historia del Psicoanálisis. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1999
12. Thumala E. Misticismo, Psicoanálisis y el Yo. *Rev GPU* 2008; 4; 1: 93-98
13. Cottingham J. A triangle of hostility? Pp: 92-110. In: Braddock L and Lacey M (Eds). The Academic Face of Psychoanalysis: Papers in Philosophy, the Humanities and the British Clinical Tradition. Routledge, London, 2007
14. Freud, S. (1907). Obsessive acts and religious practices. In: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Strachey, J. (Ed). 9: 115-127. London, Hogarth Press
15. Jung GA. Psychology and Religion. New Haven: Yale University Press, 1938
16. Meissner, W W. Psychoanalysis and Religious Experience. New Haven, Yale University Press, 1984
17. Rizzutto, AM. Why did Freud rejectd God?: A Psychodynamic Interpretation. New Haven, Yale University Press, 1998
18. Argyle M: Psychology and Religion: An Introduction. London, Routledge, 2000
19. Florenzano Conferencia inaugural Congreso Investigación en Psicoanálisis Santiago de Chile 1999
20. Florenzano, R. Psicoanálisis y Religión. En: Cuarenta años de Psicoanálisis en Chile. Eds: Eleanora Casaula, Jaime Coloma y Juan Francisco Jordan. Editorial: Ananke, Santiago de Chile, 1990
21. Jiménez JP. La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina. *Revista GPU* 1 (1): 92-101
22. Cuadra H, Florenzano R. El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1): 83-96, 2003
23. Inglehart, R. Culture Shift in Advanced Industrial Society. Princeton, Princeton University Press, 1990
24. Rizzutto AM. Why did Freud rejectd God?: A Psychodynamic Interpretation. New Haven, Yale University Press, 1998
25. Kirpatrick LA- An Attachment Theory Approach to the Psychology of Religion. *International Journal to the Psychology of Religion* 992. 2_ 328
26. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32_8089, 1991
27. Wulff DM. Psychology of Religion, 2nd Ed Nueva York: Wiley, 1997
28. Davis JA y Smith TW. General Social Surveys 1972-1994. Chicago, National Opinion Survey Center. 1994
29. Heaton TB y Goodman KL. Religion and Family Formaton. Review of Religious Research. 1985,26: 343-359
30. Lehrer EL y Chiswich CU. Religion as a Determinant of Marital Stability. *Demography*, 30: 385-404, 1993
31. Weber M. La Ética Protestante
32. Johnson P. Modern Times. Nueva York, Harper & Row, 1983
33. Comstock GW, and Partridge KB. Church attendance and health. *J Chronic Diseases.* 1972; 25: 662-672
34. Idler EL, Kassl SV. Religion, disability, depression and the timing of death,. *American J of Sociology* 1992; 97: 1052-79
35. Bainbridge WS. The Sociology of Religious Movements. New York, Routledge, 1997
36. Durkheim E. Suicide. London, Routledge and Kegan, 1897
37. Pescosolido BA, Georgianne S. Durkheim, suicide and religion: toward a network theory of suicide. *American Sociological Review* 1989; 5433-48
38. Hughelet P y Koenig HG. Religion and Spirituality in Psychiatry. Cambridge University Press, 2009
39. Le Monde Diplomatique. Atlas de las Religiones. Buenos Aires, Le Monde-CI, 2009
40. Instituto de Sociología Pontificia Universidad Católica de Chile y CEP Adimark. Encuesta Nacional Bicentenario 2009
41. Shafranske EP: Religious Involvement and Professional Practices of Psychiatrists and Other Mental Health Professionals. *Psychiatric Annals* 2000; 30(8): 525-532
42. Neeleman J, King MB: Psychiatrists' s religious attitudes in relationship to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993.88: 420-242

INVESTIGACIÓN

PREVALENCIA Y PERFIL DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA CLÍNICA ALEMANA DE PUERTO VARAS

(Rev GPU 2010; 6; 2: 230-233)

Andrés Ramírez¹, Claudio Santibáñez², Carolina Muñoz³, Gonzalo Ramírez³,
Victoria Lechner⁴, Paula Soto⁵, Víctor Díaz⁶, Rubén Nachar⁷

El Síndrome de Burnout es un fenómeno multicausal, complejo y poliédrico, en el que intervienen variados factores: desde variables personales hasta variables organizacionales. La Clínica Alemana de Puerto Varas cuenta con 330 empleados del área salud. El objetivo de este trabajo fue describir la prevalencia y relaciones entre distintas variables laborales y los tres estamentos del Síndrome de Burnout (BO), cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). **MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio descriptivo, transversal, no experimental. Se usó un cuestionario anónimo autoadministrado previa validación con expertos, registrando sexo, edad, profesión, años de profesión y de servicio, junto con el Maslach Burnout Inventory. Se realizó análisis de estadística descriptiva de las variables con software SPSS 15.0 y prueba de Chi-Cuadrado para establecer las relaciones. **RESULTADOS.** El 25,7% del personal total contestó la encuesta (85), el 78,2% eran mujeres. Un 7,6% calificó como BO, un 24,3% y 23% con alto grado de CE y DP respectivamente, y un 25,6% con bajo grado de RP. Se vio mayor cansancio emocional a mayor edad de profesión, correspondiendo un 66,6% a Técnicos Paramédicos. Las variables años de profesión y años de servicio no presentan relación con CE, DP y RP. **CONCLUSIONES.** Todo el personal presenta un grado variable de Burnout. Hay mayor prevalencia de Burnout en los Técnicos Paramédicos. Se establece relación entre edad y CE. A diferencia de lo descrito en la literatura, no se observa mayor prevalencia de Burnout según sexo y edad.

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

² Departamento de Cardiología, Clínica Alemana Puerto Varas, Chile.

³ Departamento de Medicina Interna, Clínica Alemana Puerto Varas, Chile.

⁴ Servicio de Urgencia, Clínica Alemana Puerto Varas, Chile

⁵ Enfermera, Departamento de Cardiología, Clínica Alemana Puerto Varas, Chile.

⁶ Docente Bioestadística y Metodología de la Investigación, Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

⁷ Instituto Psiquiátrico "José Horwitz". Docente Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae.

