

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE  
PSIQUIATRÍA  
UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 7, VOLUMEN 7, Nº 1 MARZO DE 2011

Revista patrocinada por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente,  
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

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

## IMPORTANTE

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

El sitio actual de la GPU es: [www.revistagpu.cl](http://www.revistagpu.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

CyC Salud Limitada

E-mail: [cyc@consultoriaycapacitacion.cl](mailto:cyc@consultoriaycapacitacion.cl)

Fono: (56-2) 269 7517

\* Suscripción por 1 año (cuatro números).

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

Revisión · Investigación · Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

**DIRECTOR ACADÉMICO**

Dr. César Ojeda

**SECRETARIA ACADÉMICA**

Ps. Anneliese Dörr

**EDITOR GENERAL**

Dr. Alberto Botto

**SUB-EDITORA**

Dra. Patricia Cordella

**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, Ps. Michele Dufey, 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. Raúl Riquelme, Dr. Arturo Roizblatt, 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.revistagpu.cl](http://www.revistagpu.cl)

---

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría  
Av. Providencia 1939, 52-B  
Santiago de Chile  
Fono: 269 75 17

Representante legal: César Ojeda Figueroa  
Edición gráfica, distribución y comercialización: CyC Salud Limitada

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

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

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (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 postgrado 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, psicósomática y psicopatología.



**SUSANA CUBILLOS MONTECINO**

Psiquiatra-psicoterapeuta, formada en el Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile, y en la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica Focal del Hospital Salvador. Postítulo en Terapia Conductual Dialéctica. Seminarios en el Instituto Wilhelm Reich de Santiago y en la Academia de Medicina Integrativa (Francia). 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 Terapeuta Familiar. Formación realizada en el Instituto Chileno de Terapia Familiar, 10 de noviembre de 1998.

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

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

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

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



**MICHELE DUFEY DOMÍNGUEZ**

Psicóloga, Magíster en Neurociencias (Universidad de Valparaíso), Focusing Oriented Trainer (Focusing Institute, New York), Postítulo en Psitoterapia Experiencial (Universidad de Chile). Psicoterapeuta con orientación Experiencial. Académica de la Universidad Diego Portales.

Actualmente realizando estudios doctorales en la Universidad de Chile. Investigación en el ámbito de la regulación psicofisiológica durante procesos terapéuticos, actividad cerebral y periférica asociadas al procesamiento emocional, validación de instrumentos para la investigación de la afectividad en Chile. Miembro de la Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría, la International Society for Human Ethology, Fundación Ciencia y Evolución.



**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 posgrado 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 limitrofe 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 publicaciones de otros autores.



**NINA HORWITZ**

Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.

Posgrados:

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

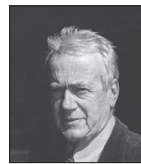
Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

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 co-autor 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 posgrado en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile y posteriormente en el Hospital

del Salvador e Instituto Nacional Psiquiátrico "Dr. Jose Horwitz Barak". Ex Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Ha realizado docencia de pre y post grado en la Universidad de Chile, en la Pontificia Universidad Católica de Chile y en la Universidad Andrés Bello. Realizó su formación psicoanalítica en el Instituto de la Asociación Psicoanalítica Chilena. Ex Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena de la cual es Miembro Titular con función didáctica. Profesor Titular del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena, Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional, en la cual es actualmente

Co-Presidente para América Latina del Comité Internacional de Nuevos Grupos. Miembro del Comité Editorial del International Journal of Psycho-Analysis y Editor Delegado para América Latina. Miembro del Consejo Consultivo de la *Revista de Psicanálisis de la Sociedad 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.". Cofundador de la Sociedad Chilena de Salud Mental. Coautor del Manual de Psiquiatría de L. Gomberoff y P. Olivos. Editor durante 4 años de la *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Trabajos publicados en esa revista, en la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y en la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. Y en [drpolicarpo.googlepages.com](http://drpolicarpo.googlepages.com)

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



**GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL**

Médica Cirujana. Universidad de Chile. 1979-1985. Especialidad Beca Primaria Ministerial en Psiquiatría de Adultos, Universidad de Chile 1986-1989. Certificado de Especialista otorgado por la Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1990. Certificado de Especialista acreditado por CONACEM. Título profesional de especialista en Psiquiatría de Adultos, Universidad de Chile 1996. Profesora asistente, Departamento de Psiquiatría y salud mental, Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Contralora psiquiátrica COMPIN Sur de la SEREMI de la Región Metropolitana. Estudios de Postgrado: alumna del Magister en Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2000-2001. Alumna del Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2002-2009. Diversas publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales y capítulos de libros.  
Diversas ponencias en congresos nacionales e internacionales, sometidas a referato y publicadas in extenso.  
INVESTIGACIÓN: En suicidio, en Proyectos Fondecyt N° 1113-91 y N° 1960726. En esquizofrenia, en el Proyecto de Tesis.  
SOCIEDADES: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, miembro titular y experta evaluadora de Trabajos de Ingreso a la Sociedad. Asociación Gremial de Profesionales y Expertos en Salud Mental (ACTA). Comité de Psiquiatría Biológica de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Sociedad de Psiquiatría Biológica, miembro titular. Sociedad Chilena en Neurociencias, miembro titular.  
Miembro de la Cognitive Neuroscience Society.



**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 (periodo 2004-2006), Coordinador del Grupo de

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

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



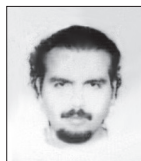
**RAÚL RIQUELME VÉJAR**

Médico Psiquiatra, Psicoanalista, Profesor Asistente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estudió medicina en la U. de Chile, egresó en 1975, se especializó en Psiquiatría en la escuela de Post Grado de la misma Universidad, en el Instituto "José Horwitz B". Se forma como psicoanalista en el Instituto de Psicoanálisis dependiente de la APCH afiliada a la FEPAL y a la IPA. Se desempeñó como director de los Hospitales Psiquiátricos "Phillipe Pinel" de Putaendo e Instituto Psiquiátrico "José Horwitz Barak". Es socio fundador, ex presidente de la Sociedad Chilena de Salud Mental, socio de SONEPSYN, y socio fundador de SODEPSI. Es miembro de la Asociación Psicoanalítica Chilena y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Es editor y autor de capítulos de tres libros publicados por la S. Ch. de Salud Mental: "Trastornos de Personalidad: hacia un mirada integral" (2003), "Psicoterapias y Cambio Psíquico" (2006) y "Psiquiatría y Salud Mental" (2008). Profesor de Psicopatología y Psiquiatría de las universidades Andrés Bello, Santo Tomás y del Desarrollo. Temas de interés: Trastornos de Personalidad, Psicosis y Esquizofrenia, Psicoterapia y Administración Hospitalaria.



**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 SALINAS T.**

Médico Psiquiatra. Egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Sede Occidente, Hospital San Juan de Dios. Posgraduado en psiquiatría adultos de la escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador.

Miembro invitado de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador. Profesor de cátedra de psiquiatría, Universidad Bolivariana.



**ANDRÉ MICHEL SASSENFELD JORQUERA**

Psicólogo clínico, U. de Chile. Magíster en Psicología Clínica (Psicología Analítica Jungiana), U. Adolfo Ibáñez. Diplomado en Psicología Jungiana y en Psicología Clínica Humanista-Existencial, Pontificia U. Católica. Formación adicional en psicoanálisis relacional (UNAB), teoría del apego (PUC) y psicoterapia corporal (UCH). Docente de pre y posgrado 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 posgrado como psicoterapeuta psicoanalítica de adultos en el Instituto Chileno de Psicoterapia Psicoanalítica, ICHPA. Ha realizado docencia de pre y posgrado 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 Subcomité 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](mailto:psiquiatriauniversitaria@gmail.com)
2. Las colaboraciones pueden tener la forma de artículo tradicional, cartas, comentarios, opiniones, ensayos, ideas y otros. En el caso de los artículos de formato tradicional es preferible que las referencias sean las estrictamente necesarias.
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 se les dará a conocer por escrito.
6. Los trabajos recibidos podrán ser publicados, además de en números regulares de la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, en suplementos y/o separatas de la misma revista.



# ÍNDICE

---

## 10 EDITORIAL

- 10 LA FICCIÓN EN TIEMPOS DE PENURIA  
*Alberto Botto*

## 12 ESCRÍBANOS

- 12 CARTA DESDE LONDRES  
Juan Carlos Almonte

## 14 ACADÉMICAS

- 14 IX DIÁLOGO LATINOAMERICANO INTERGENERACIONAL ENTRE  
HOMBRES Y MUJERES  
LA PSICOSEXUALIDAD EN EL SIGLO XXI: UN DESAFÍO PARA EL  
PSICOANÁLISIS
- 16 DIPLOMADO 2011. "TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y  
PSICOTERAPIA EN EL EJERCICIO DE PSIQUIATRÍA"

## 17 COMENTARIO DE LIBROS

- 17 LOS PRETEXTOS DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA  
Autor: Hernán Villarino H.  
Editorial: Gráfica LOM, Santiago, 2010, 288 pp.  
*Comentaristas: Alejandro San Martín y Ramón Florenzano*
- 22 EMBUDOS MÁGICOS. DE METÁFORAS Y TERAPIAS: LA ESTRATEGIA  
METAFÓRICA  
Autor: Carlos Almonte Vyhmeister  
Editorial: RIL editores, 2010, 106 pp.  
*Comentarista: Claudia Almonte*

## 24 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

## 30 DEBATE

- 30 LA REGRESIÓN A VIDAS PASADAS (UN POSIBLE EJEMPLO DEL  
"EFECTO DODO")  
*Sergio Peña y Lillo*

## 33 ENTREVISTA DE GPU

- 33 ENTREVISTA A DARLENE EHRENBURG

## 40 REVISIÓN

- 40 *ENACTMENTS*: UNA PERSPECTIVA RELACIONAL SOBRE VÍNCULO,  
ACCIÓN E INCONSCIENTE. PRIMERA PARTE  
*André Sassenfeld*

- 59 NEUROBIOLOGÍA DEL AMOR ROMÁNTICO Y LA FIDELIDAD  
*Fernando Maureira*

## 69 ADICIONES

- 69 NICOTINA Y COCAÍNA: LA DISPAR HISTORIA DE DOS HERMANAS  
SIAMESAS. CONSECUENCIAS DE UN CAMBIO DE ENFOQUE  
*Juan M Pérez-Franco*

## 77 PRÁCTICA CLÍNICA

- 77 PROCESO TERAPÉUTICO Y SUPERVISIÓN  
*Marta del Río A*

## 85 INVESTIGACIÓN

- 85 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 64 PACIENTES CON ESTRUCTURA  
LÍMITROFE DE PERSONALIDAD  
*Raúl Riquelme, Jorge Luengo, Patricia López, Carla Ávila, Loreto  
Hernández y Macarena Quiñones*

## 92 ANÁLISIS

- 92 LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y SU INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA  
CLÍNICA  
*Pablo Santa Cruz*

## 103 ENSAYO

- 103 COMPRENSIÓN, ARGUMENTACIÓN Y RELEVANCIA. METALECTURA  
DE UN CUENTO DE BORGES  
*Eduardo Llanos*

## 111 ÉTICA

- 111 EL SUICIDIO: REFLEXIONES ÉTICO-HISTÓRICAS  
*Camilo Barrionuevo, Rodrigo Brito, Álvaro Wolfenson*

## LA FICCIÓN EN TIEMPOS DE PENURIA

Todo esto debe ser considerado como algo escrito por un personaje de novela  
Roland Barthes

Quizás uno de los encuentros más desafortunados del que exista registro en la historia del pensamiento moderno ocurrió un día lunes como cualquier otro, alrededor de las tres de la tarde, en *una casa de aspecto mediocre en un barrio perdido de Viena*<sup>1</sup> entre el joven poeta André Breton y el padre del psicoanálisis, Sigmund Freud. Breton —quien, profundamente influido por la teoría psicoanalítica, en algún momento definió el surrealismo como un *automatismo psíquico puro por cuyo medio se intenta expresar tanto verbalmente como por escrito o de cualquier otro modo el funcionamiento real del pensamiento*<sup>2</sup>— describe en menos de una página la escueta entrevista que sostuvo con un Freud desapasionado y senescente, cuyo diálogo no hizo más que girar en torno a lugares comunes. Basta pensar en la repercusión que —cada cual a su manera— sus obras ejercieron en el desarrollo de la cultura para imaginar el alcance que pudiera haber tenido tal encuentro; sin embargo, ninguna queja se desprende de la lectura del texto de Breton: nada de sentimentalismos ni vestigios de desilusión. Qué lejos aparece Freud del autor que en 1915, recordando un apacible paseo por una *riente campiña* junto a un amigo y un poeta —quien, cuenta la leyenda, fue nada menos que Rainer María Rilke— redactó un pequeño pero bellissimo ensayo sobre la transitoriedad. El mismo Freud que, deslumbrado con la lectura de la *Gradiva* de Wilhelm Jensen, concluyó —luego de que Jensen le reafirmara que al escribir su novela no tenía la menor idea de las teorías psicoanalíticas— que el escritor y el analista probablemente trabajaban sobre el mismo objeto aunque —precisa— *cada uno con un método diferente*<sup>3</sup>.

Luego de sus trabajos iniciales y los así llamados “técnicos” Freud destinó gran parte de su esfuerzo al desarrollo del psicoanálisis “aplicado”: al arte, la pintura, la escultura, la sociología y la antropología. La literatura no se mantuvo ajena a sus intereses. Dicho de manera bastante superficial y simplista, para el psicoanálisis el artista era algo así como un neurótico que buscaba satisfacer en la fantasía sus fracasos en el mundo real; sin embargo, en sus escritos Freud nunca dejó de beber de las fuentes de la imaginación. Por donde se la mire, su obra está poblada de alusiones (e ilusiones) literarias. Pero, ¿qué son el mito de Edipo, las tragedias de Shakespeare, la poesía de Goethe, las novelas de Dostoievski o, incluso —arriesgando cometer una herejía—, los historiales clínicos de Dora y el Hombre de los Lobos —para qué hablar del caso Schreber— sino grandes relatos de *ficción*?

Hoy, cuando las fronteras entre los géneros literarios es cada vez más borrosa —pienso en las obras de Robert Walser, W. G. Sebald, Claudio Magris y, entre los escritores hispanoamericanos, Enrique Vila-Matas, Sergio Pitlor, Mario Bellatin y Diamela Eltit, por nombrar sólo algunos— la pregunta por el lugar de la ficción en la construcción de la identidad cultural y subjetiva parece no sólo pertinente sino necesaria —sin ir más lejos, uno de los textos imprescindibles de la poesía chilena lleva por título el enigmático rótulo de “La Nueva Novela”<sup>4</sup>— todo lo cual nos lleva, finalmente, a la encrucijada que plantea el problema del *texto*. Para Mijail Bajtin<sup>5</sup>, el texto (entendido como cualquier conjunto de signos coherentes) es el *dato primario*, la *única realidad inmediata*, de todo pensamiento humanístico. *Donde no hay*

<sup>1</sup> Breton A. Los pasos perdidos. Editorial Alianza, Madrid, 1987.

<sup>2</sup> Breton A. Manifiestos del surrealismo. Editorial Argonauta. Buenos Aires, 1992.

<sup>3</sup> Gay P. Freud. Vida y legado de un precursor. Editorial Paidós, Barcelona, 2010.

<sup>4</sup> Martínez, Juan Luis. La nueva novela. Ediciones Archivo, Santiago de Chile, 1985.

<sup>5</sup> Bajtin M. El problema del texto en la lingüística, la filología y otras ciencias humanas. En: Estética de la creación verbal. Siglo Veintiuno editores, Buenos Aires, 2008.

texto –sentencia–, no hay objeto para la investigación y el pensamiento.

Como clínicos (psiquiatras y psicoterapeutas) gran parte de nuestro trabajo consiste en leer –que es el primer paso antes de explicar, comprender e interpretar– los relatos que otros nos cuentan acerca de sí mismos: esto es lo que nos enseña la psicopatología; pero ¿cuán experimentados nos encontramos frente a la lectura de otros textos? y, más allá, tal como acertadamente plantea Allan Beveridge –en un artículo que, al igual que en otras ocasiones, nos recomendara Enrique Jadresic para esta sección de GPU– ¿debieran leer ficción los psiquiatras?<sup>6</sup>. Si compartimos la premisa de que la lectura de textos literarios nos permite entender mejor las narrativas de nuestros pacientes, la respuesta, sin lugar a dudas, es: sí.

En su trabajo, Beveridge apunta algunos argumentos a favor de la lectura de ficción<sup>7</sup>. A través del despliegue del mundo interno y de las relaciones entre los personajes, la literatura nos permite acceder en forma inmediata a una variedad de experiencias que de otra manera sería imposible conocer y, al mismo tiempo, favorece el desarrollo de la reflexión ética y de una actitud empática no sólo frente al sufrimiento de los demás sino también respecto a la miríada de formas que es capaz de tomar la conducta humana. Por otra parte, las mismas técnicas que se aplican para el análisis de una obra literaria pueden utilizarse, por ejemplo, para entender el discurso de un paciente o leer el subtexto que se esconde tras él. Por último, el autor enfatiza (lo que también ha sido corroborado por la investigación) que la enseñanza de las ciencias biomédicas no puede efectuarse al margen del contexto cultural donde el aprendizaje de las artes y humanidades es –más allá de su valor intrínseco– capaz de mejorar la práctica clínica de los futuros profesionales.

Mucho se ha escrito y hablado sobre la influencia del psicoanálisis en el arte y la literatura –cuyo estudio excede considerablemente las pretensiones de esta reflexión–; sin embargo, es posible que no se le haya dado la misma relevancia a la situación inversa, es decir: ¿puede aplicarse la literatura al psicoanálisis? Como vimos, el influjo de las obras de ficción (a través de ci-

tas, referencias o ejemplos clínicos) más que anecdótico, pareciera ser la regla en la mayoría de los textos de Freud. En un libro que sorprende por su ingenio y erudición<sup>8</sup>, Pierre Bayard –psicoanalista y profesor de literatura francesa en la Universidad de París VIII– presenta un método que denomina *literatura aplicada al psicoanálisis* (el que, confiesa el autor, luego de años de perfeccionamiento se reveló –contra todas sus expectativas– como un rotundo fracaso) cuyo procedimiento operaría de manera opuesta al psicoanálisis aplicado, esto es: evitando proyectar una teoría exterior en los textos literarios sino, por el contrario, generando teoría a partir de dichos textos. Aclara el autor: *Lo que la literatura aplicada le pide a la literatura es que le proporcione elementos de reflexión, y no de confirmación, sobre el psiquismo.*

Todo texto –advierte Bajtin– posee un sujeto que es el autor, pero el análisis lingüístico, dentro de ciertos límites, *puede abstraerse totalmente de la autoría.* ¿Desde dónde, entonces, podemos nosotros (lectores) aproximarnos a la lectura de los textos que incansablemente nos proporcionan los demás? ¿Cómo afinar la escucha cuando ya no sólo se ha abolido al autor sino que es *otro* –el inconsciente– quien nos *habla*? Amos Oz, Premio Príncipe de Asturias de las Letras 2007 –quien, junto a Abraham Yehoshúa y David Grossman conforman la tríada dorada de la literatura hebrea contemporánea– escribe en su sobrecogedor texto autobiográfico “Una historia de luz y oscuridad”<sup>9</sup> que *aquel que busca el corazón del relato en el espacio que está entre la obra y quien la ha escrito se equivoca: conviene buscar no en el terreno que está entre lo escrito y el escritor, sino en el que está entre lo escrito y el lector.* Eso es todo: la matriz relacional, el espacio potencial, la experiencia intersubjetiva, el corazón de todos los relatos.