Correspondencia:

Andrés Ramírez Carreño

Carlos Antúnez 1843, Block 22, Dpto. 1008, Providencia

Santiago

F: (56)2 2354793/(56) 9 90894956

E-mail: brw1987@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Desde hace ya 40 años es objeto de investigación el efecto del estrés sobre el personal que trabaja con personas. Estos estudios se iniciaron en Estados Unidos y el término es acuñado en primera instancia por Freudenberg, como “una sensación de fracaso y existencia agotada, resultante de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales, o fuerzas espirituales del trabajador” (1). Se establece allí el rasgo de personalidad con “sobrededicación” como el eje central de los individuos propensos a padecer el Síndrome de Burnout.

Maslach y Jackson (2) definen el Síndrome de Burnout como “una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son un agotamiento físico o psicológico o ambos; una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento inadecuado a las tareas que se han de realizar”. Se establece así un carácter tridimensional para esta definición, cuyos ámbitos son (3):

- Agotamiento Emocional: Sensaciones de sobre-esfuerzo físico y psicológico producidas por consecuencia del contacto con las personas atendidas (“no doy más”)
- Despersonalización: Una falta de sentimientos y falta de sensibilidad por parte de los profesionales (“no me importa”)
- Realización Personal: Declive en el sentimiento de competencia y éxito en el trabajo (“no valgo”)

Existe también una postura unidimensional, donde el agotamiento emocional sufrido es a consecuencia de una reacción sentimental al estrés crónicamente mantenido (4). Gill Monté (5), en su enfoque hacia el personal de salud, define el Síndrome de Burnout como “una respuesta al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales, y se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias”.

Es importante no confundir los conceptos de estrés y Síndrome de Burnout. El primero se refiere a una tensión nerviosa, emocional o bien como agente causal de dicha tensión. Por lo anterior, se establece como una respuesta general inespecífica (6), mientras que el Burnout, en el cual se incorpora el estrés como parte del concepto, aborda un campo mucho más amplio, en relación a la interacción de las personas en sus labores.

En la actualidad, una definición acotada del Síndrome de Burnout la establece como “la respuesta patológica a estresores emocionales e interpersonales

en el contexto del trabajo diario”(7). En los últimos decenios se ha experimentado un cambio en la forma cómo la sociedad visualiza la relación del individuo con el trabajo y los modelos considerados como válidos son cada día más competitivos e individualistas. Como están centrados en el logro y el éxito, imponen una sobre exigencia al individuo, si los usa como referentes (8).

OBJETIVOS

Describir la prevalencia y relaciones entre las distintas variables laborales como sexo, edad, profesión, años de profesión y años de Servicio en la Clínica y los 3 estamentos del Síndrome de Burnout (BO): Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP). Establecer el perfil sociodemográfico de aquel personal médico que sufre del Síndrome de Burnout.

MATERIALES Y MÉTODO

Caracterización de la Investigación: El presente estudio se realizó en la Clínica Alemana de Puerto Varas (Chile) en febrero de 2008. Esta clínica cuenta con 330 empleados del área salud. Se encuentra en la ciudad de Puerto Varas, con una población de 32.912 personas y una superficie 4.064,9 m². Puerto Varas no cuenta con un Hospital, sino que únicamente con un Consultorio y la Clínica. La población estudiada corresponde a todo el personal de salud de la Clínica. Estudio descriptivo, de corte transversal, no experimental (9). Se aplicó un cuestionario anónimo, autoadministrado registrando edad, sexo, profesión, años de profesión y servicio en la Clínica. Junto a ello se aplicó la prueba Maslach Burnout Inventory (MBI), en su variable traducida y validada (10), que ha sido utilizada en numerosos estudios en España.

Herramienta de Estudio: El cuestionario MBI consiste en 22 ítem con 7 posibles respuestas (escala likert 0 a 6), desde nunca a diariamente. Si bien no existe un punto de corte claro para el Diagnóstico, Maslach (2) establece tres percentiles para la población en estudio: Percentil 25 (tercio inferior), Percentil 25-75 (tercio medio), Percentil 75 (tercio superior), por lo tanto aquel individuo que obtenga puntaje del tercio superior en Cansancio Emocional, tercio superior en Despersonalización y Tercio Inferior en Realización Personal, es diagnosticado como Burnout. Los individuos catalogados en el tercio medio de la escala se establecen potencialmente “padecedores” del Síndrome de Burnout.

Procesamiento y Análisis Estadístico de los Datos: Se realizó análisis de estadística descriptiva de las

variables con software SPSS 15.0 y prueba de Chi-Cuadrado para establecer las relaciones.

RESULTADOS

De un personal de la salud de 330 personas, el 25,75% contestó la encuesta (N=85). Las encuestas válidas (todos los ítem resueltos y todos los datos demográficos completos) para estudio fueron un total de 78, correspondientes al 91,76%. El 78,2% de los encuestados corresponde a mujeres.

El promedio de edad era de 36,3 años, 13,6 años de profesión y 10 años de servicio en la Clínica. La distribución de la muestra de acuerdo a profesión fue la siguiente: Médicos 17 (21,79%), Enfermeras 13 (16,66%), Matrona 1 (1,28%), Nutricionista 2 (2,56%), Tecnólogo Médico 3 (3,84%) y Técnicos Paramédicos 42 (53,84%).

El promedio de edad más alto se observó en los Médicos (44,9 años), mientras que el más bajo se observó en Técnicos Paramédicos (32,5 años). Los profesionales con más años de experiencia fueron los médicos, con un promedio de 20,1 años, mientras que los con menor experiencia fueron los Técnicos Paramédicos con 9,9 años. Los trabajadores con más años de Servicio en la Clínica fueron los Tecnólogos Médicos (16,6 años) y con menor cantidad de años las Enfermeras (5,9 años).

El 7,69% de la población estudiada (N=78) calificó como Burnout (BO). Un 66,6% corresponde a mujeres. El promedio de edad para este grupo fue de 29,1 años, 7,83 años de profesión y 3,5 años de servicio a la Clínica.