Entonces, ¿para qué poetas en tiempos de penuria? –pregunta Hölderlin en la elegía *Pan y Vino*–. Ser poeta en tiempos de penuria –responde Heidegger– significa: *cantando, prestar atención al rastro de los dioses huidos*<sup>10</sup>.

¿Hay algo más que se pueda decir?

ALBERTO BOTTO

<sup>6</sup> Beveridge A. Should psychiatrists read fiction? *British journal of psychiatry* (2003);182:385-387

<sup>7</sup> Para quienes deseen profundizar en este tema recomiendo la lectura del emocionante discurso de Mario Vargas Llosa al recibir, en Estocolmo, el premio Nobel de Literatura 2010, titulado: “Elogio de la lectura y la ficción”. Publicado en: *Revista de Estudios Públicos* N° 120 (primavera 2010). Disponible en: [www.cepchile.cl](http://www.cepchile.cl)

<sup>8</sup> Bayard P. ¿Se puede aplicar la literatura al psicoanálisis? Editorial Paidós, Buenos Aires, 2009.

<sup>9</sup> Oz, Amos. Una historia de luz y oscuridad. Editorial Random House Mondadori, Barcelona, 2008.

<sup>10</sup> Heidegger M. ¿Y para qué poetas? En: *Caminos de bosque*. Editorial Alianza, Madrid, 2008.

# 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](mailto:psiquiatriauniversitaria@gmail.com)*



## CARTA DESDE LONDRES

Hace un año y medio me vine a estudiar psicoanálisis. Ahora trabajo en lo que sería un COSAM inglés. Aquí comparto mi experiencia y visiones tanto del psicoanálisis como de la psiquiatría contemporánea, con Chile como telón de fondo.

Londres es una ciudad excitante. Es difícil encontrar un lugar en que dinamismo, contemporaneidad y conexión estén presentes al nivel que lo están en la capital inglesa. Si bien está llena de museos, es claro que es más importante lo que está fuera de ellos. Hay cuadras en las que se puede fácilmente escuchar más de diez idiomas distintos. No sólo se puede leer en los diarios más a menudo acerca de los conflictos en Pakistán o de los planes de educación en Zimbabwe, sino que se puede discutir con gente que ha sido protagonista de aquellas historias. El mundo es un tópico que se aborda en primera persona. Tal vez tiene que ver con la pasión de los ingleses por viajar, ya sea por razones políticas, turísticas o científicas. Al pasado colonialista lo sucede un presente algo más sublimatorio.

Llevo un año y medio viviendo en Londres. Me vine a estudiar un Máster en teoría psicoanalítica con una Beca Chile. Ha sido una agradable sorpresa darse cuenta que los chilenos estamos sobrerrepresentados en muchos de los programas de posgrado que aquí se imparten. Esto es clarísimo al comparar con el número de estudiantes procedentes de otros países sudamericanos. Si Becas Chile se mantiene en el tiempo, Chile podrá contar con un inusualmente grande número de profesionales con posgrados en el extranjero. Es interesante pensar que esta situación podría facilitar una creciente apertura, sofisticación y flexibilización del campo laboral. Aunque también podría derivar en que nuestros taxistas y cajeros de

supermercados sepan varios idiomas y sean expertos en áreas que terminen siendo no más que una anécdota.

Chile desde lejos se ve tal como es en el mapa, largo y flaco. Y lejos. Sin embargo sudamérica se ve accesible, suficientemente heterogénea –sobre todo en sus realidades sociales y económicas– y vasta como para ser un referente mundial. Desde acá parece ser lógico que la integración en Sudamérica es una tarea esencial. Chile como país estable dentro de la región y con la posibilidad de darse lujos como el de Becas Chile, puede contribuir de manera importante en esto. Sin embargo, es triste ver cómo gran parte del discurso internacional en la región está copado por celos de soberanía y por unas cuantas millas marítimas.

Estudiar ocho a diez horas durante un año es una experiencia alucinante. Uno se va dando cuenta que llega a lugares nuevos, los caminos mentales previamente trazados se ramifican. Probablemente lo más agradable es reconocer los propios algoritmos poco conscientes con que uno ha estado funcionando y desarmarlos hasta que se vuelven fútiles. Pero al mismo tiempo, tantas horas dedicadas a la lectura y al debate son agotadoras y en gran parte una experiencia solitaria. Por esta razón entendí que el estudio era algo así como la mitad del cuento. Vivir afuera, procesando y disfrutando el encuentro cultural es lo que ha completado esta historia y le ha dado un sentido más amplio.

### Psicoanálisis insular

La condición insular de Inglaterra le ha dado históricamente un particular rol político, bélico y diplomático. En relación con otros países europeos, Inglaterra fue menos perjudicada por las guerras mundiales. En el mundo académico, el racionalismo pragmático y empiricista le ha permitido también jugar un papel importante en áreas como la

filosofía y el psicoanálisis entre otras. De alguna manera ha ofrecido un contrapunto al enfoque a veces excesivamente teórico del mundo académico de la Europa continental.

El psicoanálisis como práctica clínica no ha gozado nunca, en sus poco más de cien años de historia, de gran popularidad en el Reino Unido. Hasta el día de hoy su ejercicio se ve limitado a unos cuantos cientos de psicoanalistas en práctica privada y al trabajo realizado en la Clínica Tavistock, la cual está inserta en la NHS (National Health Service). A pesar de esto, una gran cantidad de notables psicoanalistas ha desarrollado parte importante de su trabajo en el Reino Unido (básicamente en Londres y Edimburgo). Incluso Freud se trasladó con su famoso diván a Londres, donde en poco más de un año tuvo algunos pacientes y terminó de escribir “Moisés y La Religión Monoteísta”. Después de su muerte en 1939, su hija Ana siguió analizando pacientes en la misma casa de Maresfield Gardens –ahora convertida en museo– hasta su propia muerte. Así como para Freud, Inglaterra fue también lugar de refugio para muchos psicoanalistas de origen judío que huyeron de sus países bajo la amenaza nazi. Por su parte, Melanie Klein se radicó en Londres en 1926, tras aceptar una invitación hecha por Ernest Jones. Viviría en la capital inglesa hasta su muerte en 1960.

De esta forma Inglaterra se convirtió en el escenario para una de las rivalidades teóricas que han sido más significativas en la historia del psicoanálisis. Las tradiciones freudiana y kleiniana han convivido por décadas dentro del marco de la BPAS (British Psychoanalytic Society). Donald Winnicott, como representante local, fue una de las figuras icónicas de un tercer grupo que surgió en el psicoanálisis británico, “The middle group”, en parte sintético de los anteriores, en parte innovador, sobre todo en cuanto a recursos técnicos.

Hoy estas divisiones no son tan evidentes entre los psicoanalistas británicos. El debate se ha trasladado a la cuestión sobre la relación entre el psicoanálisis y disciplinas adyacentes, tales como neurociencias, psicología del desarrollo y psiquiatría. Por un lado están aquellos que prefieren una aproximación hermenéutica a la literatura psicoanalítica, y miran con desconfianza los intentos por situarla en un plano científico e interdisciplinario. Por otro lado, está la corriente empiricista que se ha visto obligada a crecer en parte debido a la exigencia de los sistemas de salud enfocados en la administración de recursos, con el objetivo de validar los métodos terapéuticos en uso. Podríamos decir que la controversia contemporánea del psicoanálisis está entre radicarse en la academia o relacionarse con la salud pública, ávida por evidencia concreta, es decir, por fórmulas.

### Trabajando en un Cosam inglés

La NHS, desde su creación en 1948, es y ha sido uno de los referentes mundiales de salud pública. En Inglaterra se la nombra como uno de los representantes del socialismo a la inglesa. Esto quiere decir un socialismo más centrado en protección social que en jerarquías de poder y control social. Junto con el énfasis en salud, eje de estas políticas de protección social ha sido la preocupación por el desarrollo del niño y el fomento activo de sus potencialidades. Desde el psicoanálisis, los desarrollos teóricos de Ana Freud, Donald Winnicott y John Bowlby, entre otros, han resaltado la importancia de los eventos tempranos en la formación del aparato mental adulto. Estas líneas de pensamiento han sido puntos de comienzo para políticas de estado en materia de salud pública, educación y protección social.

No quería volver a Chile sin antes tener la posibilidad de conocer la NHS por dentro. Durante el año que duró el máster fui invitado a participar en las reuniones clínicas y supervisiones grupales semanales de un servicio de psicoterapia psicoanalítica que funciona dentro de un hospital forense. Me dí cuenta que le dan un gran valor al diálo-

go y al feedback grupal. El rol del equipo es fundamental en validar y criticar, pero por sobre todo en generar un discurso acerca de los bordes. Sin duda es en los límites donde está la acción y la demanda de experiencia. Este servicio no sólo presta atenciones a casos individuales sino que también está a cargo de liderar grupos de práctica reflexiva en los distintos servicios del hospital. Estos grupos funcionan semanalmente con todos los funcionarios de cada unidad. El objetivo es generar un diálogo reflexivo, sin una agenda preacordada. Nuevamente, las supervisiones de estos grupos dan cuenta de una angustia transversal a los profesionales de la salud mental, que tiene que ver con las dificultades de trabajar en un terreno en que las distinciones tienden a ser más dimensionales que categoriales.

Por cierto que estos espacios de apertura me han generado cierta envidia, pues es difícil encontrar en Chile el espacio reflexivo cuando la consigna es presión asistencial. Después de terminados mis estudios, empecé a trabajar formalmente en la NHS, en un servicio de psiquiatría comunitaria: un Cosam Inglés. La primera consigna de mi jefe fue la misma que en Chile: presión asistencial. Claro que esto acá significa tres días con pacientes y dos días para actividades académicas y administrativas. El giro hacia la medicina administrada lleva años de adelanto con respecto a Chile. Esto quiere decir que el foco del trabajo está en el manejo de casos más que la clínica clásica: diagnosticar y tratar. Hay una suerte de hipertrofia administrativa, lo que significa que hay tanto personal administrativo como clínico y además que buena parte del trabajo de los clínicos es llenando formularios y tomando decisiones en base a fichas. El análisis de riesgo manda por sobre el diagnóstico clásico. Por esta razón la mayor parte del personal clínico está conformada por trabajadores sociales con habilidades para manejar algoritmos de riesgo de auto o hetero-agresión.

El modelo es comunitario en cuanto está geográficamente inserto en la comunidad, privilegia los tratamientos ambulatorios y domiciliarios –para esto último existe el

“crisis team,” con recursos para tratar casos críticos en la casa del paciente– y estimula la formación de redes de cuidado. Todo esto lo hace relativamente bien, pero a expensas de la relación terapéutica, que de ser individual y específica –esto es un paciente y un clínico– pasa a ser un vínculo corporativo, inespecífico. Probablemente esto no sería difícil de modificar, pero los algoritmos en uso parecen estar saturados de criterios técnicos que han sido incorporados en la medida que nuevos trozos de evidencia aparecen, sin una orquestación adecuada.

Así entonces, del estudio de relaciones terapéuticas en el contexto de largos psicoanálisis, he pasado a la práctica de la psiquiatría más moderna, que contempla un único encuentro de treinta minutos, cuyo objetivo es dar una opinión experta. Hace un par de semanas tomé la decisión de privilegiar la escucha empática; después les cuento cómo me fue. Al menos me siento más motivado.

### Sin desesperanza

Me entusiasma la idea de volver a Chile, los desafíos parecen abordables. Probar en primera persona la experiencia de países desarrollados permite paladear los posibles futuros y también multiplicar los puntos de referencia. Muchos de los inmigrantes que he conocido en Londres están acá buscando mejor calidad de vida, desenvolverse en un más alto nivel profesional o porque perdieron la esperanza en sus países. A veces los desafíos parecen imposibles. Sin embargo, creo que la situación no sólo de Chile, sino de Sudamérica, hace que los desafíos parezcan realizables. Nuestra región se encuentra en una posición interesante y positiva en cuanto a la relación entre retos y recursos. Nuestro modelo de salud mental, cada vez más comunitario y cercano al modelo de administración de casos (y recursos), puede en su afán tecnocrático caer en la trampa de las fórmulas rígidas, que poco tienen que ver con lo que consideramos como sano cuando hablamos de mente.

JUAN CARLOS ALMONTE  
Londres, 24 de enero de 2011



## Convocatoria de C.O.W.A.P

IX Diálogo Latinoamericano Intergeneracional entre Hombres y Mujeres

### **La Psicosexualidad en el siglo XXI: Un desafío para el Psicoanálisis**

Organizado por C.O.W.A.P Latinoamérica y la Asociación Psicoanalítica Chilena, APCh  
el 20, 21 y 22 de mayo 2011 en el Hotel Marriott Santiago, Chile

El Comité de Mujeres y Psicoanálisis, C.O.W.A.P fue creado en 1998 durante la presidencia del Dr. Otto Kernberg, en la Asociación Psicoanalítica Internacional, IPA.

En el 2008 celebramos el décimo aniversario en las tres regiones: Norteamérica, Latinoamérica y Europa y resto del mundo, ocupando la primera presidencia Joan Raphael, seguida por Mariam Alizade y Giovanna Ambrosio, respectivamente.

Actualmente C.O.W.A.P pretende mantener un espacio abierto a la reflexión, al cuestionamiento e intercambio con otras disciplinas sobre sexualidades, feminidad, masculinidad, parentalidad, subjetividades, relaciones jerárquicas entre los géneros, diferencia sexual, psicopatologías y violencia de géneros.

El apoyo local, nacional e internacional a grupos de estudio vinculados con estas temáticas, así como la organización de conferencias en distintos países, diálogos latinoamericanos, eventos regionales, investigaciones y publicaciones, buscan crear oportunidades para generar nuevos conocimientos, que permitan seguir enriqueciendo la teoría y las terapias psicoanalíticas en estas áreas de interés.

La psicosexualidad del siglo XXI debe abordarse como el efecto subjetivo de las grandes transformaciones del siglo XX. Las guerras, los genocidios, las grandes migraciones, el aumento de la población y, con ello, el auge de la violencia en sus variadas y nefastas manifestaciones.

El declive de la autoridad y su efecto en las nuevas formas de organización familiar y configuración de parejas; el desarrollo de la ciencia y la tecnología; la globalización comunicacional, con énfasis en la revisión de las influencias culturales e históricas, creemos que influyen en la construcción de las teorías psicoanalíticas **actuales**, relacionadas con hombres y mujeres.



¿Cómo responde la teoría psicoanalítica ante estos cambios en la clínica? ¿Es permeable o refractaria nuestra teoría?

El principal objetivo en este IX Diálogo es facilitar un auténtico intercambio de experiencias, continuar con la reflexión teórico-clínica acerca de todas las opciones identificatorias, a las que hoy en día hombres y mujeres acceden.

La observación cuidadosa y menos tendenciosa en las generaciones más jóvenes sobre su capacidad de amar, de desarrollar su actividad sexual, lograr una buena calidad de vida en pareja o configurar una familia, abre posibilidades al desarrollo de verdaderas experiencias emocionales, que nos habiliten para comprender los cambios que ya están en proceso. Otros temas de interés son la prevención del incesto; la violencia de género, entendida como todo acto de fuerza física o verbal, coerción, privación amenazadora para la vida o que cause daño físico o psicológico, humillación o que perpetúe la subordinación, en sus múltiples modalidades, entre ellas, ser víctima de violencia familiar o conyugal, la explotación económica y el abandono o descuido de adultos o niños.

IncurSIONAR en el complejo mundo interno de los victimarios en el abuso sexual y la violación es un verdadero desafío, tanto como incurSIONAR en la construcción de la parentalidad en situaciones de riesgo, como en las migraciones o en las homoparentalidades y las patologías de género.

Una diversidad de temas y un solo desafío que nos convoca. Intentar comprender los cambios para hilar algunas explicaciones. Compartir y explorar los abordajes clásicos y los más innovadores. Actualizar nuestra teoría, desde la clínica y la experiencia compartida.

Esperamos recibir a profesionales y estudiantes de áreas afines, involucrados en la clínica, así como del área de la filosofía, antropología, literatura o de las ciencias sociales, estudiosas del psicoanálisis, interesados en conocimientos que enriquecen la comprensión del mundo interno de las personas y su manifestación en la realidad psíquica y en sus comportamientos.

Doris Berlín, SPC  
Chair COWAP Latinoamérica

Julia Lauzon, APCH  
Coordinadora  
COWAP Chile 2011

Se recibirán trabajos hasta el 11 de marzo 2011



PROGRAMA DE FORMACION CONTINUA CICLO 2010-2013

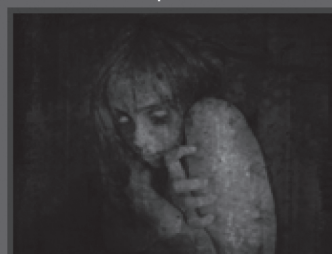
**DIPLOMADO 2011**  
**“Trastornos de Personalidad y Psicoterapia en el ejercicio de Psiquiatría”**

**Módulo I: “Trastornos de Personalidad”**



**Primer Semestre 2011**

**Módulo II: “Psicoterapia en el ejercicio de la Psiquiatría”**



**Segundor Semestre 2011**

**DESTINATARIOS**

Médicos psiquiatras y en formación en psiquiatría, psicólogos clínicos, neurobiólogos y otros académicos y profesionales vinculados a la psiquiatría que trabajen en cualquier región del país.

**MODALIDAD**

Presencial en la región metropolitana y mixta (presencial y a distancia) para el resto de las regiones.

**CERTIFICACION**

Dirección de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de Santiago.

**AUSPICIO**

Auspiciado por el Ministerio de Salud (Res exenta n°16 del 18 de enero 2010).

**ARANCEL DIPLOMADO 2011**

<b>Socios de SODEPSI:</b> Matricula \$ 150.000.- Diplomado: cinco cuotas de \$ 120.000.- Costo total: \$ 750.000.-	<b>No Socios de SODEPSI:</b> Matricula \$ 200.000.- Diplomado: cinco cuotas de \$ 150.000.- Costo total: \$ 950.000.-
---	--

**LUGAR**

“Café Literario Balmaceda” Avda. Providencia 410, Parque Balmaceda(estación Metro Salvador)

**DURACION**

Veinte semanas (180 horas totales, incluyendo estudio de material bibliográfico)

**HORARIO**

Viernes de 13:00 a 16:00 horas (en regiones horario libre)

Fecha de inicio: Abril 2011

Fecha de término: Diciembre 2011

**CUPO LIMITADO**

**Informaciones: [contacto@sodepsi.cl](mailto:contacto@sodepsi.cl)**

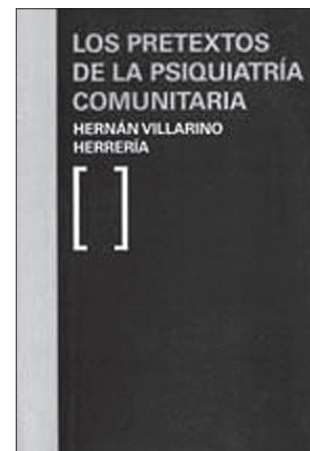


# LOS PRETEXTOS DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

**Autor:** Hernán Villarino H.

**Editorial:** Gráfica LOM, Santiago, 2010, 288 pp.

(Rev GPU 2011; 7; 1: 17-21)



**Alejandro San Martín**

*“Es increíble ver cómo la población, una vez que ha sido sometida, cae de repente en un olvido tan profundo de su independencia anterior que le llega a ser imposible despertarse y recuperarla; de hecho, se apresta a servir tanto sin que la inciten, tan libremente que, al verlo, uno diría que no ha perdido su libertad sino ganado su servidumbre.”*

(Etienne de La Boétie, 1549).

Para quienes, como el suscrito, trabajan o han trabajado por un largo periodo en algún Servicio de Psiquiatría estatal los últimos años, no podrá serles indiferente el contenido de este libro. Más sabroso resulta para quienes hemos trabajado en el mismo Servicio Clínico que ha vivido y sufrido nuestro autor, cuyos personajes y sus contradicciones aparecen constantemente en nuestra mente mientras leemos, y aunque el Dr. Villarino intenta, incluso desde el título, hacer una crítica intensa a los fundamentos, o como él los llama, pretextos de la Psiquiatría Comunitaria, a más de alguno, cuando lo lea, le surgirá la idea de retitular este libro como “Los personajes de la Psiquiatría comunitaria”.

Y es que, como el mismo autor dice, su texto no considera enfermedades, pacientes y tratamientos como tales, sino como su propio pretexto para hacer una profunda crítica a una forma de ejercer el poder, de reforzar ciertas formas de dominio por algunos personajes que él confronta en cada capítulo. Constantemente nos recuerda y nos informa sobre el poder que

ellos han logrado acumular usando como instrumento el discurso de la Psiquiatría Comunitaria, nos muestra cómo su control sobre las decisiones en Políticas Públicas sobre Salud Mental en los últimos gobiernos “les ha permitido establecer alianzas con universidades privadas, por ejemplo”.

A muchos que lo conocemos nos resulta curiosa y llamativa esta especial rebeldía contra la Psiquiatría Comunitaria, que cada cierto tiempo nos comunica, y que expresa con gran fuerza en este libro. Luego leemos el relato de sus primeros acercamientos hacia la Psiquiatría Comunitaria, e internamente sonreímos. El personaje, porque en este caso el autor también es un personaje del libro, nos muestra un lado íntimo, distinto y esclarecedor que no conocíamos. Juzgue el lector si me equivoco: “Quien escribe estas líneas, al año 1985, recién concluidos sus estudios de especialización, inexperto y aún más ignorante que hoy, se entusiasma con la fraseología comunitaria y se contrató en el Hospital Psiquiátrico de Las Palmas, en las Islas Canarias que a

la sazón iniciaba un proceso de reformas"... "No tuvo más alternativa que reconocer que el hospital psiquiátrico era un reino de genuina libertad intelectual, totalmente ajeno a lo que podríamos llamar una institución total". Claro, el hospital que nos describe no guarda ninguna relación con los chilenos de esa época; recordemos por ejemplo que El Peral tenía internadas más de mil personas, y hubo periodos en que no contaba con horas psiquiátricas contratadas.

Surge también, en relación con el relato de esa experiencia, los rasgos de un médico humanista, el clínico dedicado que siente al paciente como otro, que nos invita a ayudarlo, pero que también posee recursos para ir en nuestra ayuda: "Como cualquiera de nosotros, los pacientes pueden ocultar en su trabajo las ocupaciones y preocupaciones que realmente les interesan y en función de las cuales viven, pero el trabajo no las desarraiga, y la medicación seguramente empobrece y aplanan su productividad y la expresión de sus magníficas y extrañas creaciones. Hay muchos, en realidad cualquiera, que pueden poner a trabajar a los pacientes, pero los psiquiatras deberían ocuparse de escuchar, porque es muy probable que aún tengan mucho que aprender y comprender".

Sin embargo, a medida que avanzamos en la lectura, su texto también nos muestra al erudito filósofo, maestro en el sofisma, que intenta ganarnos para su causa, o al menos confundirnos o inducirnos a error. Veamos este ejemplo, que usa para afirmar sus dichos: "En Jamaica, como dice Caldas de Almeida, un país con características muy propias, se ha creado un sistema de atención de ámbito nacional, que brinda atención de Salud Mental en la comunidad a través de una red de enfermeras especialmente entrenadas para manejar la mayoría de las situaciones, quienes sólo excepcionalmente refieren algún caso, complicado en extremo, a los servicios especializados"... "Es que desde un punto de vista comunitario los especialistas son totalmente incapaces de atender la demanda en Psiquiatría y Salud Mental. Según la opinión y la práctica de los grandes teóricos comunitarios, el voluntariado, el saber popular y el de los pueblos originarios son claramente más eficientes a la hora de encarar este asunto, de modo que debe dárseles las herramientas y posibilidades para que ejecuten su imprescindible tarea, en desmedro de los especialistas".

El plan de crear una red de enfermería en Salud Mental, en Jamaica, es una realidad, pero no para reemplazar al especialista, como nos sugiere el autor, sino para brindar una atención profesional de un mínimo aceptable, en muchos lugares del país donde simplemente no existe y los pacientes sólo reciben atención

cuando su caso es de tal gravedad que se ha transformado en un problema social y legal para la comunidad, y la presión social logra internarlo. No sabemos de alguien que seriamente proponga el reemplazo de la atención de profesionales en Salud Mental por voluntarios o representantes del saber popular. Lo que se propone, razonablemente, es que frente a la escasez de recursos, y a la demanda siempre creciente, se utilicen también, y en aquellos niveles que sea factible, recursos existentes en la comunidad y subvalorados por soberbia intelectual.

Veamos otro ejemplo del sofista entusiasmado: "Cuánto sufrimiento inútil se habría ahorrado una política realista, que de acuerdo con el estado actual de los conocimientos y recursos terapéuticos y financieros en psiquiatría, admitiera que la comunidad no es una instancia mágica y que hospitalizar a tiempo a un paciente, o tenerlo hospitalizado un lapso más prolongado, para todo lo cual se requieren esas camas que los comunitarios cierran para invertir en equipos comunitarios de atención, habría evitado que se agite o que se suicide. Empero, no parece ser éste el problema, el problema es cómo, en nombre de los Derechos Humanos, se cierra ya de una vez el Hospital Psiquiátrico".

Con un ejemplo que a todos nos violenta, la posibilidad de que un paciente se agite o suicide por falta de atención nuevamente confunde las cosas. Pues se trata precisamente de buscar la forma más eficiente y eficaz de distribuir los recursos. Él no nos aclara que lo que se hace no es quitar una cama en la comuna X para crear otro equipo ambulatorio en la comuna X. En nuestro país, hace veinte años existían regiones enteras sin acceso a prestaciones sanitarias en Salud Mental; el tema era prácticamente desconocido en la atención primaria, sitio de resolución natural de los problemas de salud de nuestra población. Hoy, más del 90% de los consultorios del país tienen psicólogos, los que en número superan el millar. Ninguna cama fue suprimida para crear esos cargos, sólo se redireccionaron nuevos recursos.

Resulta paradójico que luego, el autor, y a propósito de su interés por relativizar ante nuestros ojos la rehabilitación psiquiátrica, defiende encarnadamente la buena gestión de los recursos. Leámoslo: "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?".

También impresiona el poder y la amplitud de los conocimientos que atribuye a la psiquiatría comunitaria en el siguiente párrafo; usando la ironía y eufemismos atribuye a la psiquiatría comunitaria la autoría de una serie de conceptos que van desde la Psicología a la Antropología, pasando por la Sociología y la Salud Pública. Probablemente el autor no encuentra nada en la Psiquiatría Comunitaria tras estas palabras, porque no es allí donde debe buscar, ¿o acaso pretende que sea la psiquiatría quien defina lo que son, por ejemplo, los pueblos originarios, sus características, sus delimitaciones y sus alcances, etc.?

Quien suscribe estas líneas no puede dejar de reconocer, muy a su pesar, cuánta razón hay en las palabras del autor cuando describe algunos aspectos de la vida intelectual y doméstica de algunos Servicios Clínicos gobernados por algún autoproclamado psiquiatra comunitario. Cómo no reconocerlo, si trabajamos en el mismo Servicio hace diez años. El autor nos dice: "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, de modo que no existen allí ni igualdad de oportunidades ni tampoco criterios objetivos de promoción".

Sólo agregó, a modo de propio consuelo, que en este caso son las personas las totalitarias, y no las ideas, y que así como frente al poder cabe la posibilidad de rebelarse, el poder también necesita de los rebeldes, que le permiten la autoafirmación y el manejo y definición de su tan necesario séquito de pusilánimes. Los poderosos esperan que otros, los rebeldes, den la lucha por arrebatárselos el poder, saben que siendo ellos quienes ejercen el poder están en la mejor posición para triunfar y quedarse con el poder para seguir ejerciendo el poder. Pero existe hoy otra posibilidad, simplemente ir dejándolos solos, como en nuestras historias infantiles, donde el dueño de la pelota, por despótico y venal, se queda sin compañeros de juego. Solo.

Como dice J.M. Coetzee, en su libro *Diario de un mal año* (2007), a propósito del encabezado de este comentario: Bien dicho. Sin embargo, La Boétie se equivoca en un aspecto importante. Las alternativas no son la placida servidumbre por un lado y la rebelión contra la servidumbre por el otro. Existe una tercera vía, elegida por millares y millones de personas todos los días. Es la vía del quietismo, de la oscuridad voluntaria, de la emigración interior (J.M. Coetzee-2007).

### Ramón Florenzano

En nuestro medio es poco habitual la polémica abierta, y eso es lo planteado en este libro, que resume diversos artículos publicados en la última década por el autor, psiquiatra formado en Chile y en España, tanto en los aspectos clínicos de su especialidad como en Filosofía y Ética. Esta doble formación le permite indagar en forma crítica en uno de los movimientos que más influencia ha tenido en la entrega de servicios psiquiátricos tanto en nuestro país como en el contexto global. Es un libro poco habitual, porque polemiza activamente con el movimiento de Psiquiatría Comunitaria tal como se ha desarrollado especialmente en algunos Servicios de Salud chilenos, así como desde la formulación de los Planes Nacionales de Salud Mental.

El límite entre la polémica y la diatriba no es claro en algunos momentos. A pesar de esto, es capaz de for-

mular en forma lúcida críticas a la falta de fundamentación empírica tanto de los principios conceptuales como de los resultados prácticos del modelo comunitario en nuestro país. Insiste reiteradamente en la naturaleza discursiva y retórica de la fundamentación de los principios y valores de los psiquiatras comunitarios, que han dirigido el proceso de Reforma psiquiátrica desde la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, y señala la falta de información tanto basal como de evaluación de los resultados de las acciones realizadas en los últimos 20 años en Chile.

La fundamentación filosófica del autor es irrevocablemente aristotélica, y usando la clasificación del Organon del estagirita, pudiéramos decir que acude a lo largo de sus escritos permanentemente a la Retórica, lo más posible a la Lógica, y menos a menudo a la Política.

Esto implica que abre polémicas para convencer al lector, y sus naturales dotes le permiten impresionar a éste positivamente acerca de su punto de vista. Esto lo logra más por la pasión de su argumentación que por la evidencia empírica que invoca. Asimismo, desarrolla lógicamente su argumentación, por ejemplo acerca de la insuficiencia del Modelo Bio-Psico-Social, base conceptual para el de los psiquiatras comunitarios. Recurre menos a la política, ya que su tesis es poco popular hoy día, por lo menos en los niveles que toman decisiones en salud mental. Usando un texto aristotélico diferente, la *Ética Nicomaquea*, uno pudiera decir que su uso de la *Theoria* es adecuado, pero que su *teckhné* no ayuda a convencer al lector de su punto de vista. Esto, quizá por exceso de *pathos* argumentativo.

Entre los capítulos más logrados del texto se encuentra aquel sobre "*La inexistencia de los métodos de evaluación y de información*". Uno de los problemas reconocidos de la reforma de la salud chilena, así como de la reforma psiquiátrica, es la dificultad en acopiar información cuantitativa acerca del impacto de las acciones desarrolladas. Este tema es bien ejemplificado por la variaciones del Plan Nacional de tratamiento de la Depresión, desarrollado por la Unidad de Salud Mental desde el año 2001 en adelante. Este Plan fue reemplazado el año 2006 por la inclusión de Depresión entre mujeres adultas, formulándose una Guía Clínica que fue revisada por un grupo experto el año 2009, para ser difundida durante el año 2010. Los intentos de evaluar el resultado del tratamiento de los trastornos depresivos, por lo menos en los diversos niveles escalonados de atención, han existido y han tenido dificultades en concluir acerca de la mejoría de los casos tratados. Una de las principales razones para esta dificultad es el elevado porcentaje de atrición, o sea, de abandono de pacientes que entran en tratamiento. Este hecho ha sido estudiado por diversos grupos, entre ellos por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, y la Unidad de Investigación en Servicios de Salud Mental del Hospital del Salvador. Esta evidencia no se menciona en el artículo en consideración, pero ha sido el centro de una importante línea de investigación internacional, promovida tanto por la SPR (Society for Psychotherapy Research), como por el RAB (Research Advisory Board) de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Ambos grupos han planteado la tesis del autor, pero desde un enfoque distinto: la mejor manera de probar que la aproximación individual y centrada en el mundo interno tiene relevancia cien años después de Freud, así como de responder al desafío de Eysenck en la década de 1950, es demostrar que los pacientes (hoy usuarios), que reciben estos tratamientos disminuyen

sus síntomas, mejoran sus relaciones interpersonales y el desempeño de su rol social. Más que criticar al adversario, lo que falta en este tema polémico son investigaciones que demuestren las afirmaciones que han sido hechas desde la psiquiatría clásica o desde la comunitaria, y que demuestren que los individuos, familias o poblaciones estudiadas mejoran cuando se aplican los métodos derivados de ambas aproximaciones.

Quizá una de las limitaciones del enfoque histórico del libro es el foco excesivo en la experiencia española: España adoptó en algún momento la terminología de la psiquiatría comunitaria norteamericana: el *Community Mental Health movement* en ese país tuvo sus años dorados en la década de los 60, y fue durante la presidencia Kennedy cuando se dictó la *Community Mental Health Act*. Ésta fue muy debatida posteriormente, por razones semejantes a las planteadas por el autor en su texto: el rol central de profesionales sin la formación clínica necesaria para tratar cuadros clínicos complejos, la falta de coordinación con el sistema hospitalario, y el rol progresivamente lateral de los médicos en el sistema. Durante las administraciones republicanas, desde Reagan en adelante, e incluso durante la administración Carter, se modificaron muchas de las bases más ideologizadas, y con el criterio pragmático que caracteriza a EE.UU., se llegó al sistema actual, que prioriza la enfermedad mental crónica y severa para focalizar en ella la ayuda estatal. Este cambio se dio paralelamente a los avances de la Psiquiatría Biológica y de los avances en Psicofarmacología: la posibilidad de tratamientos en la comunidad ha sido históricamente dada por la existencia de fármacos más efectivos.

Las citas frecuentes de documentos de la OPS OMS por parte de los textos ministeriales y otros documentos mencionados por el autor no constituyen evidencia científica en sí, pero generalmente en sus bibliografías se cita la literatura empírica que sustantiva las afirmaciones de estos textos. Los documentos multinacionales son esencialmente documentos políticos y orientados a la acción. En los últimos años el esfuerzo de la Unidad de Salud Mental del MINSAL ha sido el producir guías clínicas y otros elementos de práctica avalados por experiencias basadas en la evidencia.

En definitiva, diferimos del autor en plantear como enfoques antagónicos el enfoque clínico y el comunitario de la psiquiatría. La distinción entre Medicina y Salud Pública, en el campo biomédico, corresponde a ambas aproximaciones en Salud Mental: la unidad de análisis del psiquiatra clínico es el sujeto enfermo. La del planificador (o evaluador) de servicios de salud mental es la población a cargo. Las políticas públicas y los programas ministeriales se desarrollan en el

segundo plano, y deben basarse en evidencia clínica sistemáticamente recogida. Más que polémicas retóricas, lo que necesitamos es más investigación, tanto clínica e ideológica, propia. Mucha de la evidencia que ha sustentado los programas criticados por Villarino proviene de Europa o de Norteamérica, ambas realidades ajenas a la nuestra.

En definitiva, el libro es un aporte importante a una controversia vigente. La sólida formación filosófica literaria del autor hacen que sea un agrado leerlo. Las generaciones jóvenes en formación debieran revisarlo con detención, así como conocer las bases teóricas y empíricas que se mencionan en los textos recopilados.

# EMBUDOS MÁGICOS. DE METÁFORAS Y TERAPIAS: LA ESTRATEGIA METAFÓRICA

**Autor:** Carlos Almonte Vyhmeister  
**Editorial:** RIL editores, 2010, 106 pp.

(Rev GPU 2011; 7; 1: 22-23)



**Claudia Almonte**

Comentar un libro es una cosa. Comentar un libro escrito por el progenitor, es otra...

Se me hace más fácil, por tener parte de su genética y su crianza, y difícil, por no querer dejar afuera nada, pero a la vez poner lo apropiado, transmitir lo esencial del libro, para motivar a otros a su lectura.

*Embudos Mágicos*, es un "pequeño-gran" libro; pequeño, por tener sólo 106 páginas, que toma sólo algunas horas recorrerlas; y gran, por la profundidad de los contenidos y relatos. Es un libro que puede tener diversas lecturas, pero, en términos globales, describo dos. Una rápida, liviana, como se lee un libro de cuentos, o un manual de "cortapalos", y otra, en que cual buzo, se sumerge el lector en la búsqueda de los tesoros ocultos bajo las aguas.

Sorprende que de inmediato el receptor de la lectura comienza a aplicar las metáforas en la forma de mirar múltiples situaciones terapéuticas y, por cierto, también de la vida.

El libro revela en forma interesante a la persona del autor. Muestra su capacidad para ofrecer un vínculo seguro al consultante, que, al igual que en los apegos sanos que permiten al niño explorar el mundo y volver a la fuente de guía, protección y cuidado, podrá regresar al terapeuta, a veces, después de mucho tiempo, a recibir la ayuda para desatar los nudos que se forman

en el camino de la vida. También, se palpa su capacidad para adaptarse rápidamente al contexto amplio del consultante, extrayendo lo esencial para devolverlo en intervenciones a la medida y que calzan como anillo al dedo y, lo principal, atraviesan barreras de hierro que curiosamente se vuelven de blanda mantequilla. Las resistencias entonces se van, y el cambio comienza, muchas veces de inmediato. Cuántas veces vimos, y aún vemos, tras el espejo al director de orquesta, sacando la mejor melodía de cada instrumento, afinando al desafinado y silenciando al sonsonete irrelevante. Esta imagen me recuerda a la famosa pintura de Rembrandt, "la clase de anatomía", en que todos observan fascinados la maestría del profesor.