66,6% de los BO corresponden a Técnicos Paramédicos, 16,6% a Médicos y 16,6% a Enfermeras. En los subgrupos de acuerdo a profesión, un 9,52% de los Técnicos Paramédicos calificó para BO, 7,69% de las Enfermeras y 5,88% de los Médicos.

Un 24,35% presentó un alto grado de cansancio emocional (CE), correspondiendo un 42,1% a Técnicos Paramédicos. Los subgrupos como mayor cansancio emocional fueron Tecnólogos Médicos (66,6%) y Enfermeras (30,76%).

En la Tabla 1 se comparó la variable CE con Edad, Años de profesión y Años de Servicio, presentando una diferencia significativa entre Cansancio Emocional y Edad ($p < 0,05$). Las variables Años de Profesión y Años de Servicio no presentaron diferencia significativa con CE ($p > 0,05$).

Un 23,07% calificó con alto grado de despersonalización (DP), correspondiendo un 83,3% a Técnicos Paramédicos y 11,1% a Médicos. Los subgrupos con mayor DP fueron Técnicos Paramédicos (35,71%) y los Médicos (11,70%).

Tabla 1

COMPARACIÓN ESTAMENTO CANSANCIO EMOCIONAL CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Estamento	Edad	Años Profesión	Años Servicio
Cansancio Emocional	0,023 (s)	0,43 (ns)	0,36 (ns)

s: Significativo para un $p < 0,05$

ns: No significativo para un $p > 0,05$

En la Tabla 2 se comparó la variable DP con Edad, Años de profesión y Años de Servicio, las cuales no presentaron diferencias significativas con un $p > 0,05$.

Tabla 2

COMPARACIÓN ESTAMENTO DESPERSONALIZACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Estamento	Edad	Años Profesión	Años Servicio
Despersonalización	4,02 (ns)	6,74 (ns)	3,26 (ns)

ns: No significativo para un $p > 0,05$

En el estamento Realización Personal (RP), un 25,64% calificó en el rango bajo. 70% correspondió a Técnicos Paramédicos y 15% a Médicos. Los subgrupos que presentaron valores más bajos de RP fueron: Técnicos Paramédicos (33,3%), Tecnólogos Médicos (33,3%) y Médicos (17,64%).

En la Tabla 3 se comparó la variable RP con Edad, Años de profesión y Años de Servicio, las cuales no presentaron diferencias significativas con un $p > 0,05$

Tabla 3

COMPARACIÓN ESTAMENTO DESPERSONALIZACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Estamento	Edad	Años Profesión	Años Servicio
Realización Personal	1,61 (ns)	0,89 (ns)	0,29 (ns)

ns: No significativo para un $p > 0,05$

DISCUSIÓN

El número de participantes en el estudio es similar a otras series (11, 12) con un 25,75% del personal de salud encuestado. La tasa de encuestas válidamente respondidas es alto (91,76%) lo que demuestra un interés por parte del personal con el tema del estrés laboral. Nuestra serie muestra una prevalencia (7,69%) bastante menor a otras series (11, 13), diferenciándose en este caso, la procedencia de los datos (Clínica Privada vs Hospital Público), estableciéndose el factor Presión

asistencial y condiciones de trabajo como puntos clave para comprender estas diferencias.

El perfil demográfico de los trabajadores con Burnout es prácticamente idéntico al de otras series (13), lo que permite caracterizar a la población que sufre de esta patología.

Si bien en diversos estudios (14, 15) se caracteriza al hombre como más proclive a sufrir de este Síndrome, existen otras series en las cuales el sexo femenino es predominante (16-18) como es el caso de nuestro estudio (66,6% de los casos). Existe un sesgo al ser 78,2% mujeres, no es una situación particular de este estudio, pudiendo observarse en otras series similares (11-13)

La mayor prevalencia en Técnico paramédico se explicaría por el mayor contacto con los pacientes y en ser los primeros en establecer dicho contacto, existiendo series que revelan esta misma observación (19). De acuerdo a otros estudios, es en el personal de Enfermería donde predomina el Síndrome de BO (11, 14), correspondiendo en nuestro estudio tan sólo al 16,6% del total de casos.

La prevalencia de los tres estamentos es similar (CE Alto 24,35%, DP Alto 23,07%, RP Bajo 25,64%) lo que habla de un equilibrio en las distintas áreas (emocional, psíquica y laboral) por parte del personal de salud.

Si bien la prevalencia del BO es baja, todo el personal presenta un grado de BO, ya sea en la esfera del cansancio emocional, despersonalización o realización personal. Esto, ya que muchos individuos pueden presentar falencias en dos de las tres áreas y establecerse como trabajadores con "tendencia" a padecer Síndrome de Burnout, lo cual está fuera del objetivo de nuestro estudio.

Si bien el Síndrome de Burnout es una entidad con amplios estudios, dentro del mismo personal afecto a esta situación es poco conocida, en especial por lo oligosintomático de su presentación, pudiendo manifestarse a través de otros cuadros como depresión o fatiga crónica. Es importante proveer de las herramientas e información necesaria a los personales de salud, para brindar condiciones favorables para evitar el desarrollo de esta patología y así mejorar las condiciones de trabajo y consiguientemente calidad de atención.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Freudenberg H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159-166.
2. Maslach, C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2: 99-113
3. Quintanilla M. Prevalencia del Síndrome de Burnout en las enfermeras de la UPC del Hospital del Trabajador. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 2002; 19(1): 33-38
4. Schwartzmann L. Estrés Laboral, Síndrome de Desgaste (quemado), Depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo? *Revista Ciencia y Trabajo*, 2004; 14: 174-184
5. Gil-Monte P. Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Monográfico, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2000; 16(2): 101-102
6. Selye, H. *Brit. J. exp. Path.* 1936; 17, 234
7. Jelle T, Stacey M, Ben J, Frank M, Harry B, Jossette E. Burnout in medical residents: a review. *Medical Education*. 2007; 41: 788-800
8. Greig D, Fuentes X. "Burnout" o Agotamiento en la Práctica Diaria de la Medicina. *Rev Chil Card* 2009; Vol 28; 4: 403-407
9. Díaz V. Metodología de la investigación científica y bioestadística para médicos, odontólogos y estudiantes de ciencias de la salud. Santiago, Chile. RIL Editores. 2006
10. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Seisdedos, N. (1997). Manual MBI, *Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA
11. Órdenes D Nadia. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr* [Revista en la Internet]. 2004 Oct [citado 2010 Feb 21]; 75(5): 449-454
12. Lagos *et al.* Síndrome de Burnout en personal de salud del Hospital Dr. Óscar Hernández, Comuna Curacautín, IX Región. *Rev REMS*, Julio 2008; 4(1): 57
13. Sandoval C, González P, Sanhueza L, Borjas R, Odgers C. Síndrome de Burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel Cuad. *Méd.-soc (Santiago de Chile)* 2006; (4): 268-273,
14. Araquistain L, Damis H. Lo insalubre de trabajar en salud Síndrome de Burnout. *Bol Asociación de Méd Buenos Aires*. 2001; 26: 1- 8
15. Cebria J. Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001; 27: 459-68
16. López C, López G. Síndrome de Burnout en enfermeras de primer y segundo nivel de atención en la Ciudad de México. *Epidemiol.* 2005; 22(34)
17. Calabrese G. *Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo*. Comisión de Riesgos Profesionales de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. C.L.A.S.A; 2003
18. Bustinza A, López-Herce J, Carrillo A, Vigil MD, de Lucas N, Panadero E. Situación del Burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Pediatría*. 2000; 52: 418-23