Por tanto, leer un libro, cuyo autor es principalmente un gran clínico, y que su tema sea lo que realiza continuamente por sus pacientes, tiene el gran mérito y potencia de trascender a las teorías y modas, que en forma frecuente, son pasajeras y cambiantes, y, por tanto, es probable que sea un libro que perdure en el tiempo.

El humor "serio" del autor, por decirlo de algún modo, se deja entrever en algunas narrativas de pacientes obsesivos; éste es parte de su esencia y lo ejemplifico con el comentario que hizo en el lanzamiento de este libro, realizado en la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Allí, María Elena Montt le dirigió un discurso muy

cálido, cercano y de gran contenido emocional, reconociendo toda su trayectoria y modo de trabajo, ante el cual él agradeció las palabras que no habría esperado escuchar en vida, pues eran muy similares a las que se dicen en los funerales.

El título "Embudos Mágicos" surge de una metáfora con que una paciente describió su proceso terapéutico; éste se inició con cierta realidad, que fue captada y trabajada a través del uso de metáforas, abriéndola finalmente a otra realidad plena de sentido, alivio y sanidad.

Su uso, que tendría sus orígenes casi con la humanidad misma, permite construir nuestro sentido personal, y en el plano terapéutico, tendría una especial potencia en el paciente obsesivo y en sistemas familiares resistentes. La metáfora hace nítido lo confuso y es una herramienta central en la psicoterapia implícita,

llevando a beneficios inmediatos si la estructura de la personalidad es más cercana a la normal.

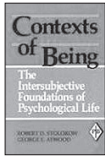
Acerca de las narrativas extraídas de procesos terapéuticos reales, quiero destacar "un ritual ordálico", que es relatado en primera persona. Aquí se muestra el complemento entre consultante y terapeuta, describiendo el proceso desde las vivencias previas a la terapia, las que ocurren durante y en su clímax y final, en que una potente y hermosa metáfora le permite a la paciente, víctima de reiterados abusos sexuales perpetuados por su progenitor, integrar su pasado y presente e impulsarla a proyectarse en un futuro de realización.

Se incluye una entrevista al autor y un apéndice escrito por Ana María Risco, sobre metáforas.

Finalizo mi "comentario-reconocimiento" invitándolos a leer este hermoso libro.

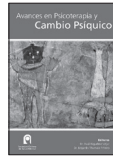
## CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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](http://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](http://www.herdereditorial.com)



### AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

Editores: Raúl 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](http://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](mailto: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](http://www.lom.cl)



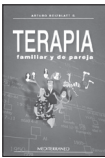
### CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



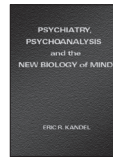
### EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



### NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



### TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



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

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



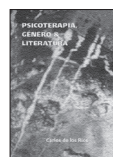
### TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



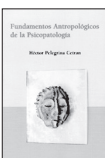
### JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



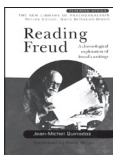
### SCHIZOPHRENIC SPEECH

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

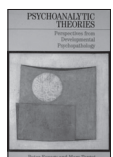




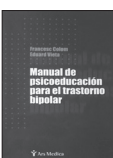
**TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN**  
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo  
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235  
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



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



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



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



**PSICOSIS 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



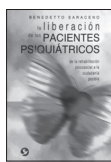
**EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD**  
 Editor General: Hernán Silva  
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



**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



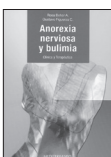
**DRUGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS**  
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz  
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22  
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



**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



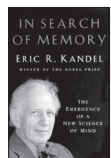
**MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA**  
 Autor: César Ojeda Figueroa  
 Ed: C&C Ediciones  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



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



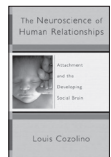
**PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA**  
 Autor: Mario Vidal C.  
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133  
 Compra: www.sonepsyn.cl



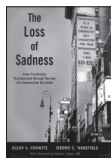
**IN SEARCH OF MEMORY**  
 Autor: Eric R. Kandel  
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136  
 Compra: www.amazon.com



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



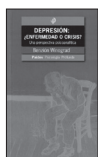
**THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN**  
 Autor: Louis Cozolino  
 W.W. Norton & Company, New York, 2006  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244  
 Disponible en: www.amazon.com



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



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



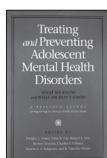
**DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA**  
 Autor: Benzió Winograd  
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254  
 Compra: www.paidos.com



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



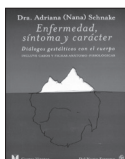
**SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA**  
 Autor: Mauro Mancia  
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386  
 Compra: www.tematika.com



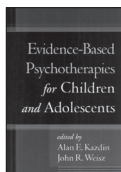
**TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW**  
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh  
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005  
 Comentario: Rev GPU 2007;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



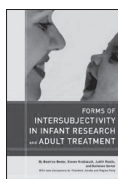
**LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE**  
 Autora: Alcira Mariam Alizade  
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390  
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



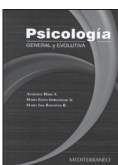
**EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS**  
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz  
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22  
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



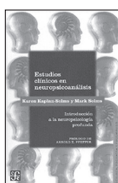
**SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO**  
 Autor: Pedro Torres-Godoy  
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34  
 Compra: www.psicodrama.cl



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



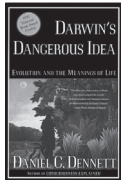
**GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA**  
 Editor: Dr. Hernán Silva  
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva  
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago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



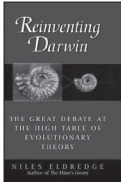
**ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA**  
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms  
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164  
 Compra: www.libreriasdelfondo.com



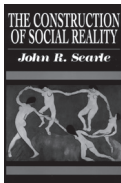
**EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA. ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS DE LA FEMINIDAD**  
 Autora: Emilce Dio Bleichmar  
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166  
 Compra: www.libreriangeles.com.mx



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



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



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



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



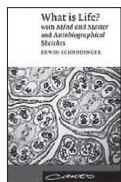
**LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS**  
 Tome II. Mélanie Klein  
 Autora: Julia Kristeva  
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.  
 ISBN : 2213605939  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387  
 Compra: www.amazon.com



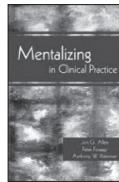
**EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS**  
 Tomo II. Mélanie Klein  
 Autora: Julia Kristeva  
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.  
 ISBN : 950-12-3809-1  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387  
 Compra: www.amazon.com



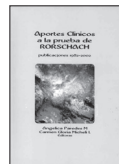
**THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE**  
 Autor: Daniel Siegel  
 Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391  
 Compra: www.amazon.com



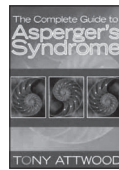
**WHAT IS LIFE?**  
 Autor: Erwin Schrödinger  
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396  
 Compra: www.mediterraneo.cl



**MENTALIZING IN CLINICAL PRACTICE**  
 Autores: Jon Allen, Peter Fonagy, Anthony Bateman  
 Editorial: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1ª edition, 2008, 433 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 3: 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



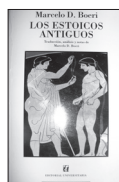
**WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING**  
 Autor: Enrique Jadresic  
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23  
 Compra: www.amazon.com



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



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



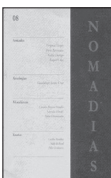
**LOS ESTOICOS ANTIGUOS**  
 Autor: Marcelo T. Boeri  
 Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2003  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 29-30  
 Compra: www.universitaria.cl



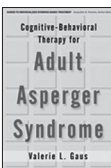
**LA NATURALEZA DE LA CONCIENCIA. CEREBRO, MENTE Y LENGUAJE**  
 Autores: Maxwell Bennett, Daniel Dennett, Peter Hacker y John Searle  
 Editorial: Paidós, 2008, 269 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 164-166  
 Compra: www.tematika.com



**EL 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



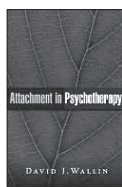
**ENCUENTRO CON LA PSICOTERAPIA. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA RELACIÓN Y EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PARADOJA DE LA VIDA**  
 Autor: Jean-Marie Delacroix  
 Editorial: Cuatro Vientos  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 177-179  
 Compra: www.cuatrovientos.cl



**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



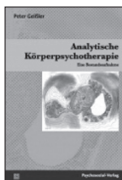
**BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE**  
 Autor: Enrique Jadresic  
 Uqbar Editores, Santiago, 2009  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 303  
 Compra: librerías



**NUESTRO LADO OSCURO. UNA HISTORIA DE LOS PERVERSOS**  
 Autora: 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



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



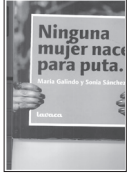
**ESTRUCTURAS PSICÓTICAS, LIMÍTROFES Y NEURÓTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL TEST DE RORSCHACH**

Autores: Juan Dittborn Santa Cruz, Soledad Rencoret Mujica, M. Elisa Salah Cabiati  
Editorial: Mediterráneo, 2010, 141 páginas  
Comentario: Rev GPU 2010; 6; 3: 258-259



**CREATIVIDAD, GENIO Y PSIQUIATRÍA**

Autor: Andrés Heerlein  
Editorial: Mediterráneo, Santiago de Chile, 2010  
Comentario: Rev GPU 2010; 6; 4: 392-394



**NINGUNA MUJER NACE PARA PUTA**

Autoras: María Galindo, Sonia Sánchez  
Editorial: Ediciones Lavaca, 2007, Buenos Aires, Argentina  
Comentario: Rev GPU 2010; 6; 3: 260-262



**LOS PRETEXTOS DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA**

Autor: Hernán Villarino H.  
Editorial: Gráfica LOM, Santiago, 2010, 288 pp.  
Comentario: Rev GPU 2011; 7; 1: 16-20



**ANOREXIA, BULIMIA, OBESIDAD: EXPERIENCIA Y REFLEXIÓN CON PACIENTES Y FAMILIAS**

Autora: Patricia Cordella  
Editorial: Ediciones UC, Santiago de Chile, 2010, 260 pp.  
Comentario: Rev GPU 2010; 6; 4: 390-391



**EMBUDOS MÁGICOS. DE METÁFORAS Y TERAPIAS: LA ESTRATEGIA METAFÓRICA**

Autor: Carlos Almonte Vyhmeister  
Editorial: RIL editores, 2010, 106 pp.  
Comentario: Rev GPU 2011; 7; 1: 21-22

DEBATE

# LA REGRESIÓN A VIDAS PASADAS (UN POSIBLE EJEMPLO DEL “EFECTO DODO”)

(Rev GPU 2011; 7; 1: 30-32)

Sergio Peña y Lillo<sup>1</sup>

**En la gaceta de marzo del año pasado, el Dr. Cesar Ojeda expuso una reflexión sobre la paradoja actual de los métodos psicoterapéuticos que –a pesar de estar basados en supuestos mecanismos correctivos diferentes, contradictorios y aun excluyentes– en la práctica resultarían igualmente eficaces. Este fenómeno conocido como “Efecto Dodo” o “de la equivalencia”, podría obedecer –señala Ojeda– a la credibilidad compartida en la “alianza terapéutica” entre el paciente y quien emplea el método. Este factor Dodo –posiblemente más notorio en el marco psicoterapéutico– es propio de la medicina, donde la mejoría del enfermo no avala necesariamente el supuesto mecanismo terapéutico del procedimiento que se ha utilizado. Esto es particularmente válido en psiquiatría, dada la complejidad de sus dinámicos y, sobre todo, debido a que –en definitiva– ignoramos la real causalidad intrapsíquica.**

**H**e escogido como ejemplo de este fenómeno el caso de las llamadas “regresiones a vidas pasadas”, dado el creciente interés que han adquirido desde fines del siglo pasado. Estas desconcertantes técnicas terapéuticas sostienen que muchos trastornos neuróticos y aun orgánicos, que han sido rebeldes a las terapias tradicionales, tendrían su origen en acontecimientos dolorosos, frustradores o traumáticos, ocurridos en “vidas anteriores” y que mejorarían al “revivir” estas situaciones en estado de trance hipnótico.

Estos métodos están directamente vinculados con las creencias milenarias de Oriente –compartidas en nuestra cultura por los gnósticos y teósofos del “ilu-

minismo cristiano”– de que existiría una “continuidad kármica” (de causa-efecto), entre las múltiples “encarnaciones” que habríamos tenido antes de nuestra vida actual. No obstante, se diferencian en el hecho de que no ponen el acento –como ocurre en las tradiciones religiosas de la reencarnación– en un progresivo perfeccionamiento espiritual, sino en una especie de “terapéutica kármica”, que –al revivir y resolver conflictos no superados en estas existencias anteriores– mejorarían muchos trastornos de nuestra patología actual. El propósito de este artículo no es efectuar una discusión sobre la existencia de las reencarnaciones, lo que pertenece a la escatología metafísica, sino el de formular una

<sup>1</sup> Profesor (J) de Psiquiatría de la U. de Chile.

posible hipótesis alternativa, estrictamente psiquiátrica del eventual mecanismo correctivo que explicaría sus indiscutibles éxitos terapéuticos.

Es efectivo que estas técnicas de “regresión a vidas pasadas” han sido estimadas en los ambientes académicos con un escepticismo radical, calificándolas de meras fabulaciones históricas o simples “fantasías hipnoides” inducidas por el propio terapeuta. No obstante, es imposible negar sus evidentes mejorías clínicas, al menos en el campo de la neurosis y de los trastornos psicósomáticos. Pienso que, por este motivo, la psiquiatría tiene la obligación de estudiar estos procedimientos con el objeto de precisar, hasta donde sea posible, su real mecanismo curativo.

Ahora, cuando hablo de los logros de estas “regresiones”, no me refiero, por supuesto, a la banalidad de los “best seller” que se han escrito sobre el tema, sino a los éxitos informados por investigadores de prestigio, como es el caso de los doctores Morris Netherton y Edith Fiore (2) o del Dr. Joe Keeton en Inglaterra, para citar sólo a los “terapeutas de la vida anterior” más famosos en la actualidad. Creo también que se debe incluir al Dr. Raymond Moody (3) y al Dr. Whitton de la Universidad de Toronto (4), que fue el primero en explorar –en estados de “regresión hipnótica– los relatos de pacientes que hablaban de sus extrañas experiencias vividas en ese periodo intermedio, que el budismo tibetano denominó “el Bardo” y que –según la Metempsicosis– transcurriría entre una y otra reencarnación y que fue objeto de una publicación anterior (5)

Tengo plena conciencia de que la Hipótesis alternativa que voy a proponer –como ejemplo del “efecto Dodo”– puede ser más convincente y realista, pero no por ello más verdadera. Para favorecer su comprensión la expondré de la manera más simple y esquemática:

1. El método mismo de la “regresiones” es, en el fondo, muy similar al psicoanálisis, pero en una modalidad “hipnótica-kármica”, ya que no busca el origen de los síntomas en los clásicos psicotraumatismos infantiles del paciente analizados en vigilia sino que en una supuesta génesis pre-biográfica y transpersonal.
2. Al margen de lo insólito de la idea de una patología previa a la gestación, la propia técnica deja sin explicar aspectos difíciles de comprender, como por ejemplo: de qué manera puede efectuarse esta “herencia transvital” de los conflictos, lo que supondría una inverosímil “genética extraparental”. Tampoco es fácil explicarse la necesaria encarnación simultánea de las mismas “almas” para poder efectuar esa mutua reparación que denominan

“saldar las deudas kármicas”; y que, según algunos autores, sería lo más eficaz del método.

3. Ahora, la versión alternativa proviene del papel “curativo” de los “ensueños oníricos” que –aunque no se recuerden–, tienen una evidente función en el equilibrio psíquico, como lo demuestran los experimentos en que a un sujeto –que duerme el tiempo necesario– si se le impide soñar, despertándolo cada vez que comienza un periodo REM; a los pocos días aparecen graves trastornos psíquicos, que obligan a interrumpir el experimento.
4. Todo parecería indicar que el soñar sería algo así como la “terapéutica natural” de la mente para liberarnos de tensiones y problemáticas excesivas acumuladas en la vida diaria. En lo que se refiere al mayor efecto terapéutico de los sueños que se recuerdan y son susceptibles de interpretar –que es la hipótesis alternativa que propongo–, éste podría ser que el soñador tiene la posibilidad de “descargar” sus emociones negativas en sujetos desconocidos o situaciones aparentemente neutras, proyectando de este modo sus temores, agresiones o deseos reprimidos en el simbolismo de la trama onírica. Así, por ejemplo, un sujeto sueña que ataca (o es atacado) por alguien que no conoce o experimenta un intenso placer al contemplar cómo nace una flor y puede descubrir posteriormente –en el análisis del sueño con el terapeuta– que el desconocido era su padre o su jefe y el placer de la flor, la satisfacción de un deseo erótico prohibido o incestuoso. De ese modo puede resolver su “tensión inconsciente” sin experimentar culpa ni menoscabo de su imagen personal. Pero no siempre el “disfraz simbólico” logra evitar el temor o la angustia, como ocurre en la pesadilla. Sin embargo, esta especie de “vómito mental” también logra alguna liberación de agresividades y tensiones reprimidas.

Esta es la impresión que tengo de lo que podría ser una posible alternativa del mecanismo curativo que se atribuye a las “regresiones hipnóticas”: el descargar las emociones negativas en una supuesta vida que es, al mismo tiempo, personal y ajena, actuando con una identidad ambigua que se imagina haber sido, pero que experiencialmente no es uno mismo, con lo que se atenúa aún más la responsabilidad y la culpa, lográndose una mejor integración con el ambiente en que se vive en la actualidad.

Por otra parte, la “imagería escenográfica de otras encarnaciones” ya está en la expectación previa a la sesión, al igual que se sostiene la continuidad de los acontecimientos con las propias preguntas del terapeuta: “en

qué vida está; en qué época; qué edad tiene; cuál es su sexo; cómo se llama; etc. Del mismo modo al término o en el curso de la sesión, el terapeuta facilita la "personificación deseada" con las clásicas preguntas de la interpretación de los sueños; por ejemplo: "a quién le recuerda; qué le evoca de su situación actual; a quién se parece"; etc. En definitiva, pienso que el mecanismo terapéutico de la "regresiones" puede perfectamente ser explicado sin necesidad de recurrir a una actualización de reales vidas anteriores, precisamente, a través del "mecanismo onírico" de proyectar lo odiado o lo temido en seres desconocidos y en actuaciones que efectúa un "yo" indefinido y que teme o no le es posible realizar en su vida normal. Algunos piensan que sería una prueba de haber recordado una existencia anterior, la unidad y coherencia de lo supuestamente vivido, olvidando que ya Desoille, con su método de "sueño sugerido", en simple relajación subhipnótica, hacía que sus pacientes fueran "actores" de cuentos de hadas; lucharan con monstruos y efectuaran hazañas heroicas con sólo mantener un diálogo que se lo sugiriera permanentemente al enfermo tal como ocurre en las técnicas supuestamente regresivas.

El mecanismo natural, por así decirlo, de la superación de los conflictos normales y síntomas psico-traumáticos parecería ser la proyección simbólica de lo supuestamente negativo, tanto en los sueños como en la hipnosis o en la realidad cotidiana. La mente está siempre proyectándose en los acontecimientos que percibe o imagina. Ya los griegos conocían este poder "catártico" de liberación de emociones, de sus ritos dionisiacos, como también en la representación teatral de sus tragedias, en virtud de la "identificación" con los actores y con el acontecer de la trama escénica, lo que, además, explicaría la fascinación que les inspiraba el acontecer simbólico de sus leyendas y sus mitos.

## REFERENCIAS

1. Ojeda C. La psicoterapia: ¿unidad o multiplicidad? GPU 2010; 6; 1
2. Fiore E. You have been here before cornurd. Ed. New York, 1998
3. Moody R. Regresiones. Ed. Edaf S.A., Madrid, 1990
4. Peña y Lillo S. Las experiencias del Túnel y del Bardo. Ed. Grijalbo, Santiago, 2007
5. Whitton J, Fisher J. La vida entre las vidas, Ed. Planeta, Bs. As., 1990



## ENTREVISTA A DARLENE EHRENBURG<sup>1</sup>

(Rev GPU 2011; 7; 1: 33-39)



DARLENE EHRENBURG

**En mayo del 2008 un pequeño grupo de psicólogos y psiquiatras vinculados al postítulo de psicoterapia de adultos de la Pontificia Universidad Católica, fuimos invitados a pasar unos días con los Drs. Jeremy Safran y Christopher Muran en la Universidad de Nueva York y en el Beth Israel Hospital para experimentar algo de su trabajo clínico. En ese contexto, aprovechando nuestra estadía, y habiendo estudiado el, para nosotros, fundamental libro “The Intimate Edge” y luego de experimentar su buena disposición y apertura en un breve diálogo sostenido con la Dra. Ehrenberg en Reñaca (2007), los autores decidimos entrevistarla. Lo que sigue es la transcripción de dicha entrevista.**

**Edgardo Thumala:** *Cuéntanos cómo comenzaste a pensar en lo relacional?*

**Darlene Ehrenberg:** Cuando estaba estudiando Psicoanálisis empecé a sentir que las teorías del momento no se hacían cargo de la interacción entre el paciente y el analista. Y eso me pareció muy interesante. Así, el primer artículo sobre “The Intimate Edge” fue en 1972. Ese fue el primer artículo que escribí.

Yo todavía era un candidato cuando escribí ese artículo. Se publicó en el '74, pero yo estaba todavía en entrenamiento analítico cuando lo escribí...entonces, en ese momento, esto era realmente..., realmente no sabía qué iba a pasar, porque me preocupaba el recibir muchas reacciones negativas, en todo caso, resultó que efectivamente recibí muchas reacciones positivas... yo estaba sorprendida. Y luego, bueno, he estado

<sup>1</sup> Publicada originalmente en la Revista Chilena de Psicoanálisis. Reproducida con autorización.

escribiendo sobre esto desde entonces. Han habido muchos artículos desde entonces, y luego el libro en el '92, pero ha habido muchos artículos en el camino. Si ustedes miran en el libro pueden ver las fechas. Bueno, esto se convirtió, empezó a..., tú sabes, muchas personas empezaron a observar... Lo que hice primero y...

**ET:** *Entonces, ¿qué pasa ahora? ¿Cuáles son tus preocupaciones, intereses actuales?*

**DE:** Bueno, estoy trabajando en otro libro, que espero esté listo este verano. Bueno, yo simplemente estoy llevando más lejos el primer libro, Más casos, más discusión, el libro se extiende en lo que empecé, no es que sea nada nuevo ni diferente, ¿se entiende a lo que me refiero? Simplemente quiero profundizar..., creo que el libro explica un poco más para las personas que no entienden bien, quizás, no sé... Además, bueno, me siento menos... Creo que fui muy cautelosa en el primer libro, porque era tan radical. Ahora no me siento tan preocupada por las cosas que me preocupaban entonces. Yo voy a incluir temas nuevos y espero expandir lo que presenté en el primer libro.

Me siento más..., en ese momento era muy radical lo que escribí. Ahora me siento mucho más, no sé, me siento como..., tú sabes, hay..., ahora hay muchas personas interesadas y me siento mucho más segura, me siento más segura ahora que cuando recién empecé... Yo era muy joven... En esa época, había un grupo de personas en White (William Alanson White Institute), y en NYU (New York University), que eran... un grupo de personas que estaba cuestionando los modos de trabajar y pensar tradicionales.

**ET:** *Ok, ¿y ellos podrían ser...?*

**DE:** Los analistas existenciales, y en White estaban Sullivan y Clara Thompson. Pero yo también fui influenciada por Winnicott y los analistas ingleses. Yo tenía mis intereses... Fui influenciada de manera importante por los analistas existenciales. Y sobre eso no se estaba hablando en los lugares de análisis, yo era...

**ET:** *Analistas existenciales... ¿te referes a Binswanger, por ejemplo?*

**DE:** Sí, todos ellos, yo estaba leyendo a todas esas personas. Y de hecho, todo eso tuvo mucha influencia en mí... Medard Boss<sup>2</sup>, Binswanger, gente de aquí como

Rollo May y Leslie Farber<sup>3</sup>, hay varios analistas existenciales en los cuales yo estaba muy interesada. Creo que eso fue importante... Yo llegué a todo eso cuando estaba en la Universidad, todo eso no fue cuando estaba en el Posgrado. Yo los estaba leyendo muy joven, era algo muy interesante para mí.

**Bárbara Ortúzar:** *Estabas buscando algo...*

**DE:** Hm, claro, leyendo un amplio rango. Y luego, cuando hice el Posgrado fui a Yale, que era muy clásica. Y en ese momento yo estaba leyendo a Winnicott, que era considerado...

**BO:** *¡Revolución!... Eso no era psicoanálisis.*

**DE:** Claro, no era psicoanálisis. Entonces yo ya estaba leyendo todas esas cosas que no se suponía debiese leer. E incluso esas cosas... Martin Buber, Harry Guntrip, de cierta manera, no estoy segura cómo, llegué a toda esa gente, yo estaba leyendo muchas cosas fuera de lo que se me enseñaba en clases.

**ET:** *Bueno, supongo que eso tenía alguna relación con Laing...*

**DE:** Sí, me gustaba (riendo). Entonces yo estaba leyendo todo esto...

**ET:** *Me parece que en tu trabajo hay un énfasis en la experiencia emocional.*

**DE:** Sí, absolutamente.

**ET:** *En ese tiempo la experiencia emocional correctiva de Alexander fue muy criticada.*

**DE:** Sí, porque él era muy... Parte de la crítica a Alexander se refiere a que era muy manipulador, muy calculador. Lo que él creía, era que sabía lo que era lo mejor para el paciente. Y eso no es lo que yo hago, yo estoy más interesada en simplemente abrir la experiencia, por ende es algo diferente. Pero ciertamente él fue... importante en cierta medida... Bueno, yo diría que el primero fue Ferenczi. Mucho antes... De alguna manera se salía del estándar... Yo diría que Laing y Ferenczi muy temprano fueron mucho más, yo diría...

**BO:** *Claro, más interpersonales.*

**DE:** Eso.

**ET:** *¿Y Fromm también?*

**DE:** Y Fromm. Tomé un seminario con Fromm.

<sup>2</sup> Analista suizo (1903-1990). Analizado por Freud. Estuvo por un tiempo asociado con Jung, pero fue su amistad con Heidegger la que marcó su pensamiento.

<sup>3</sup> Psicóloga norteamericana autora de "The ways of the Will". Muere en 1981.

**ET:** *¿Cómo era él?*

**DE:** Hm, era divertido. Pero era... Fromm era muy, hm, como didáctico. Algo así, como..., él tenía ideas acerca de cómo se suponía tú tenías que ser... y yo pienso que eso era un problema. Y creo que muchas otras personas tenían ese problema. Era como: tienes que ser de ésta o de esta otra manera. Y luego, al comienzo yo estaba muy... Buber habla sobre "yo y tu" y sobre el "diálogo entre", y en mi primer artículo, del '74, cité a Buber, de hecho, fue esencial en mi pensamiento. Pero luego, en el libro, lo dejé fuera. Y la razón para hacer eso fue que la idea de que tú tienes que estar presente no da cabida al hecho de que uno no siempre tiene esa opción. Hay maneras en las que nosotros estamos inconscientemente involucrados en formas... a veces no somos capaces de estar presentes y no sabes por qué. Pero me parece que la idea, de decirle a alguien que tiene que estar presente no permite, cuando no te sientes presente, explorar eso.

Bueno, esto se relaciona mucho con la idea de la "analizabilidad"... y la idea de que algunas personas no son analizables, lo que de hecho está más relacionado con que la técnica que estaban usando no estaba funcionando, y decían que la culpa era del paciente, en vez de... Lo que tú tienes que hacer es cambiar la técnica para ser capaz de ayudar al paciente. Así que..., yo encajo muy bien dentro de ese espíritu de... yo no creo que el límite sea el paciente. Pienso que el límite es nuestra teoría y nosotros mismos. Y cómo aprendemos, cómo desarrollarnos y trabajar mejor es... Tenemos que estar constantemente refinando nuestro pensamiento y ser más... Nosotros aprendemos de nuestros pacientes, qué funciona y qué no funciona, y aprendemos a ser útiles.

**ET:** *En esa línea, ¿qué piensas tú sobre el diagnóstico y la biografía del paciente?*

**DE:** Bueno, estoy interesada en la historia, pero yo no... No me empeñaría en diagnosticar, porque pienso que el diagnóstico... de cierta manera pierde las cosas únicas de cada persona. Así, cuando estás trabajando con alguien, creo que es muy importante entenderlos a ellos y no preocuparse de una categoría...

**ET:** *¿Y qué piensas tú acerca de hacia dónde ir con tus pacientes, cuál sería tu concepto de salud mental?*

**DE:** Bueno, es una pregunta interesante, porque una de las cosas que yo digo, es que si cualquier analista piensa que sabe hacia donde tú tienes que ir, debes correr, arrancar lejos (riendo). Yo no pienso que eso sea una buena idea. Yo estoy interesada en ayudar a la gente a entender por qué no pueden darse cuenta de qué es

lo que quieren y cómo hacerlo. Yo no les quiero decir hacia dónde debiesen ir.

**ET:** *Ok. O sea, en cierta manera tú estás diciendo que ofrecen, digamos, libertad.*

**DE:** Ok. Sí, libertad psíquica, absolutamente. Ok, mayores grados de libertad psíquica. No..., tú sabes, esto es siempre algo complejo. Pero sí, agencia, elección, libertad. Vitalidad para atreverse.

**BO:** *¿Fantasía?*

**DE:** Sí. De hecho, un paciente me habló sobre eso, él sintió "el techo despegándose de su imaginación" Y pienso que eso fue muy, para mí fue muy conmovedor, porque es algo sobre tener la libertad para tener...

**BO:** *Otras posibilidades.*

**DE:** Otras posibilidades en tu..., en tu libertad interna. Hay muchas personas que no tienen libertad interna, hay preocupación por la libertad externa y ni siquiera tienen libertad interna. Yo creo que esto es algo muy importante, absolutamente.

**BO:** *A propósito de libertad y de cambio. Nosotros hemos estado discutiendo la idea de si es posible conservar el antiguo paradigma acerca del psicoanálisis, o si es necesario cambiarlo. Y quizás este planteamiento sea algo distinto, ya no es el antiguo paradigma psicoanalítico.*

**DE:** No, no es el viejo paradigma. Heward Wilkinson en una revisión de mi libro en el 2003 (Wilkinson, H. 2003), Review Article: Impossible meeting: Too strange to each other for misunderstanding, Darlene Bregman Ehrenberg's *The Intimate Edge*. *Internat. J. Psychother.* 8: 65-75) escribió que él ve mi trabajo como contemplando "un concepto de proceso de la interacción psicoanalítica, que es único en los escritos psicoanalíticos" y que no está "subordinado a un sistema de interpretación". Yo estoy de acuerdo con su mirada de que las implicaciones radicales de esta posición a menudo no han sido totalmente reconocidas. Y yo agregaría que esto es verdad para aquellos que parecen simpatizar y encontrar útil esto para su práctica clínica.

**BO:** *¿Qué piensas de la transferencia y contratransferencia?*

**DE:** En mi mirada es crucial para apreciar el poder de lo que está ocurriendo inconscientemente entre paciente y analista y el hecho de que seamos vulnerables a *enactments* y colusiones inconscientes en la relación analítica, tanto como nuestros pacientes lo son. Esto se mantiene verdadero sin importar cuán "bien analizados" podamos pensar que estamos. Esta es la condición

del trabajo analítico y no es algo que podamos suponer que trascendemos, ya sea que estemos en silencio o hablemos, ya sea que nos reanalicemos o no.

La comprensión del poder de la comunicación inconsciente, la comunicación afectiva y el enactment, así como de la bidireccionalidad de la influencia inconsciente, en la relación analítica, ayuda a dejar claro que la idea de que estando silenciosos nosotros permitimos el desarrollo de una transferencia más “pura”, es simplemente insostenible. Más bien, debemos reconocer que permanecer en silencio influencia la transferencia tanto como cualquier otro modo de responder lo hará. De hecho, en ciertos momentos, estar silenciosos puede ser parte integrante de nuestra participación en un enactment sadomasoquista. Winnicott ha planteado a este respecto, que el silencio puede a veces provocar un suicidio. Similarmente la interpretación del analista y la “libre asociación” del paciente, pueden ser mucho más interactivamente influenciadas de lo que ninguno de los dos puede captar conscientemente. Interpretar o “asociar libremente” pueden ser formas de retirarse, distanciarse emocionalmente y/o generar distancia. A la inversa, interpretar o “asociar libremente” pueden ser formas de meterse y penetrar al otro con todos los significados simbólicos que pueda tener para ambos, paciente y analista. Sin importar cómo estemos involucrados, incluyendo que estemos involucrados en lo que podamos pensar como algún tipo de “reverie” analítico, o en algún intento de enfrentar la interacción o cuando nos metemos en una cuidadosa y bien pensada forma de autodevelación, podemos estar inconscientemente involucrados en formas sutiles de enactment y colusión en otro nivel. Incluso nuestros esfuerzos para monitorear nuestros enactments y colusiones inconscientes pueden incluir enactment y colusión en otro nivel.

ET: ¿Y entonces qué?

DE: Estos enactments, en los cuales a menudo llegamos a ser jugadores activos, a pesar de cualquier esfuerzo que podamos tratar de hacer para no caer en ellos, se convierten entonces en datos analíticos vitales y permiten también su elaboración en el momento interactivo inmediato. Deconstruir las sutilezas interactivas involucradas, y hacer lo que es implícito explícito, no sólo expande el diálogo analítico de maneras profundas, sino que permite una nueva experiencia que no habría sido imaginable anteriormente.

Un punto de diferencia es que la función de la transferencia pasa a ser tan importante como su contenido. Si el paciente no está viendo al terapeuta como lo que él o ella es, la negación o renegación involucradas

en la dinámica de no estar siendo capaz de ver precisamente, y de lo no visto, son tan importantes de entender como lo visto. Si el paciente está imaginando algo que posiblemente está tan fuera de la realidad que parece ser psicótico, los asuntos con la realidad tendrán que ser tomados en cuenta. Sería peligroso permitir que una transferencia de ese tipo se fuera de las manos. Por otro lado, como siempre estamos involucrados de alguna forma, no podemos asumir que nuestro sentido de la realidad sea necesariamente más correcto. Pero podemos comenzar a mirar juntos las discrepancias en la experiencia entre analista y paciente, y tratar de entender dónde nos estamos perdiendo el uno al otro y por qué. Por su puesto que puede haber una *folie a deux* también, donde analista y paciente necesitan creer la misma cosa, incluso aunque no sea cierta. Esta forma de pensar y trabajar nos obliga a cuestionar todo lo que ocurre, de manera que se respete el poder de lo que ocurre en la interacción e inconscientemente, de momento a momento. Más que “fomentar” el desarrollo de la transferencia, más frecuentemente se trata de cómo tratar de entender hacia dónde va y por qué, y cómo ésta se relaciona con la realidad del momento.

BO: ¿Y en el caso de los pacientes más enfermos o psicóticos?

DE: Con pacientes más psicóticos o más enfermos, permitir que la transferencia se despliegue puede ser peligroso, el paciente se va a perturbar más y más. Ser capaz de prevenir desarrollos tóxicos puede ser esencial para hacer posible trabajar segura y productivamente con este tipo de pacientes, que en el pasado eran considerados “inalizables”. Hay algo relativo a cómo tú ayudas a mantener a esta persona en la realidad, en vez de dejarlos, hm, irse a menudo hacia la... fantasía. Ayudando al paciente a ver dónde se desconecta puede ser el corazón del trabajo, el trabajo es mucho ese proceso, por ejemplo, donde alguien puede volverse loco si tú simplemente no dices nada, y ayudarlo a que no ocurra aquello, eso puede ser algo muy poderoso. Cuando se comienza a ver cómo y cuándo él se está metiendo en una fantasía o distorsión de la realidad, puede ser un *insight* liberador. Una paciente me reportó darse cuenta que donde ella antes pensó que yo la estaba controlando, ella era ahora capaz de darse cuenta que era la que trataba de complacerme, sin importar el costo para sí misma. Y que ella no estaba esclavizada por mí, sino esclavizada a su propia necesidad de ser aprobada. Una vez que ella vio esto, hizo las conexiones con la relación con su madre. Ella hizo las conexiones importantes

aquí. No yo. Y ella me reportó su impresión al darse cuenta cómo esto había sido un tema en su vida hasta ese momento. El darse cuenta de cómo ella estaba repitiendo conmigo, le dio la oportunidad de ver su relación pasada, a través de un nuevo lente y con nuevos grados de libertad. Esto también favoreció el proceso de duelo.

**BO:** *Una de tus intervenciones más importantes a través de las viñetas clínicas en el "Borde Íntimo", es la de las autodevelaciones de los aspectos contratransferenciales, especialmente aquellos que involucran rasgos difíciles del paciente. ¿Cuál es tu opinión acerca de la autodevelación en terapias menos intensivas que el Psicoanálisis, por ejemplo, en terapias de orientación psicoanalítica de una vez por semana?*

En el ejemplo al que me referí recién, el ser capaz de ayudarla a ver cómo me estaba afectando fue muy importante. Yo estoy hablando de mi paciente Laura y los ejemplos en el libro dan más detalles, el punto importante fue que cuando yo lo develé, fue para ayudar a deconstruir cuáles fueron las contribuciones de cada una y cómo ella pudo ver que ella era la que estaba sometiéndose a mí por su propia opción, no porque yo la estaba forzando, entonces ella comenzó a sentirse menos paranoide, mucho más empoderada y capaz de mirar cómo y por qué ella había hecho las opciones que había estado haciendo. Fue muy excitante no sólo para ella, sino también para mí –verla aquí comenzar a sentir tanta liberación y contento– incluso cómo eso llevó a un proceso de duelo, acerca de cómo ella había llegado a comportarse de esta forma –especialmente a aspectos dolorosos en la relación con su madre. Pienso que lo importante con la auto develación es que sea sensiblemente usada y siempre tomando en cuenta si facilitará o no el trabajo analítico. No develamos por develar. Develamos cuando esto ayuda a hacer avanzar el trabajo analítico.

**BO:** *Pasando a otro tema ¿Que piensas del trabajo con la interacción paciente-terapeuta?*

**DE:** Sí, creo que la mayoría de los analistas clásicos no consideran la interacción y no trabajan en la interacción, ¿cierto? Ellos están ahí, están haciendo interpretaciones, ¿cierto? Y ésa es su principal herramienta, ¿cierto? Y..., yo generalmente no hago interpretaciones, estoy más interesada en el proceso.