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

EL DR. BRENIO ONETTO BACHLER Y SU APORTE A LA PARAPSIKOLOGÍA CHILENA

(Rev GPU 2010; 6; 2: 234-240)

Enrique Escobar¹

Si tuviera que vivir nuevamente mi vida, me dedicaría más bien al ocultismo (actual parapsikología) que no al Psicoanálisis.

S. Freud (Jones 1962).

Este trabajo de naturaleza histórica describe la actividad profesional del Dr. Brenio Onetto, quien desarrolló la parapsikología en Chile en la Universidad de Chile y en un Centro privado. Realizó educación, investigación y extensión. Estudió en varios países donde la parapsikología, aunque discutida, era reconocida tanto en universidades como en centros privados. Mantuvo un intensivo intercambio con prestigiados colegas participando en variados congresos internacionales. Como él lo reconoció, en Chile no había una masa crítica de investigadores para organizar eventos mayores. Fundó la Revista de Parapsikología. Antes de dar a conocer al Dr. Onetto describo a la controvertida parapsikología pues para muchos es una pseudo ciencia. Para otros, aunque reconocen la veracidad de los fenómenos parapsikológicos (psi), no encuentran su causa, no obstante las diversas teorías elaboradas para explicarlas. Para algunos investigadores la parapsikología es una ciencia prematura donde no se dan fenómenos explicables ni teorías –algunas muy atrevidas, como se verá– que la sustenten.

INTRODUCCIÓN

Emprender este nuevo desafío, avanzar en la investigación histórica de la psiquiatría chilena, interesado casi siempre por el conocimiento de un personaje histórico, me parecía –craso error– más asequible que lo que fueron otros ensayos historiográficos. Sin embargo la naturaleza del trabajo principal del Dr. Onetto

me obligó a introducirme en un estudio de la materia que tanta controversia ha generado en muchos medios científicos. Y a medida que avanzaba en el conocimiento de la antigua metapsíquica –hoy parapsikología– la ambivalencia se fue despertando en mi espíritu mientras me adentraba en el meollo de la cuestión... ¡y que cuestión! ¿Ciencia o Pseudociencia? (1-3). Mi ánimo oscilaba entre un entusiasta idealismo hasta el

¹ Médico Psiquiatra. E-mail: doctorescoibar123@hotmail.com.

escepticismo más acérrimo al revisar parte de la pertinente literatura a mi alcance, y me refiero a literatura seria, pues deseché todo aquello relacionado con las numerosas comunicaciones exotéricas disponibles en los medios de comunicación. De ahí fui obteniendo la información de que al menos algunos fenómenos paranormales son ciertos, como por ejemplo, la telepatía y la psicokinesia (3, 4). Confirmar la existencia de otros fenómenos parapsíquicos aún sin poderlos controlar prueba fehacientemente que hay mucho camino que recorrer. Falsedades y engaños son reconocidos como ciertos aunque su explicación no esté consolidada, fenómenos extraordinarios e involuntarios, inexplicables ni repetibles en el laboratorio y que luego de una larga observación se han descartados.

Sin embargo este trabajo de naturaleza histórica centrado en el profesor Onetto no pretende profundizar en la naturaleza de la parapsicología. Mi papel se remite una vez estabilizado mi espíritu a describir lo efectuado por el Dr. Onetto en sus largos años de parapsicólogo quien rehuyó cualquier personaje, gesto o maniobra que no estuviera avalado por el método científico. Esta investigación avalada por los avances del laboratorio más las nuevas teorías me han llevado a la conclusión de que estamos delante de un misterio que sólo algunos han querido desentrañar; entre ellos el Dr. Brenio Onetto B., quien rompiendo fuertes barreras logró crear, junto a un pequeño grupo de colaboradores, el primer centro parapsicológico chileno. A continuación, antes de exponer la vida profesional del Dr. Onetto y su aporte a la disciplina, parece razonable entregar algunos aspectos de la parapsicología. Para eso comunicaré ciertos antecedentes históricos, revisaré la dimensión ciencia parapsicología, describiré brevemente conceptos sobre los fenómenos paranormales más frecuentes, incluyendo algunas teorías desarrolladas al respecto.

DESARROLLO

Historia

Si bien los fenómenos paranormales se describen desde la antigüedad y responsabilizados –como las enfermedades mentales– a la influencia de los espíritus de los muertos –mediado la intervención divina o demoníaca– su interés científico sólo comienza en la primera mitad del siglo XIX (5, 6)². En su versión moderna

comienza en 1932 cuando el psicólogo William McDougall, en el Departamento de Psicología de la U. de Duke en EE.UU., encarga a Joseph Rhine y su esposa su estudio apoyándolos con un laboratorio que ha hecho escuela por los exitosos descubrimientos en el ámbito de la “Percepción Extrasensorial”. En 1934 trabajando con las cartas de Zener y utilizando juegos de dado, aplican el método estadístico que se replica en otros universidades y centros donde se ha desarrollado una extensa investigación cuyos frutos –hay que aceptarlo– han sido controversiales (2, 7, 8). Sin embargo, el entusiasmo ha persistido, observándose un gran auge en la investigación parapsicológica en los últimos 30 años que se manifiesta a través de diversas revistas y libros científicos editados en varios centros universitarios y privados (9, 10).