**ET:** *¿Ok? ¿Así que no piensas que las interpretaciones... ayuden mucho?*

**DE:** No...pienso que las interpretaciones establecen que el paciente es dependiente de ti, siendo tú el sabio

y todo-conocedor Otro. Yo no soy necesariamente el sabio y todo-conocedor Otro, yo los puedo ayudar en el proceso, pero pienso que es una suposición pensar que sabes mejor acerca de su experiencia que ellos. Y si ellos así lo creen, creo que es un problema que necesita ser analizado. Que el deseo de tener a un otro sabio y todo-conocedor es realmente..., es un asunto analítico.

**ET:** *¿Qué dirías acerca de la abstinencia,?*

**DE:** Pienso que se puede sugerir. Se puede... Se ha dicho que el silencio puede causar el suicidio en algunas personas..., así que yo no veo que el silencio y la abstinencia sean necesariamente algo bueno, pienso que a veces puede ser algo muy desafortunado. Pero pienso que esto es algo distinto a decir que yo le diría a alguien qué hacer, se trata de estar presente sin entrometerse. Puedes estar muy presente sin entrometerte o imponer algo. Por lo tanto no es un problema... Pienso que el peligro es que algunas personas piensan que si vas a estar presente puedes decir o hacer cualquier cosa. Y ése es el peligro, yo no pienso que puedas hacer eso, yo pienso que hay una diferencia entre estar ahí de una manera respetuosa y para ayudar, y en entrar de una manera que es una intrusión. Tienes que... dejar el espacio de la persona para estar dentro de sí misma y al mismo tiempo estar ahí de manera que te puedan usar, lo cual es complicado. Yo no sé si lo puedo explicar, trata de explicar esto en mis artículos.

Con respecto al Anonimato. Bueno, yo no pienso que el anonimato sea verdaderamente... quiero decir, qué puedes ver mucho en la oficina de alguien.

No puedo saberlo todo, pero puedo saber mucho, ¿no? Y..., cómo se visten, cómo se ven. Qué se siente estar con ellos... Entonces esta idea de que eres una "pantalla negra" o anónimo, tú sabes, es un poco... tonta. Yo pienso que neutral es un poco más, pienso..., no pienso que debamos andar diciéndole a nadie que debiesen hacer, así que si quieren llamar a eso neutralidad. Neutralidad, pienso, es una palabra divertida. Pienso que hay algo relativo al respeto por el paciente, donde no supones que sabes qué es bueno para ellos, o que sabes lo que debiesen hacer; tratas de ayudarlos a descubrir qué es lo que quieren, y..., y si ellos no saben cómo, ayudarlos a encontrar la manera.

**ET:** *Bueno, es paternalista,. Me parece a mí que ese es un peligro y que hay un montón de analistas que toman ese rol, como si ellos supieran... Y muchos pacientes quieren esto...*

**DE:** Bueno, con eso es con lo que hay que lidiar, esa es parte de tu análisis...

ET: *Ok. Cuando uno lee tus trabajos y tu libro, me parece que estás muy involucrada emocionalmente con tus pacientes y...*

DE: Absolutamente (riendo).

ET: *Y me parece que es algo agotador, en cierta manera...*

DE: Lo es (riendo).

ET: *Pero supongo que a veces hay momentos... ¿momentos, digamos, más tranquilos?*

DE: Oh, absolutamente, sí... Y hay algunas personas que... A veces tengo pacientes que quieren un sofá, y a los cuales... no les diré tanto, y algunos de ellos..., que leen, sobre mis otros casos, van y me dicen después: por qué no habla usted conmigo. Porque a veces yo puedo ser muy silenciosa. Yo no pienso que sea, y trato de enfatizar esto, porque yo escribo sobre estos momentos dramáticos y las personas piensan que siempre es dramático y no siempre es así. A veces yo estoy muy silenciosa por mucho tiempo y yo... Pienso que cuando alguien está trabajando verdaderamente en algo interno, me mantengo fuera de su camino. Si veo a alguien luchando o si está teniendo problemas conmigo, o si quieren algo loco, tú sabes, entonces tenemos que lidiar con eso... Voy a darles un ejemplo... Estuve en un panel hace una semana..., dos semanas, y alguien estaba hablando sobre un paciente que le mintió... Y luego ella simplemente siguió adelante, sin importar lo que el paciente le dijese, siguieron adelante como si, tú sabes, creyéndolo o algo así. Pero para mí, si no sabes si el paciente te está diciendo la verdad, esa es la primera cosa que tienes que tomar en cuenta. Cuando algo como esto está pasando es muy importante hablar sobre ello con el paciente y entender lo que sea que haya ahí... Así, hay mucha gente que ni siquiera mira esto, no mira lo que está pasando en la habitación y a mí me parece que es muy importante abrir el diálogo e incluir todo, incluso lo que nosotros sentimos, ¿se entiende? Y eso no significa que tienes que decir lo que sientes, pero si sientes que algo raro está pasando, no lo puedes ignorar, tienes que encontrar la forma de decirlo, a veces esto no es tan dramático. A veces, si no me siento cómoda diciendo lo que siento, puede que simplemente diga: ¿Qué está sintiendo usted en este momento?, dígame lo que siente. Y muchas veces eso será revelador. Si estás sintiendo que algo no está bien, no significa que tengas que saber qué es, pero puedes decir: hay algo que yo no entiendo..., o ayúdeme a entender..., o: ¿qué es lo que usted está sintiendo?, yo no estoy segura de lo que yo siento. Hay algunas maneras en las que uno puede abrir esto. Y pienso que realmente no puedes ignorar esto. Para mí, si lo ignoras pierdes

la conexión. Por eso siempre hay que poner atención si hay una buena conexión y cuando se siente como si... como si algo no estuviera bien o si algo ha cambiado y tratas de... simplemente entender por qué ahora.

Uno de los casos que está publicado en el artículo sobre el *impasse*, era un día en que había truenos y relámpagos y yo miré por la ventana y la paciente con quien estaba se puso furiosa: ¡cómo me atrevía a mirar por la ventana! Entonces eso se transformó en algo grande.

BO: *Sí, la realidad.*

DE: Claro. ¿Acaso no estoy autorizada a mirar por la ventana? Fue como... (riendo). De acuerdo a ella, yo no estaba autorizada, ella me estaba pagando, se supone que sólo le tengo que poner atención a ella. Por ende, fue muy interesante.

ET: *¿Te esfuerzas por un cierto estado mental mientras trabajas con tus pacientes?*

DE: No... al principio, en el primerísimo, el artículo del '74, yo citaba a Martin Buber acerca de la importancia de estar presente, y luego, después, en el libro, no lo incluí, y ahora quiero escribir por qué... porque pienso que en el minuto que te dices a ti mismo que tienes que estar presente entonces ya estás en problemas, porque a veces estamos, y a veces no. Y es importante mirar esto, bueno, por qué ahora nos estamos sintiendo conectados o presentes y por qué ahora no. Pero no puedes decir tengo que estar, ¿sí? En el momento que dices que tienes que estar presente ya tienes un problema.

BO: *¿Piensas que hay algunos riesgos de trabajar en el "borde de la intimidad"?*

DE: Sí..., yo pienso que menos..., porque siempre estás monitoreando lo que está pasando. Es interesante..., si tú lees la discusión con Mitchell, pienso que traté de aclararlo, pero algunas personas de verdad entienden lo que Stephen Mitchell exactamente usó, lo que yo puse fueron algunas diferencias.

ET: *¿Te pones a ti misma en la relación como una persona que hace preguntas, que indaga?*

DE: Ok..., sí.

ET: *Y ese es el punto, poner tu experiencia emocional. Tu experiencia es un preguntar, no es una confesión. Ése es el punto, pienso yo.*

DE: Sí, pienso que eso es crucial, incluso en el momento en que presentas una interpretación... si yo tengo una idea —a veces voy a hacer una conexión, o voy a recordar algo que el paciente no recuerda acerca de su propia vida, lo cual pasa seguido—. Alguien está hablando

sobre alguna cosa que no tiene nada que ver ...yo lo pondría de esta manera: lo que es aparente para mí ahora, mientras usted está hablando, es ese momento en que..., ¿Qué piensa usted? ¿le parecen relacionados los episodios?... de esta manera, incluso si...el paciente dice que jamás hubiese pensado en eso, pero puede jugar con eso, pero no tiene que sentir que tienen que aceptar la interpretación, o negarla, yo sólo estoy suponiendo... esto es algo...yo estoy haciendo esa conexión y... ¿qué piensa usted? ¿Le parece relacionado? Y ellos puede jugar con la interpretación, y yo quiero que ellos puedan hacer eso.

**BO:** *¿Qué piensas de la contra-transferencia negativa? A veces uno siente negativo respecto al paciente.*

**DE:** Pienso que dependiendo de ... exactamente qué es, cómo... la usas, siempre es como..., cómo la vas a usar, ésa es la pregunta. Y qué la va a hacer útil, qué la va a hacer analítica de cierta manera... Un ejemplo que di cuando estaba en Reñaca era acerca de un hombre que quería dejar la terapia y yo quería dejarlo hacer, yo estaba pensando: qué bueno. Y le dije a él: mire, usted dijo que quería dejar la terapia y yo tengo ganas de dejarlo, por qué estamos ambos teniendo esta reacción ahora. Y luego él se puso a llorar y empezó..., se abrió tanto... Ese es un ejemplo, creo que hay muchos más...

Bueno, pienso que es mucho más honesto, y el paciente confiará en ti, porque saben que estás siendo sincero. No es como si estuviera pretendiendo que alguien me cae bien cuando en realidad no es así, yo estaré dispuesta a decir: no sé qué está pasando, pero sí..., pero esto es..., algo está pasando y nosotros dos debiésemos prestar atención. Por qué estamos sintiendo de la manera en que lo hacemos, y muchas veces es en las dos direcciones. Y luego uno puede tratar de analizar quién dijo qué, quién hizo qué, cómo llegamos aquí, y eso se torna muy interesante. Pienso que es muy diferente del analista que está tomando un rol de es-

tar... fuera y separado y sabiéndolo todo. El paciente tiene la sensación de cómo ellos me están afectando a mí y cómo yo los estoy afectando y por qué estamos haciendo lo que sea que estamos haciendo, se vuelve muy interesante. Es muy vivo. Y..., sí, es agotador, pero es estimulante. Se siente muy, como muy vivo para mí también, porque yo también aprendo. A veces yo no tengo... yo jamás me hubiese imaginado con lo que el paciente iba a salir, jamás podría haberme imaginado que... Dime algo... Yo jamás podría haber visto, simplemente jamás podría haber imaginado eso. Es muy, muy emocionante... A veces uno se siente tan cerca ... se siente muy emocionante también...

**ET:** *Entiendo a lo que te refieres... (silencio). ¿Alguna otra pregunta?*

**BO:** *Has sido muy generosa.*

**ET:** *Muchas gracias.*

## ENTREVISTADORES

Ps. BÁRBARA ORTÚZAR J. Psicóloga Clínica PUC. Psicoterapeuta y Supervisora acreditada. Miembro de la ACHPAG y de la International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy (IARPP).

Dr. EDGARDO THUMALA. Psiquiatra. Presidente Asociación Chilena de Psicoterapia Analítica de Grupo (ACHPAG). Miembro de la International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy (IARPP).

## TRADUCCIÓN DE LA ENTREVISTA

COLOMBINA SCHAEFFER O., Socióloga PUC.

## REVISIÓN

# ENACTMENTS: UNA PERSPECTIVA RELACIONAL SOBRE VÍNCULO, ACCIÓN E INCONSCIENTE. PRIMERA PARTE<sup>1</sup>

(Rev GPU 2011; 7; 1: 40-58)

André Sassenfeld<sup>2</sup>

**Este trabajo examina el concepto de *enactment* a raíz de una revisión de la literatura actual existente. Se contextualiza este concepto en primer lugar a raíz de las re-definiciones recientes de los conceptos de transferencia y contratransferencia y, además, a raíz de la re-valoración actual del lugar de la acción en la práctica clínica. A continuación se analizan y comentan diferentes definiciones de la escenificación y diferentes controversias conceptuales que rodean esta noción. Más allá, en la segunda parte, publicada de forma separada, se examinan distintas ideas en torno al reconocimiento y abordaje del *enactment* en el marco del trabajo analítico. Se concluye allí con algunas reflexiones acerca de la relación entre la escenificación y el concepto de lo implícito.**

El “vuelco relacional” (Beebe & Lachman, 2003; Safran, 2003) en el campo de las psicoterapias profundas ha traído consigo el proceso de revisar y, en varios ámbitos, de reconceptualizar antiguas maneras de entender y teorizar diversos fenómenos clínicos. Entre ellos, las concepciones tradicionales de la dinámica vincular que caracteriza la interacción psicoterapéutica han sido objeto de significativas reformulaciones. En este contexto, la emergencia de la noción de *enactment*, término traducido aún sin consenso de modo variable

como escenificación, puesta en escena o puesta en acto, ha sido central como conceptualización relacional de algunas vicisitudes de la relación entre paciente y psicoterapeuta. En este trabajo examinaré, a modo de revisión, algunos aspectos conceptuales y algunos aspectos clínicos de la noción de *enactment*. Antes de esto, a modo de contextualización dedicaré atención a algunas de las críticas que han recibido los conceptos más usados que dan cuenta de la dinámica de la relación terapéutica –transferencia y contratransferencia–

<sup>1</sup> Publicado originalmente como primera parte de “*Enactments: Una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente*” en *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1), 142-181, 2010. La re-publicación se realiza con el permiso expreso de los editores de la revista.

<sup>2</sup> Psicólogo clínico, Dpto. de Psicología, UCH. Contacto: asjorquera@gmail.com/www.sassenfeld.cl.



y a la revaloración del lugar de la acción en psicoterapia. Concluiré con algunas reflexiones sobre las dimensiones macro y micro de las puestas en escena.

### ¿ADIÓS A LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA?

Las aproximaciones relacionales al psicoanálisis han criticado desde distintos puntos de vista los supuestos epistemológicos que subyacen a la teoría y clínica analítica tradicional. Se han servido, con este propósito, de desarrollos contemporáneos de la filosofía que incluyen la fenomenología (Atwood & Stolorow, 1984; Stern, 2004; Stolorow, Atwood & Orange, 2002) y sus derivados hermenéuticos (Orange, 1995, 2009; Rodríguez, 2007; Stern, 2010), el constructivismo (Del Río, 2007; Mitchell & Aron, 1999; Safran & Muran, 2000) y otros planteamientos posmodernos. La utilización de variaciones de la teoría de sistemas también ha jugado un papel importante en esto (Beebe & Lachmann, 2002, 2003; Orange, 2009; Seligman, 2005; Stolorow, Atwood & Orange, 2002). El punto central de estas críticas tal vez pueda resumirse en lo que Stolorow y Atwood (1992) bautizaron como el “mito de la mente aislada”, haciendo referencia a la tendencia a conceptualizar la subjetividad como separada e independiente de los contextos intersubjetivos que posibilitan su emergencia y que determinan en alguna medida su forma. Clínicamente, esta crítica se ha manifestado en el rechazo cada vez más generalizado a los denominados paradigmas unipersonales y el consiguiente movimiento hacia conceptualizaciones bi-personales. El psicoanálisis relacional concibe la experiencia subjetiva y, por ende, la experiencia subjetiva de encontrarse en una relación con un otro como fenómeno esencialmente relacional.

Frente a este trasfondo general, la definición y el uso habitual de los conceptos de transferencia y contratrtransferencia –aspectos fundamentales de la concepción tradicional de la dinámica vincular de la relación terapéutica– han sido criticados por estar teñidos en términos de origen y significado por una epistemología unipersonal y objetivista. Se han destacado, en este sentido, la ligazón del concepto de transferencia con la noción del terapeuta como pantalla en blanco sobre el cual el paciente proyecta contenidos de su pasado distorsionando una realidad objetiva, y el concomitante énfasis unilateral en la subjetividad del paciente entre otros aspectos (Aron, 1996; Hoffmann, 1983; Renik, 1993; Rodríguez, 2007). Los intentos de resolver este dilema, de que los conceptos más utilizados para dar cuenta de las vicisitudes relacionales que tienen lugar entre paciente y terapeuta forman parte

de los paradigmas epistemológicos criticados, pueden clasificarse en dos grandes categorías: la reformulación radical de ambos conceptos y el reemplazo de ambos conceptos por otros más acordes a las conceptualizaciones relacionales. Respecto de la reformulación de las nociones de transferencia y contratrtransferencia, existe una cantidad creciente de literatura especializada (ver p. ej., Fosshage, 1995, 2009; Meissner, 2001; Orange, 1995; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987). En el contexto del presente trabajo no nos detendremos en describir las posturas más representativas de esta aproximación ya que esta tarea nos alejaría en exceso de nuestra temática. Sólo cabe mencionar que, en la actualidad, debido a la gran cantidad de reformulaciones conceptuales en torno a las nociones de transferencia y contratrtransferencia a menudo resulta dificultoso tener claridad sobre cómo los distintos teóricos están utilizando estos conceptos.

Respecto de las propuestas de reemplazo de los conceptos de transferencia y contratrtransferencia, sin embargo, necesitamos detenernos con mayor detalle ya que, como veremos, las interpretaciones efectivamente relacionales del concepto de *enactment* en mi opinión caben en esta categoría. En el marco del psicoanálisis relacional, para muchos teóricos las nociones de interacción recíproca e influencia mutua vienen efectivamente a desplazar los conceptos tradicionales de transferencia y contratrtransferencia de su lugar central en la práctica clínica, aun cuando este desplazamiento a menudo no es reconocido de forma explícita. Algunos teóricos han propuesto directamente abandonar el concepto de transferencia (ver Rodríguez-Sutil, 2007), mientras que otros han intentado “salvar” los conceptos de transferencia y contratrtransferencia simplemente haciendo alusión a que las experiencias a los que hacen referencia ambos conceptos siempre se manifiestan en una dinámica transferencia-contratrtransferencia unitaria e inseparable. Lachmann (2001), en un artículo con el provocativo título “Adiós a la contratrtransferencia”, escribe:

En la medida en la que nuestra comprensión de las sutilezas y los matices de las dimensiones verbalizadas y escenificadas directas e indirectas del encuentro terapéutico ha crecido, hemos ido más allá de la concepción simplista de la interacción analítica tal como ha sido conceptualizada a través de la transferencia y la contratrtransferencia. Tanto el analista como el paciente en cuanto sistema organizan la relación del tratamiento de acuerdo a dimensiones complejas, incluyendo sus transferencias sobre el otro. Así, propongo que

para el tercer milenio la teoría de los sistemas dinámicos es una manera superior de formular y entender las complejidades de la interacción analista-paciente (p. 245).

Desde otra perspectiva, Aron (1991, 1996) ha descrito con detalle las limitaciones del concepto de contratransferencia porque, entre otras cosas, desvía la atención del hecho de que el terapeuta también inicia activamente intercambios con el paciente por propia iniciativa y no sólo reacciona frente al paciente, tal como parece insinuar el “contra” de la contratransferencia. Así, para Aron, el término minimiza la realidad del impacto que el psicoterapeuta tiene sobre el paciente y omite la realidad de la continua influencia mutua entre paciente y terapeuta. Por otro lado, diversos teóricos han intentado relacionar la dinámica de transferencia y contratransferencia recurriendo al concepto kleiniano de la identificación proyectiva. No obstante, los teóricos relacionales han criticado este concepto –a pesar de los intentos recientes por interpersonalizarlo y utilizarlo como conceptualización de interacciones entre paciente y terapeuta– por motivos epistemológicos y conceptuales similares a los ya mencionados (Aron, 1996; Ivey, 2008; Mitchell, 1997; Stern, 2010; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987). Nuevamente la noción de identificación proyectiva tiende a subrayar lo que el paciente provoca en el terapeuta y no siempre toma en consideración la responsabilidad del terapeuta en cuanto a sus propias reacciones emocionales.

En este contexto, la noción de *enactment* ha surgido como constructo teórico y clínico cada vez más utilizado para salvar la brecha entre las conceptualizaciones relacionales de la relación terapéutica y las limitaciones de los conceptos de transferencia y contratransferencia, convirtiéndose cada vez más en una verdadera alternativa a estos últimos dos términos. Al menos, es necesario reconocer que la contratransferencia y el *enactment* no pueden diferenciarse con claridad y no pueden ser considerados como procesos completamente distintos (Ginot, 2009; Ivey, 2008; Levenson, 2006). En vez de transferencias y contratransferencias, tenemos entonces escenificaciones en cuya co-construcción participan tanto el paciente como el psicoterapeuta, aunque a menudo en medida dispareja, por mucho que algunos teóricos insistan en hablar de *enactments* de transferencia/contratransferencia. Más adelante discutiremos las definiciones actuales del concepto de *enactment*, pero desde ya podemos aclarar que en las propuestas conceptuales relacionales que lo abordan una puesta en escena remite de modo específico a una conceptualización clínica de los procesos de influencia

mutua inconsciente entre paciente y psicoterapeuta. En otras palabras, una puesta en escena equivale a una manifestación concreta de la interacción recíproca que da forma al intercambio terapéutico. Antes de profundizar más en estos elementos definitorios del concepto de *enactment*, subrayaré todavía en la próxima sección cómo la revaloración del lugar de la acción en la psicoterapia ha contribuido de modo significativo al surgimiento de esta noción clínica.

## LA REVALORACIÓN DEL LUGAR DE LA ACCIÓN EN PSICOTERAPIA

Durante mucho tiempo, en el campo de las psicoterapias profundas la acción estuvo relegada a un lugar desvalorizado –actuar ha equivalido para muchos al tantas veces despreciado fenómeno del *acting-out*–, lo que le atribuye invariablemente connotaciones defensivas y el propósito inconsciente de dificultar la tarea terapéutica, además de volver a subrayar de modo unilateral la subjetividad del paciente (Aron, 1996; Heisterkamp, 2008; Worm, 2007). En parte, esto se debió a la influencia de algunas teorías freudianas, de acuerdo a las cuales existía una diferencia tajante entre las palabras y las acciones. Renik (1993) ha estudiado este tema con detención:

De acuerdo con ese modelo [desarrollado por Freud], las motivaciones son conceptualizadas como impulsos que pueden tomar una de dos vías bastante separadas: la eferente, que conduce a la actividad motriz, o la aferente, que lleva a la formación de fantasías a través de la estimulación del aparato sensorial desde adentro. A partir de esta conceptualización se sigue que el pensamiento y el comportamiento motor son alternativas mutuamente excluyentes: en la medida en la que uno actúa, uno no va a pensar y viceversa. De aquí la noción de que el “acting out” de un paciente debe bloquearse de modo que sus motivaciones se vuelvan disponibles para el análisis bajo la forma de fantasías; y de aquí la noción de que un analista debiera volverse consciente de su contratransferencia *imaginando* cómo se podría comportar en la situación clínica y no *observando* cómo efectivamente se ha estado comportando. Hasta donde sé, nunca se ha producido una corroboración empírica de esta conceptualización protoneurológica temprana de Freud (p. 412, cursivas del original).

Al definir el psicoanálisis como cura por la palabra, entre lo que concibió como alternativas irreconciliables

Freud optó por la primacía de la ideación. Así, tanto la acción y el cuerpo que actúa como la inter-acción entre dos cuerpos –lo que en otra parte Geissler (2007, 2009) y yo (Sassenfeld, 2007) hemos llamado el “cuerpo relacional” o el “cuerpo interactivo”– literalmente quedaron relegadas a un lugar secundario en el proceso psicoterapéutico. Es más, tal como sostiene Greenberg (1996), Freud “intentó algo que es imposible: trató de desterrar el actuar en términos generales” (p. 201), lo que se tradujo en que durante mucho tiempo imperó una fuerte tendencia a intentar excluir la acción de un proceso que se suponía esencialmente verbal (Bass, 2003). Renik (1993) cuestiona de forma sistemática el supuesto freudiano que sostiene la dicotomía entre palabra y acción y, con ello, algunos aspectos de la teoría de la técnica que deriva de este –por ejemplo, consciencia *en vez de* acción al tratarse de las reacciones contratransferenciales. En cambio, Renik afirma que “la consciencia de un analista sobre sus respuestas emocionales en la medida en la que emergen en el análisis *necesariamente* sigue a la traducción de esas respuestas en acciones [...]” (p. 410, cursiva del original). En otras palabras, tomar consciencia de la contratransferencia es para Renik siempre un proceso retrospectivo que es precedido por la puesta en acto de la contratransferencia. A menudo, por supuesto, tales acciones contratransferenciales son muy sutiles, como en el caso de micro-actividades del terapeuta en el sentido de tensiones o actitudes corporales apenas perceptibles. Recientemente, Donnel Stern (2010) ha apoyado la concepción de Renik: “Nuestra percepción de la interacción siempre está varios pasos detrás de nuestra participación en ella” (p. 10). Esta perspectiva, que también puede aplicarse al paciente y sus transferencias, evidentemente trae consigo implicancias significativas para el lugar de la acción en psicoterapia.

Mitchell (1997) ha escrito adicionalmente sobre tres importantes razones que llevaron a Freud a descuidar y desplazar el lugar de la interacción en la situación clínica y que, de forma consciente o inconsciente, han llevado a generaciones posteriores de psicoanalistas a calificar a menudo la preocupación conceptual con lo interactivo como no-analítica –tal como ocurrió, por ejemplo, con el interés de Bowlby en las conductas y no sólo en el mundo interno de fantasías, deseos e impulsos. En primer lugar, Mitchell menciona la pretensión de Freud de darle un estatus científico al psicoanálisis. Esta tentativa implicaba cumplir con el ideal científico de la época de un observador objetivo externo, no involucrado y separado del objeto de estudio. En segundo lugar, está el intento de Freud de diferenciarse con claridad del antecedente del uso de

la hipnosis como herramienta clínica, herramienta que en parte se centra en el poder personal del terapeuta y en su capacidad de influenciar al paciente. Así, Freud buscó alejarse de la existencia de la participación del terapeuta en la relación con el paciente y del relacionado fantasma de la sugestión terapéutica. Por último, Mitchell indica la necesidad del psicoanálisis de resguardarse de las transgresiones de los límites éticos que definen el vínculo psicoterapéutico. En este sentido, la definición de la situación terapéutica en el marco de una psicología unipersonal, carente de interacción, posibilitó la conceptualización de los errores técnicos como debidos a lamentables e indeseables implicaciones personales de los terapeutas. Con ello, siguiendo a Mitchell nació el mito del “analista genérico” –de acuerdo al cual en el buen desempeño técnico, la dimensión personal del psicoanalista no entra en la relación terapéutica– y el interés por la interacción pasó a ser “herejía”. En consecuencia, las “herramientas conceptuales que la teoría psicoanalítica hasta hace poco tenía a su disposición para entender el núcleo interactivo del trabajo clínico eran lamentablemente insuficientes” (p. 22).

Sin embargo, en las últimas décadas el escenario ha cambiado radicalmente y el mismo Mitchell (1997) advierte que las razones descritas con anterioridad hoy no son más que artefactos históricos. El lugar central del cuerpo y la acción en una variedad de fenómenos humanos ha sido destacado por investigadores pertenecientes a una diversidad de campos de estudio. Las neurociencias, por ejemplo, han contribuido a transformar nuestra concepción tradicional del cuerpo y la acción. Damasio (1994, 2000) ha enfatizado el error de Descartes –dicho en palabras simples, la dicotomización entre mente y cuerpo– y ha reunido amplia evidencia que pone al descubierto el papel de los procesos corporales tanto en la constitución de la consciencia y la identidad como en la capacidad de pensar de forma adaptativa. El descubrimiento de las denominadas neuronas espejo, por otro lado, ha puesto en evidencia el rol fundamental del sistema neurobiológico motor tanto en la empatía emocional con otras personas como en la capacidad de reconocer e interpretar las intenciones de los demás (Gallese, Eagle & Migone, 2007; Sassenfeld, 2008a). Gallese (2009) ha planteado recientemente que el fundamento basal de la intersubjetividad humana es la inter-corporalidad, esto es, el hecho de que existe una conexión implícita pre-reflexiva y no consciente entre los cuerpos de las personas en general y, por ende, de paciente y terapeuta en particular. En ese nivel, tal como he propuesto y explorado en otro lugar (Sassenfeld, 2008b),

de forma incesante transcurren procesos de lo que he llamado lectura corporal implícita recíproca –esto es, procesamientos no conscientes de las expresiones no-verbales somáticas que se producen de manera simultánea por parte de todos los participantes en una interacción.

También los investigadores del apego y las interacciones tempranas han contribuido a revalorar el lugar del cuerpo. Partiendo de la base de que aproximadamente durante el primer año y medio de vida el niño aún no dispone de palabras para comunicarse, los investigadores en realidad no tienen muchas más alternativas que dedicar su atención a la dimensión no-verbal de los intercambios emocionales de regulación afectiva. Beebe y Lachmann (1994), por ejemplo, señalan que “el cuerpo es el objeto de toda nuestra discusión porque percepción, cognición, afecto y activación son todas experiencias corporales” (p. 233). El desarrollo de la metodología microanalítica de investigación a través del uso de videograbaciones de interacciones da cuenta de la necesidad de estudiar en profundidad todo lo que ocurre entre dos cuerpos expresivos. La teoría del apego ha hecho una contribución fundamental a la revaloración del lugar del cuerpo no sólo al enfatizar la dimensión no-verbal de las relaciones humanas, sino también al explicitar la ligazón directa que existe entre el cuerpo y la memoria. Recuérdese que a la evaluación del estilo de apego en el paradigma experimental de la situación extraña subyace la noción de que las conductas no-verbales del niño pequeño son un reflejo de su historia vincular anterior –de ahí que sea posible determinar un *patrón* relativamente estable de apego a una edad muy temprana. En este sentido, la acción no siempre es como consideraba Freud una evitación del proceso de recordar, sino que en todo el sentido de la expresión la acción a menudo es un recuerdo (Sassenfeld, 2007, 2010). Esta perspectiva modifica de inmediato el posible lugar de la acción en el contexto clínico.

La gran influencia que la investigación de infantes y la teoría del apego han tenido en las aproximaciones relacionales a la psicoterapia ha significado que también en el marco de la clínica de adultos haya resurgido un intenso interés en la acción y la dimensión no-verbal. Aron (1996) indica que la aparición de una variedad de conceptos nuevos es reflejo de un cambio significativo que “moviliza al psicoanálisis desde ser un tratamiento que se apoya en asociaciones e interpretaciones, palabras y entendimiento por sí solos, hacia el reconocimiento de que el proceso psicoanalítico involucra acción e interacción verbal y no-verbal” (p. 190). Aron, Renik, Mitchell y otros han destacado, en este sentido,

que es necesario considerar también las intervenciones verbales del psicoterapeuta como actos relacionales<sup>3</sup>. Entre estos conceptos nuevos se encuentra especialmente la noción del conocimiento relacional implícito introducida por el Boston Change Process Study Group (2002, 2005, 2007, 2008; tmb. Stern *et al.*, 1998) en una serie de relevantes trabajos. Se trata de un saber *hacer* cosas con otros, es decir, de un conocimiento procedural ligado a acciones no-verbales que remite a la historia relacional del individuo. Clínicamente, el dominio implícito está definido como una matriz intersubjetiva (Stern, 2004) en el seno de la cual paciente y psicoterapeuta co-construyen patrones no-verbales implícitos de interacción. Para el Boston Change Process Study Group existen incluso importantes mecanismos implícitos de cambio que transforman el conocimiento relacional implícito, ampliando con ello las posibilidades del paciente (y del terapeuta) de hacer cosas y de estar con otros (véase Sassenfeld, 2007, 2008b, 2008c). Nuevamente, estas contribuciones reformulan por completo el lugar del cuerpo y de la acción en la situación terapéutica.

Más allá de las influyentes aportaciones del grupo de Boston existen diversas contribuciones adicionales a la revalorización del lugar del cuerpo y la acción en psicoterapia. Éstas incluyen, por ejemplo, los esfuerzos de Knoblauch (1996, 2000, 2005) por ampliar la atención clínica hacia la dimensión no-verbal de la interacción, los trabajos reunidos por Aron y Anderson (1998) en torno a diferentes perspectivas relacionales sobre el cuerpo, los intentos de Pally (2001) por dar cuenta de la importancia de la dimensión no-verbal en el marco de la psicología evolucionaria, las propuestas de Beebe y sus grupos de trabajo (Beebe *et al.*, 2005; Beebe & Lachmann, 1994, 2002) en torno a la integración de diferentes hallazgos de la investigación de infantes a la psicoterapia de adultos y, por supuesto, los planteamientos neuropsicoanalíticos integradores de Schore (2003a, 2003b, 2005) acerca de la naturaleza psicobiológica del vínculo terapéutico entre muchos otros. Cabe agregar aquí en particular la psicoterapia corporal relacional o analítica, que ha utilizado varias de las contribuciones mencionadas, pero que también ha comenzado a generar aportes

<sup>3</sup> “Las palabras nunca son neutrales; son nuestro medio más importante para influenciar a otros. Las palabras piden, obligan, seducen, hieren, abrazan, acercan y alejan. Para todos nosotros, aquello que decimos y la forma en la que lo decimos son una parte sumamente relevante de nuestro repertorio de acciones” (Greenberg, 1996, p. 201).

propios a la reconceptualización teórica y práctica del lugar del cuerpo en la psicoterapia de orientación analítica relacional (Geissler, 2005, 2008, 2009; Geissler & Heisterkamp, 2007; Sassenfeld, 2007, 2008b, 2008c, 2008d). En este contexto general, desde el psicoanálisis tradicional y desde el psicoanálisis relacional ha surgido el concepto de *enactment* como forma particular de trascender las limitaciones ya discutidas de los conceptos clásicos de transferencia y contratransferencia y, al mismo tiempo, de encontrar un lugar constructivo para los cuerpos de paciente y terapeuta y las interacciones que emergen entre ambos. Tal como indica Heisterkamp (2008), la aparición del concepto de la escenificación puede entenderse como señal de que ha surgido conciencia respecto de que, junto a los principios de la interpretación y de la relación, es necesario plantear la realidad y significación del principio de la acción en el marco de la psicoterapia.

### ALGUNOS ASPECTOS CONCEPTUALES DEL ENACTMENT I: DEFINICIONES Y ALGUNAS REFLEXIONES

Se ha atribuido a Jacobs (1986), quien proviene de la tradición psicoanalítica clásica, la introducción del concepto de *enactment* en el campo del psicoanálisis contemporáneo. En consecuencia, comenzaremos esta discusión de algunos aspectos conceptuales del *enactment* por los elementos definitorios que él proporciona. En términos generales, Jacobs coloca el concepto en el marco de la comunicación inconsciente entre paciente y psicoterapeuta y hace referencia a algunas de las formas en las que paciente y terapeuta actúan uno sobre el otro verbal y no-verbalmente. Enfatiza que una gran diferencia entre el *acting-out* y el *enactment* radica en que este último término remite por lo común a actividades interpersonales relativamente sutiles y no a conductas burdas o impulsivas.

El mismo Jacobs (2001) afirma con mayor precisión:

Rara vez definido, aunque muy discutido en la literatura, el concepto de las puestas en escena abarca un amplio espectro de conductas por parte del analista y/o el paciente. Éstas van desde cambios ligeros, casi imperceptibles en la actitud, movimientos corporales, expresión facial, afecto o tono de voz hasta acciones bastante directas, abiertas y complejas. [Las escenificaciones son] los transportadores principales de comunicación inconsciente entre analista y paciente [...] (pp. 7-8)

Desde el punto de vista de Jacobs, un *enactment* implica tanto al paciente como al terapeuta y es, en este sentido, iniciado por parte de ambos requiriendo una participación inconsciente mutua. Aunque Jacobs no explicita del todo qué es específicamente una escenificación, a partir de sus planteamientos podemos concluir que un *enactment* corresponde a un entrelazamiento de ciertas acciones del paciente y ciertas acciones del psicoterapeuta, a menudo sutiles, que portan significados inconscientes y que, desde el punto de vista clínico, guardan relación con procesos de comunicación inconsciente entre ambos. Sin embargo, Jacobs sigue hablando en ocasiones de escenificaciones *contratransferenciales*, en apariencia destacando de modo unilateral el papel del terapeuta.

Algo similar ocurre con la definición que propone Teicholz (2006). Para ella, una acción puede ser llamada significativamente un *enactment* cuando “es una respuesta a presión inusual que recae sobre el analista a partir de fuentes internas o externas y que involucra un área de contenidos o una intensidad de comunicación que no es característica de ese analista en particular” (p. 264). Como puede verse, Teicholz enfatiza en gran medida las acciones del psicoterapeuta como definitorias de una puesta en escena, una idea compartida por Zanocco, De Marchi y Pozzi (2006), convirtiendo en sinónimos el *enactment* y el *enactment* contratransferencial. Cree que, dado que las motivaciones del terapeuta para desviarse de sus propias normas clínicas se encuentran fuera de la conciencia, una escenificación muchas veces corresponde a un intento de lograr metas interpersonales urgentes en formas que pudieran ser inaceptables para el terapeuta a nivel consciente. En este sentido, su definición destaca tanto el hecho de que una puesta en acto implica en cierto grado una transgresión al encuadre y a la forma habitual en la que un terapeuta se expresa como el hecho de que se trata de un fenómeno relacionado con la negociación inconsciente de intenciones, necesidades, deseos, etc., en el marco de la interacción entre paciente y terapeuta. Steiner (2006) concuerda en la importancia de entender las escenificaciones como fenómenos que implican una transgresión al encuadre terapéutico a raíz de determinadas acciones del terapeuta.