Un respaldo mayor lo obtuvo la Parapsicología cuando en 1969 la prestigiosa American Association for the Advancement Science reconoció y admitió como miembro a la Parapsychological Association, la principal asociación parapsicológica de EE.UU. No obstante, aunque son escasas las universidades que disponen de Departamentos dedicados al estudio de esta ciencia, durante los últimos años ha aumentado la magnitud de su investigación, apareciendo nuevos centros en países como EE.UU. (incluida la Fuerza Aérea), Inglaterra, Francia, Japón, Alemania, España, etc. (9-11).

En América Latina existen entidades privadas sin respaldo por el estamento universitario –con algunas excepciones– como por ejemplo, la Universidad Anchieta en Sao Paulo, la Universidad John F. Kennedy y el Instituto Rosarino en Argentina. En Chile, desde 1971 a 1975 funcionó el laboratorio de Parapsicología en la Facultad de Medicina, en la sede norte realizando investigación, docencia, extensión y publicando irregularmente la Revista de Parapsicología. Actualmente

de Londres. Posteriormente en 1882, el filósofo Henry Sidgwick, organiza la Society for Psychical Research (SPR) cuyos integrantes pertenecen a diversas disciplinas científicas con filiales académicas en otros países –en EE.UU. fueron miembros entre otros Sigmund Freud y William James– y la siguen otras en distintos lugares del mundo (11). Como ilustración citamos la de Duke en Usa, Utrecht en Holanda, la de Bilbao, Madrid y Barcelona en España, Edinburg, Norrthampton y Liverpool en Inglaterra, Friburgo en Alemania y Leningrado en Rusia. También se agregan posteriormente a la lista países como China, Japón, Brasil, Argentina, India, Francia, Bélgica, Noruega, Ecuador, Polonia, Checoslovaquia, etc. (16).

² En 1869 el físico Sir John Lubbock, con el fin de analizar los fenómenos espiritistas, funda la Sociedad Dialéctica

te en Santiago no descubrimos, pese a los esfuerzos que desplegamos, centros universitarios dedicados a esta materia.

Parapsicología y ciencia

Un científico positivista tradicional reacciona con molestia no exenta de indiferencia y cierta conmiseración al observar el interés que despierta en las masas e incluso en personas educadas la cita de un fenómeno parapsicológico. El recelo ha recorrido las fibras de la naturaleza humana de muchos centros científicos cuando escuchan la palabra parapsicología, la tildan de pseudo ciencia y la tiran al canasto de la basura (12). A mayor abundamiento, la charlatanería exacerbada por los medios de comunicación ha desprestigiado y desestimado su reconocimiento por parte incluso de algunos medios académicos que alcanzan a los Departamentos de Psicología, sitio natural para esta ciencia donde su falta de cultivo es aún evidente. El científico rechaza y con razón una explicación espiritista, así como también desestima la intervención de causas extrahumanas. La ciencia se preocupa de hechos –también, a veces, aparentemente extraordinarios– pero que son reproducibles a voluntad, permitiendo predecir el comportamiento fenoménico y sustentado en una hipótesis que a la larga se enmarca en una teoría que establece una epistemología. La parapsicología es, según algunos, una ciencia prematura donde se dan los fenómenos *psi* pero que aún no existen ni los procesos experimentales ni una teoría que dé cuenta del todo y de la integración con el resto de las ciencias. Los fenómenos parapsicológicos son difíciles de ser reproducidos y algunas hipótesis no han podido confirmarse en el laboratorio. Como dice Musso: “Medio siglo de investigaciones sistemáticas no ha permitido todavía predecir ni producir a voluntad la ocurrencia de fenómenos *psi*” (3).

Por otra parte, estas circunstancias desalientan el impulso natural de quienes honestamente pretenden averiguar las causas de fenómenos tan misteriosos. Y cuando de investigación y teorías se trata, sus contradictores rompen por lo más directo y contradictorio, alegando que sus investigaciones son resultados artefactales (serían consecuencia de defectos de diseños) y sus teorías no son compatibles con la integración que el método científico exige (13)³.

³ Laudan, filósofo de la ciencia, ha sintetizado los tres componentes que conceptualizan la ciencia: la actividad empírica, la conceptualización interna y la conceptualización externa. La primera, la más conocida, se organiza

El mismo Laudan se pregunta si la parapsicología tiene la posibilidad de cumplir con los requisitos para ser considerada ciencia. Aunque su respuesta es negativa no rechaza totalmente esa posibilidad, no obstante, propone dos condiciones muy difíciles para que se cumpla esa condición. Primero debe existir una experiencia empírica convincente donde las propiedades paranormales puedan ser demostradas de manera confiable y, segundo, que las visiones del mundo que guían a la comunidad científica sean modificadas de tal modo que anulen las contradicciones con el mundo parapsicológico. En otras palabras, a la parapsicología le ha costado tener un valor heurístico, es decir, no ha podido realizar de forma inmediata innovaciones positivas para sus propios fines. Entretanto afirma Martines Tamoas –él mismo un parapsicólogo–: “nos queda la satisfacción de enfrentarnos con un pensamiento crítico y cruzar fronteras con otras disciplinas científicas enriqueciéndonos intelectualmente en todo este proceso”. Sin embargo, y gracias a la aplicación rigurosa de reglas estadísticas, hay certeza de que la Psicoquinesia y la Telepatía han sido confirmados. Otros fenómenos como la Precognición y la Clarividencia requieren de una investigación interdisciplinaria que incluya la biología, la neurología, la química, la física, la endocrinología, etc. (4).

También es posible que la parapsicología abra nuevas perspectivas a la ciencia modificando los principios vigentes y entregando bienes prácticos –terapias alternativas de curación, mejor condición de la existencia humana, resolución de conflictos, en fin– que hasta el momento nos son desconocidos. Entre tanto, sus cultores tendrán que conformarse con el estudio de los fenómenos y la especulación teórica más integradora.

Conceptos

Adoptaremos como definición la enunciada por Rhine en 1947 donde dice que la parapsicología es “la rama

alrededor de los datos que se analizan y someten a nuevas hipótesis pretendiendo comprobar nuevas predicciones empíricas; la conceptualización interna alude a la obligatoriedad de que los modelos, las teorías y las leyes que se establezcan sean consistentes, no contradictorias, lógicas y capaces de probar las hipótesis que dieron lugar a los interrogantes iniciales; por último, la conceptualización externa tiene que ver con la trayectoria de las ideas científicas dentro de un contexto de procesos políticos, sociales, culturales, religiosos, etc., que propician o detienen un determinado proceso científico.

de la psicología que se ocupa de los hechos psíquicos que parecen escapar del dominio de las que, hasta el presente, se reconocen como leyes normales” (6). Otra definición, más moderna, dice que la parapsicología es la rama moderna de la ciencia psicológica que estudia ciertos fenómenos extraordinarios e inexplicables por medios hasta ahora utilizados que se relacionan con el hombre.

No obstante que la diversidad de fenómenos ha permitido organizar una clasificación compleja, a continuación describiré someramente los principales fenómenos paranormales de que dan cuenta los individuos portadores de los mismos, los paragnostas. El estudio reflexivo de los fenómenos parapsicológicos (*psi*) ha permitido diferenciar dos clases de manifestaciones: los de Percepción extrasensorial (ESP, extrasensory perception) y los de Psicoquinesia (PK, psychoquinesis). En los fenómenos ESP el sujeto obtiene información del mundo exterior sin la participación del sistema nervioso aferente, mientras que en los de PK produce un efecto sobre un objeto sin la intervención del sistema nervioso eferente ni muscular.

Entre los fenómenos ESP consideramos la clarividencia (facultad de percibir a la distancia cosas lejanas), la premonición (por la cual un sujeto es capaz de predecir un suceso aún no ocurrido), la telepatía (por la que el sujeto puede transmitir un pensamiento) y entre los PK destacan los Poltergeist (donde aparecen cambios bruscos de la posición de objetos, cierres y aperturas de puertas y ventanas, etc.), la telequinesia (cuando el sujeto es capaz de desplazar cuerpos físicos sin ayuda), la levitación (es decir, la capacidad de elevarse de una persona manteniéndose en el espacio y sin caer pesadamente), la autoscopía (por la cual el cuerpo se observa desde el espacio gracias a la hipotética existencia del “cuerpo astral”), la bilocación (mediante la cual se observa a un sujeto en dos lugares distintos simultáneamente), la psicofonía (mediante la que se pueden captar ruidos y voces de fuente desconocida). También existen otras experiencias que dejamos al interesado buscar en la literatura (2, 3, 6).

Teorías

Hay en la Parapsicología un mundo de verosimilitud con no poco de invención y una gran parte de desconocimiento.

Como la descripción de las teorías que han intentado explicar los fenómenos parapsicológicos supera el marco de este trabajo y, naturalmente, tampoco nos sentimos preparados para explayarnos, nos dedicaremos a

nominar a las que desde la antigüedad han buscado explicar estos fenómenos⁴.

⁴ a) Entre las culturas primitivas los historiadores describen adivinación, doble vista, posesión, levitación y curaciones milagrosas responsabilizando a las fuerzas demoníacas o divinas. Siglos más tarde (1779) Mesmer pretende una explicación basada en el magnetismo animal, echando mano a la existencia de un fluido universal que, bien controlado, podía hacer curaciones pero que no fue posible justificar sino mediante la sugestión. Suerte diferente tuvo el hipnotismo que se hizo célebre con Charcot pero que decayó luego de su fallecimiento; sin embargo años después ha tomado tal vigencia que de hecho se ha independizado de la parapsicología. Otra corriente antigua fue el estudio del espiritismo –la comunicación con los muertos– que, si bien desechada, dio pie para la aparición de los primitivos bosquejos de la Metapsíquica con Crookes y los primeros trabajos de investigación (6).

b) La Parapsicología o Investigación psíquica (como antiguamente se la llamaba) estudia fenómenos parapsicológicos, fenómenos *psi*, argumentando que existiría una función psíquica responsable de la misma. Musso afirma que los fenómenos *psi* son “la manifestación fenoménica de las operaciones transfenómicas (no accesible a la inspección directa ni a la introspección) responsables de esa enigmática función psíquica (3).

c) Autores como Wiesner y Thouless y posteriormente el neurobiólogo premio Nobel sir John Eccles han postulado la teoría psicofísica de la mente a la que distinguen del cerebro. Éste, gracias a su organización de integrador del mundo mediante su función aferente y eferente, sirve de fuente de donde la mente obtiene la información. La operación por la cual la mente se informa es básicamente una ESP. La percepción sensorial resulta de una ESP aplicada a la actividad de la corteza cerebral que no produce la imagen, sino sólo la descarga energética neuronal, portadora de una información que la mente capta por ESP y sintetiza en forma de imagen, idea, etc. (3).

d) Por otra parte, la teoría electromagnética tuvo su momento que sólo duró hasta que los experimentos de Helmut, futuro sucesor de Rhine, dieron por tierra con la hipótesis del neurólogo F. Cazzamali de que existirían ondas telepáticas que se comportarían como ondas electromagnéticas. Utilizando la jaula de Faraday con el fin de impedir el paso de las supuestas ondas, los fenómenos de ESP y PK continuaban produciéndose. Tampoco las distancias bloqueaban la transmisión telepática como quedó comprobado cuando el psíquico Olof Jonsen se comunicó con el astronauta Edgar Mitchell mientras se hallaba a bordo de la Apolo XIV (11).

e) Una seductora hipótesis apareció cuando el citado premio Nobel John Eccles y el físico Evan Harris Walker apoyaron al físico Helman Schmidt. Éste efectuó “pruebas a individuos que debían adivinar acontecimientos

Como apreciamos, existen distintas búsquedas para conformar una explicación de los fenómenos paranormales pero ninguna ha podido satisfacer los requisitos que exige la ciencia tal como la entendemos en este momento.

La parapsicología chilena

El Dr. Brenio Onetto Bachler, hijo del matrimonio entre Enrique Onetto y Elena Bachler, de ascendencia italiano alemán había nacido el 23 de septiembre de 1923 en Santiago. Su padre fue patólogo. Hubo dos hermanos más: un hombre, médico ginecólogo, y una mujer, tecnóloga médica. El Dr. Onetto falleció en Santiago el 8

imprevisibles de procesos subatómicos basados en la generación radiactiva del Estroncio-90 cuya emisión de electrones hacia activar un dispositivo de luces de forma aleatoria". "Los resultados fueron excelentes, ya que en algunas series experimentales se alcanzó un valor probabilístico contra el azar de quinientos millones contra uno" (7). De este modo, ellos han postulado que existiría una compatibilidad entre lo paranormal y lo cuántico pues ambos se regirían por las mismas leyes acausales e indeterministas (11).

f) Por su parte, David Bohm propuso la realidad de un mundo subyacente al que percibimos sensorialmente en el que está todo interconectado. De este modo el Universo queda entendido como un gigantesco holograma multidimensional en donde la idea de una transferencia energética no es indispensable para vencer las barreras espacio temporales que quedan anuladas en una "esfera de frecuencia holística" (7, 11).

g) Una perspectiva diferente se refiere al concepto Jungiano de la sincronía. La Sincronicidad es la simultaneidad de dos o más procesos ya sea en el tiempo o en el espacio, que tienen sentidos vinculados pero acausales (14,15). En la comprensión de los fenómenos parapsicológicos puede echarse mano al concepto Jungiano. Los fenómenos ESP se manifiestan con una sincronía temporal y los PK lo hacen como sincronía espacial de la psique que ha desafiado los postulados establecidos por la mente positivista. ¿Y si se propusiera que para la parapsicología así como para la sincronía de Jung no se necesita de las leyes de las ciencias exactas? Urge develar la naturaleza de estas disciplinas para que el medio académico pueda, si no aceptar, al menos no herir a los cultores de las mismas, al mismo tiempo que avanzar en un conocimiento holístico de la humanidad.

h) En 1978 el psiquiatra Stanislaf Grof concibe a la conciencia como algo que existe fuera de nosotros, no como un producto de nuestro cerebro y que trasciende los límites del tiempo y espacio. Los fenómenos paranormales, mediúnicos y místicos tendrían cabida en este modelo (11).

de julio de 1998. Estuvo casado con doña Silvia Muñoz, asistente social que trabajaba en el mismo Hospital Psiquiátrico. El matrimonio tuvo seis hijos.

Onetto estudió en el Colegio Alemán y Medicina en la Universidad de Chile titulándose en 1949. Paralelamente estudiaba Filosofía graduándose en 1958. También asistió a cursos de Psicología. Fue amante de la música transformándose en un experto de Beethoven, quedando inconclusa una historia del músico. También tradujo del alemán "Estudios Psicopatológicos" de K. Jaspers y "Psiquiatría Existencial" de L. Binswanger. De joven perteneció un tiempo a la Masonería pero fue un agnóstico. Desde niño fue un lector empedernido, de carácter tranquilo, tenaz y perseverante, condiciones que sin duda fueron puestas a prueba en su carrera sobre todo en la lucha que dio como parapsicólogo. Hablaba alemán, inglés, francés e italiano, algo de holandés y quiso aprender japonés. Publicó más de 60 trabajos y perteneció al Comité editorial de varias revistas internacionales (17).

Una vez recibido inició su actividad junto al Profesor Matte entrando a estudiar psiquiatría y sometándose por un tiempo al psicoanálisis que no terminó, pero que le permitió crecer y madurar en auténticas convicciones. Trabajó en la Clínica y en su consulta particular.

Según lo confesado por él, descubrió la parapsicología leyendo el libro de Jan Ehreen "Telepathy and Medical Psychology" de 1948.

Efectuó varios viajes de estudio a Alemania, Austria y USA, y asistió también a congresos en otros países, incluido los latinoamericanos, especialmente Argentina, donde hizo amistad con colegas destacados como Alejandro Parra. Gracias a esas estadías tomó contacto con diversos investigadores donde destacan Hans Bender, W.H.C. Tenhaeff, Hiroshi Motoyama y el primer investigador del mundo moderno, el profesor J. B. Rhine quien fue dirigido por el profesor William MacDougall en la Universidad de Duke en Durham, EE.UU. Aquél le entregó su apoyo y estímulo para que avanzara en el desarrollo de la Parapsicología en Chile. El Dr. Onetto fue contratado en 1962 en la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile y desde 1964 pasó a la Escuela de Medicina como veremos luego. Pero el comienzo coincide con la creación de la Sociedad Chilena de Parapsicología, fundada en 1963 por Eduardo Chiorrino y Jaime Galté –este último paranorma, es decir, portador de cualidades paranormales– a la cual se integró posteriormente el Dr. Onetto. Trabajaron en la investigación con portadores de fenómenos paranormales, teorizando al respecto y divulgando lo que en ese momento era muy combatido. Si bien no desperdiciaron esfuerzos

por la enseñanza y la divulgación permanecieron juntos hasta el término de la Sociedad en 1967 (18).

Desde antes, Onetto gestionaba la inclusión de esta actividad en el medio universitario y, apoyado por el profesor Ignacio Matte Blanco, hombre de amplia generosidad que encontró en su ayudante una fidedigna convicción en los fenómenos paranormales, pudo fundar un laboratorio de estudios parapsicológicos en la Cátedra de Psiquiatría, donde realizó, desde 1964, investigación con su colaborador más cercano, el Ing. Carlos Mora. Enseñaba a los estudiantes y hacía extensión y divulgación, evitando y eludiendo a los farfantes. Fundó la Revista de Parapsicología en 1972 que por razones de índole presupuestaria tuvo una vigencia hasta 1975 con lapsos de ausencia. Incluso los últimos números fueron solventados con aportes de la facultad de Ciencias Humanas de la Universidad de Chile Sede Oriente gracias al decano antropólogo Carlos Munizaga. La Revista sirvió de comunicación con publicaciones varias: investigación, descripción de casos, aportes de autores extranjeros de primera línea, comentario de libros y revistas, etc. Exonerado de la Escuela de Medicina en 1975, instaló otro laboratorio en la facultad de Ciencias Humanas de la U. de Chile.

Pero el empuje de Onetto no tenía límite pues en 1976 fundó el Centro de Investigaciones Parapsicológicas J.B. Rhine (CEIPRINE) donde trabajó hasta el día de su fallecimiento. En este Centro trabajó durante 22 años con sus colaboradores la Dra. Elcira Pinticart y el venezolano Dr. Carlos Mora Venegas. CEIPRINE funcionaba en la propia casa del Dr. Onetto, con dos reuniones semanales donde se estudiaba, investigaban, organizaban cursos y seminarios, etc.

En cuanto a su producción intelectual –descontada su actividad educativa– vamos a citar algunos trabajos publicados en distintos medios:

- a) Averiguar el efecto del Ritalin sobre la capacidad ESP. Utilizando el test de cartas de Zener, se trabajó con 21 sujetos recibiendo 40 a 60 mgr del fármaco junto a un grupo que utilizó placebo. Se confirmó que la droga estimularía la capacidad ESP pues hubo diferencias significativas (19).
- b) Evaluar la influencia psicoquinética en la tumorigénesis experimental. Se trataba de precisar la evolución del tumor en ratones sometidos a la concentración mental durante 20 días distinguiendo tres grupos de ratones enfermos, interviniendo en forma de acelerar o inhibir la tumorigénesis manteniendo un grupo control en que no se efectuó concentración. De los resultados se desprende que no hubo efecto PK sobre ninguno de los dos grupos (20).
- c) Hay otro estudio sobre la descomposición de un isótopo radioactivo CE137 aplicando influencia psicoquinética, cuyos resultados fueron positivos. Desgraciadamente la fuente es imposible de conseguir para entender bien el experimento (21).

En relación con la docencia, el Dr. Onetto escribió un artículo donde revisa su experiencia divulgadora y formativa hacia medios de población general, estudiantiles y profesionales. Describe diversos contenidos como número de alumnos, clasificación, descripción de los fenómenos *psi*, demostración de experiencias in vivo, etc. Pero aprovecha de hacer una revisión del estado de la materia citando a diversos autores vigentes en esa época (22).

Antes de dar por finalizado este trabajo cabe un par de reflexiones. No parece haber existido de parte del Dr. Onetto un malestar, un desagrado por la indiferencia de ciertos medios científicos, no obstante el apoyo que obtuvo de los dos profesores chilenos citados y otros extranjeros.

Por último, vale considerar que fallecido el colega Onetto desapareció el centro de investigación y no hubo más dedicación universitaria para el estudio de esa disciplina ¿qué pensaría Onetto de esa situación?

CONCLUSIÓN

La vida profesional del Dr. Brenio Onetto B. está signada por una curiosidad que nunca lo dejó satisfecho. Estudio psiquiatría y filosofía, pero su amor fue la parapsicología y podría desprenderse que siempre estuvo en desafío; la parapsicología está para muchos aún en el límite de la ciencia. Con todo, Onetto, si bien formó un grupo de colaboradores, a su muerte no tuvo sucesores posiblemente por la falta de reconocimiento académico universitario.

¿Será la hora de que alguien tome el bastón?

REFERENCIAS

1. Pseudociencia Wikipedia <http://es.wikipedia.org/wiki/Parapsicolog%C3%ADa>
2. Vidal, Alarcón, Lolas (eds.). Parapsicología en Enciclopedia iberoamericana de Psiquiatría Macropedia III. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1995
3. Musso JR. Los Fenómenos Parapsicológicos en Psiquiatría. Vidal, Alarcón (eds.). Editorial médica Panamericana, Buenos Aires, 1988
4. Campancampana P, Tarquini. Parapsicología: ensayo actualizador desde una visión médica y psicológica. Revista Internacional de Parapsicología 2004; 4
5. Huxley T. Editorial. Revista de Parapsicología 1973; 2
6. Sudre R. Tratado de Parapsicología. Siglo Veinte, Buenos Aires, 1991

7. Garrido M. Fechas de la Parapsicología. Estigia en <http://juperr.tripod.com/fechas.html>
8. Recordando a Rhine en <http://en-filo-la-ciencia.lacoctelra>
9. Journal of Parapsychology. En: <http://www.rhine.org/researchjournal.htm>
10. Historia de la Parapsicología (estudio & ensayos) en <http://www.alipsi.com.ar/hemerotema.asp?p=p2//HISTORIADELAP>
11. Garrido M. Parapsicología Científica: 40 años de Reconocimiento en <http://www.masalladelaciencia.es/>
12. PseudocienciaWikipediawipedia.org/w/index.php?title=Pseudociencia&printabl=ye
13. Martinez A. Factores internos y externos que dificultan la aceptación de los hallazgos parapsicológicos en <http://ilpp.tripod.com/1197/articulo001.html>
14. Sincronicidad Wikipedia en <http://wikipediadaa.org/w/index.php?title=Sincronicidad&printable=yes>
15. Onetto B. Carl Gustav Jung y la Parapsicología: Un análisis biográfico. Revista Argentina de Psicología Paranormal 1994; 5(3): 113-124
16. Parapsicología en las universidades. En: <http://en-filo-la-ciencia.lacoctelera.net/post/2009/03/22/parapsicologi>
17. Comunicación Personal Sra. Silvia Muños y Srta. Inge Onetto
18. Parra A. Brenio Onetto Bachler (1924-1998). Asociación Iberoamericana de Parapsicología 1998; 2(3)
19. Onetto B. Estudio piloto de la Ritalina y la Capacidad ESP. Revista de Parapsicología 1972; 1(1): 25
20. Onetto B, Elguin G. Psicoquinesis en la Tumorigénesis experimental. Actas Psiquiátricas y Psicológicas de América Latina 1968; 14: 47-60
21. Onetto B. PK en un isótopo radioactivo: el CE 137. Revue Metapsychique-Parapsychologique 1973; 1: 129-124
22. Onetto B. Revista de Parapsicología 1972; 11(5): 19-25