Recientemente, Ivey (2008) ha descrito que muchas definiciones actuales del *enactment* colocan un acento unilateral similar al de Teicholz y también al de Jacobs:

se dice que una escenificación ocurre cuando el paciente de manera inconsciente moviliza la predisposición subjetiva del analista a sentir y responder

de ciertas formas al comportarse de un modo que pretende suscitar una reacción emocional del analista que confirme una fantasía transferencial. [...] Nótese cómo esta definición enfatiza lo que el paciente, bajo el impulso de su transferencia, le hace al analista y cómo tales acciones movilizan respuestas contratransferenciales conceptualizadas como la expresión conductual interpersonal del mundo interno del *paciente*. Por lo tanto, aunque la responsividad emocional inconsciente del analista es crucial para la escenificación, se ve activada e impulsada por la transferencia del paciente (pp. 20-21, cursiva del original)

Ivey añade que tales definiciones se asemejan, por ende, al concepto de la identificación proyectiva en cuanto suponen que el terapeuta es inducido a actuar de cierta forma por determinadas presiones inconscientes que el paciente ejerce sobre éste. Y, en efecto, en la tradición kleiniana contemporánea el concepto de *enactment* es a menudo equiparado con los procesos implicados en la noción de identificación proyectiva<sup>4</sup> (Bonovitz, 2007, 2009; Ginot, 2009). Desde el punto de vista de tales definiciones, se trata, en definitiva, de escenificaciones efectivamente contratransferenciales, en las cuales los conflictos inconscientes personales del psicoterapeuta encuentran poca consideración porque se considera que el paciente las indujo. En otras palabras, una puesta en acto hace referencia a un evento transferencial interpersonal en el cual el paciente logra exitosamente actualizar percepciones y fantasías transferenciales (Brown & Lane, 2000). Así, la puesta en acto correspondería en alguna medida a una contrarresistencia. En este caso, sin embargo, queda abierta la pregunta por la utilidad del concepto de puesta en acto –¿no sería más oportuno mantener el concepto de contranferencia o de actuación contratransferencial o también el concepto de identificación proyectiva?

<sup>4</sup> “Para los kleinianos la escenificación comienza por el paciente y está basada en el paradigma madre-bebé, en el cual la proyección y la identificación proyectiva son unidireccionales –desde el bebé hacia la madre. El paciente intenta inducir, reclutar o solicitar al analista que haga cosas; el analista es *forzado* a hacer cosas. Aquí, el énfasis está en cómo el paciente está *actuando sobre* el analista, en el impacto de las acciones del paciente sobre el analista. [...] Tales presiones pueden llevar al analista a hacer o decir cosas que ‘calcen’ con los deseos o fantasías inconscientes del paciente” (Bonovitz, 2007, p. 414, cursivas del original).

Chused (2003), por su parte, ofrece una definición en cierto sentido intermedia entre la visión clásica y la concepción más claramente relacional. Señala que un *enactment* se produce cuando “la conducta o las palabras de un paciente estimulan un conflicto inconsciente en el analista, conduciendo a una interacción que porta un significado inconsciente para ambos” (p. 678) y agrega que lo mismo ocurre al revés. Así, subraya que una escenificación puede ser iniciada por el paciente o por el psicoterapeuta, un punto de vista compartido por Frayn (1996); no obstante, de este modo se sigue manteniendo en alguna medida una separación entre ambos participantes del encuentro terapéutico y se presupone una “repartición” dispereja de “responsabilidades” –a veces, el paciente hace actuar al terapeuta y a veces el terapeuta hace actuar al paciente. Los teóricos relacionales, más bien, han hecho hincapié en la inevitable co-construcción de las experiencias de paciente y terapeuta en el intercambio clínico y, en esa misma medida, en la responsabilidad compartida respecto de los fenómenos que emergen en el vínculo terapéutico. Así, la concepción relacional del *enactment* afirma que las acciones del psicoterapeuta no son simplemente una respuesta a las acciones del paciente ni viceversa; más bien, ambos son participantes igualitarios con roles más mutuos que complementarios y que “dan forma activamente a la puesta en escena de acuerdo a sus conflictos y fantasías inconscientes de modo continuado” (Ivey, 2008, p. 21) y, en consecuencia, es imposible determinar con claridad quién “inició” la puesta en acto.

Un *enactment* es, en este sentido, siempre un *enactment* mutuo (Stern, 2008, 2010), resultado de una participación conjunta (Bass, 2003) y de una combinación variable de las psicologías de paciente y terapeuta (Bonovitz, 2007). Una puesta en escena corresponde, por ende, a una forma particular de interacción, co-construida por paciente y terapeuta, que implica contribuciones inconscientes de ambos. McLaughlin (1991), junto a Jacobs el introductor principal del concepto de *enactment* en el discurso analítico, fue probablemente el primer teórico en sostener que la escenificación implica participación e influencia mutua entre paciente y psicoterapeuta. Enfatizó, más allá, que la mayoría de las conductas de paciente y terapeuta pueden estar implicadas en la dimensión de las puestas en escena (ver discusión en la próxima sección) y que también las palabras en cuanto acciones verbales pueden formar parte de una escenificación. Su definición del concepto afirma que se trata de interacciones regresivas en la relación terapéutica en las cuales cada participante experimenta sus acciones como consecuencia de las

acciones del otro. A pesar de considerar una puesta en acto como proceso regresivo, McLaughlin rescata su utilidad a la hora de obtener información relevante acerca de los conflictos intrapsíquicos y las relaciones objetales internalizadas que dan forma a la experiencia del paciente. McLaughlin además comenta sobre la palabra *enactment* afirmando que “agregando el prefijo ‘en’ le adjudica un plus a la idea de actuar, en el sentido de envolver o forzar (inducir) a la acción [...]” (Sánchez, 2004, p. 408).

Desde la perspectiva descrita, las escenificaciones pueden ser definidas como una forma particular de comunicación no-verbal (Zanocco, de Marchi & Pozzi, 2006) por medio de la cual “el analista recibe información a través del medio de la experiencia sentida” (Black, 2003, p. 634), “una comunicación no-verbal diádica que se manifiesta simbólicamente a través de movimientos motrices [...]” (Frayn, 1996, p. 201) o también como “manifestaciones poderosas del proceso intersubjetivo y como expresiones inevitables de estados del self y patrones relacionales complejos y en gran medida inconscientes” (Ginot, 2007, p. 317). Ahora bien, aunque estos intentos de definición son posiblemente algunos de los más útiles en el marco de una concepción relacional de la escenificación, les es difícil incluir el hecho de que por un lado en ocasiones un *enactment* está definido por la inhibición de ciertas acciones por parte de paciente y/o terapeuta y que, por otro lado, también existen escenificaciones interpretativas (Brown & Lane, 2000; Ivey, 2008; Steiner, 2006). Dicho de otro modo, un *enactment* puede girar en torno a la ausencia de ciertas acciones y, más allá, en torno a la forma en la que el psicoterapeuta realiza una interpretación u otra intervención verbal. En este segundo caso, es en algún sentido factible hablar de una escenificación verbal; Jacobs (2001) ya había señalado que una escenificación puede producirse incluso durante una intervención terapéutica técnicamente correcta –“una puesta en escena puede tener lugar no a través de alguna acción por parte del analista, sino en el transcurso de la realización de una interpretación analítica” (Aron, 1996, p. 199). Con todo, estas observaciones vuelven a omitir la artificialidad de la distinción clara entre palabras y acciones, una distinción que como mencionamos con anterioridad en el contexto del psicoanálisis relacional ha dado lugar a la concepción de las intervenciones verbales como actos relacionales y de las acciones como potencialmente portadoras de funciones interpretativas (Aron, 1996; Mitchell, 1997).

Desde el punto de vista de la psicoterapia corporal analítica, para la cual el lugar de la acción en la psicoterapia tiene una importancia especial, el *enactment*

corresponde globalmente a “las escenificaciones conjuntas que cristalizan a través del actuar del paciente y del analista y que se constituyen en especial por medio de la comunicación no-verbal” (Heisterkamp, 2008, pp. 241-242). En una puesta en escena, paciente y psicoterapeuta están vinculados por medio de una acción o un conjunto de acciones que escenifican en particular conflictos inconscientes que tienen una significación prototípica en la experiencia del paciente y también del terapeuta. En este sentido, un *enactment* puede entenderse como re-escenificación de escenas modelo tempranas, que paradójicamente tienen un sentido biográfico para ambos. Heisterkamp enfatiza que las puestas en escena invariablemente son características y específicas de cada diada terapéutica determinada y del proceso terapéutico que ambos constituyen de forma interactiva e intersubjetiva, con lo cual destaca la participación mutua en la construcción de una escenificación. Asevera que, aunque en su opinión existen escenificaciones iniciadas por el paciente o por el terapeuta, en la actualidad tal diferenciación de causa y efecto carece de relevancia al conceptualizarse la interacción psicoterapéutica en términos más bien circulares. En la psicoterapia corporal analítica o relacional el concepto de *enactment* además es utilizado como sinónimo de la noción del *diálogo de acción*, que a partir de la década de 1980 en el psicoanálisis germanoparlante significó un desplazamiento de la comprensión de la acción desde un énfasis en sus funciones defensivas hacia sus funciones comunicativas: “Con ello, ‘actuar’ en la terapia ya no estaba sólo marcado como una conducta de evitación, sino que, al revés, se convirtió en una posible fuente de experiencia y conocimiento” (Worm, 2007, p. 210). El diálogo de acción ha sido definido como una implicación inconsciente del psicoterapeuta que afecta la relación con el paciente y que, al menos en un inicio, es difícil de conscienciar (Scharff, 2007).

Las últimas maneras de definir la escenificación que me gustaría mencionar aquí son aquellas que la vinculan con la disociación. Ginot (2007, 2009), por ejemplo, recurre a hallazgos de las ciencias cognitivas y las neurociencias para fundamentar su planteamiento. Para Ginot, las escenificaciones expresan y ponen al descubierto “representaciones y patrones relacionales tempranos implícitos y neuronalmente codificados con todos sus afectos, adaptaciones defensivas y manifestaciones conductuales” (2007, p. 318). En otras palabras, Ginot concibe un *enactment* como una interacción no-verbal que pertenece a la dimensión de los procesos implícitos (ver Sassenfeld, 2007, 2008b, 2008c, 2008d), al parecer similar aunque no idéntico a lo que el Boston Change Process Study Group (2002, 2005, 2007, 2008;

tmb. Stern *et al.*, 1998) describe como la interacción del conocimiento relacional implícito de paciente y psicoterapeuta<sup>5</sup>. Digo similar aunque no idéntico debido a que, en la concepción del Boston Change Process Study Group, el conocimiento relacional implícito no es inconsciente por razones psicodinámicas defensivas, mientras que Ginot visualiza los procesos implícitos involucrados en el *enactment* como portadores de elementos defensivamente disociados. En este sentido, Ginot (2007) supone que las puestas en escena están construidas sobre la base de recuerdos y estados disociados del *self* mutuamente re-activados por paciente y psicoterapeuta en el intercambio clínico y que “contienen esquemas relacionales implícitos entrelazados tanto del paciente como del terapeuta” (p. 318). En este sentido, al activar algunos de los patrones relacionales “implícitos y disociados propios del analista, las escenificaciones generan un entorno en el cual ambos participantes experimentan interacciones disarmónicas inducidas por el estrés, que están empeoradas por su incapacidad temporal para contener y reflexionar sobre afectos dis-regulados disociados” (2009, p. 293). Para Ginot, una puesta en escena puede proporcionar al terapeuta una forma de acceder a lo que no puede ser verbalizado por el paciente sino sólo expresado disociadamente por medio de acciones. Expresa lo que de otro modo sería inexpresable (Brown & Lane, 2000).

Estas ideas coinciden en alguna medida con las de Donnel Stern (2009, 2010), para quien el *enactment* debe ser definido como una participación inconsciente en la vinculación y específicamente como una interpersonalización de la disociación y debe ser considerado como un esfuerzo defensivo significativo por mantener ciertos contenidos disociados de la propia identidad. Stern enfatiza que la puesta en escena es diferente de la identificación proyectiva en cuanto la “disociación de cada participante emerge [...] a partir de la interacción de sus propias motivaciones privadas con la influencia inconsciente del otro” (2009, p. 88) sin ser un proceso unilateral. Aunque apoya la idea de que existen puestas en escena en las cuales los conflictos inconscientes del psicoterapeuta tienen relativamente poca participa-

ción, Stern muestra que cuando paciente y terapeuta son vulnerables a temáticas similares, sus disociaciones encajan y el resultado es el surgimiento de una escenificación recíproca que gira en torno a la misma temática. De forma similar, Bromberg (2008a) afirma que el *enactment* es

un evento disociativo compartido. Es un proceso de comunicación inconsciente que remite a aquellas áreas de la experiencia del *self* del paciente en las cuales el trauma (sea evolutivo o de inicio adulto) ha comprometido en cierto grado la capacidad de regulación afectiva en un contexto relacional y, por tanto, ha comprometido el desarrollo del *self* en el nivel de procesamiento simbólico a través del pensamiento y el lenguaje (pp. 332-333).

Bromberg (2008b) también se pronuncia a favor de la concepción de las puestas en acto como procesos que involucran a paciente y terapeuta como unidad. De hecho, piensa que un *enactment* es un evento diádico en el cual ambos están conectados por medio de una modalidad disociativa de vinculación.

Estas definiciones ligadas a la disociación subrayan la participación mutua de los conflictos inconscientes de paciente y psicoterapeuta en la escenificación. Por otro lado, explicitan el origen de las puestas en escena en procesos defensivos propios de quienes interactúan, lo que trae consigo la posibilidad de reducirlas a un concepto diádico o interpersonal de *acting-out* (Brown & Lane, 2000; Frayn, 1996) que vuelve a la concepción freudiana tradicional de que se actúa lo que no se puede recordar o pensar. Dado que Ginot, Stern y Bromberg no se adscriben explícitamente a esa concepción freudiana, sus planteamientos recurren a formas alternativas de conceptualizar la relación entre acción e ideación. Ginot (y Bromberg en parte) utiliza el concepto de los procesos y la memoria implícita, pudiendo con ello colocar el acento en que no se trata de experiencias que fueron vivenciadas y con posterioridad excluidas de modo defensivo de la conciencia y por ende actuadas, sino que se trata de experiencias que fueron originalmente codificadas en una modalidad de memoria que puede ser visualizada intrínsecamente como una memoria emocional motriz o somática (ver Sassenfeld, 2007, 2008b, 2008d). Desde este punto de vista, tal como mencionamos antes, una acción muchas veces puede ser considerada como un recuerdo y no como la evitación defensiva de un recuerdo.

Stern y Bromberg, por su parte, han desarrollado concepciones teóricas sistemáticas acerca de la disociación, en las cuales ésta es entendida en primer lugar

<sup>5</sup> Teicholz (2006) efectivamente opina de modo explícito que los *enactment* pueden corresponder a los “momentos presentes” descritos por el Boston Change Process Study Group como parte de las secuencias interactivas que constituyen la negociación intersubjetiva en el nivel implícito de la relación terapéutica. Volveremos a la vinculación entre el concepto de escenificación y la dimensión implícita de la interacción clínica en las reflexiones finales.



como proceso normal y adaptativo y no como algo propia o necesariamente defensivo. Así, en alguna medida logran quitar a la dimensión de la acción la connotación de ser “inferior” a la dimensión de la ideación y de la verbalización. Asimismo, subrayan que el surgimiento de elementos disociados de la experiencia a través de las acciones que constituyen un *enactment* guarda relación con que tales elementos no tienen otra alternativa para hacerse accesibles a la exploración terapéutica. Bromberg, por ejemplo, opina que “las experiencias y los estados del *self* que están disociados sólo pueden conocerse por medio de la escenificación relacional” (Brown & Lane, 2000, p. 80), con lo cual la puesta en escena se convierte en una forma primaria de acceder a lo inconsciente. Las ideas de Stern y Bromberg tienden a apoyarse en la concepción de que, a diferencia de las formulaciones originales de Freud, el pensamiento analítico contemporáneo supone que

pensar y actuar son facetas simultáneas y mutuamente entrelazadas de la experiencia. Las escenificaciones y las re-escenificaciones no son entendidas como algo que distrae de las interpretaciones, sino como fuente de continuos ejemplos muy interesantes a partir de los cuales pueden desarrollarse interpretaciones. Y a veces el actuar tiene que preceder al pensar y la palabra en la relación analítica porque la acción expresa algo que le es inconsciente tanto al paciente como al analista. Puesto que es algo desconocido y sin nombre, sólo puede volverse conocido al ser habitado y experimentado en el análisis (Mitchell, 1997, pp. 234-235).

Es necesario aún destacar la definición de Levenkron (2006) en el contexto de las ideas de Ginot, Stern y Bromberg. Levenkron apunta que una escenificación es un involucramiento no planificado que representa la naturaleza misma de los procesos mentales y cuya coreografía de momento a momento surge mientras paciente y psicoterapeuta asocian y disocian respecto de las fantasías conscientes e inconscientes de ambos. Al “explicar las escenificaciones como algo que se construye *tanto* en torno a los aspectos disociados *como* a los aspectos conscientes (fantasías) de ambos participantes” (p. 175, cursivas del original), Levenkron añade que la puesta en escena también adopta una determinada forma en base a las contribuciones conscientes de paciente y terapeuta al diálogo clínico. Antes de ella, Schafer ya había manifestado que las escenificaciones son comunicaciones inconscientes acerca de las fantasías que dominan la experiencia consciente e

inconsciente del paciente (Brown & Lane, 2000). Este punto ha sido descrito por pocos teóricos, pero es fundamental porque inscribe las comunicaciones inconscientes contenidas en el *enactment* en la totalidad de la interacción entre paciente y psicoterapeuta. Los contenidos inconscientes que emergen en una puesta en escena están, en este sentido, necesariamente co-determinados por los contenidos psíquicos que sí tienen acceso a la conciencia en un momento dado.

En resumen, respecto de la definición del *enactment* podemos afirmar:

1. las diversas definiciones invariablemente remiten a determinadas acciones verbales y/o no-verbales, sea del paciente, del terapeuta o de ambos, que están motivadas por intenciones inconscientes y que se entrelazan de alguna manera, dando lugar a la aparición de un escenario relacional determinado; así, un *enactment* corresponde en términos globales a “un patrón de conducta no-verbal interactiva entre ambos participantes en una situación terapéutica que tiene un significado inconsciente para ambos” (Plakun, 1999, p. 286);
2. las definiciones tienden a conceptualizar la función de una escenificación como ligada a la comunicación inconsciente, siendo en términos generales lo que se comunica experiencias y “patrones afectivos y relacionales implícitos y neuronalmente codificados” (Ginot, 2009, p. 294), aunque otros consideran que se trata de la recapitulación de patrones arcaicos patológicos (Brown & Lane, 2000); la primera concepción parece más propia de la literatura relacional, mientras que la segunda concepción está más representada en los teóricos analíticos más tradicionales;
3. la vinculación conceptual del *enactment* con la función de comunicación inconsciente coloca el concepto fuera de la concepción psicoanalítica tradicional de la separación clara y tajante entre lenguaje y acción y lo acerca más bien a una concepción de lenguaje y acción como aspectos entrelazados y a menudo indiferenciables;
4. existen desacuerdos respecto de quién debe ser considerado el iniciador de una puesta en acto y respecto de la medida en la que la psicología personal del terapeuta está implicada en la escenificación; mientras que la literatura relacional tiende a considerar que una escenificación “es posibilitada por algún conflicto irresuelto en el analista, que al mismo tiempo lo perturba y entona afectivamente con las comunicaciones inconscientes del paciente” (Ivey, 2008, p. 32), los teóricos más

tradicionales la ligan de modo muy específico con la actualización de fantasías transferenciales que *secundariamente* pueden suscitar reacciones contratransferenciales;

5. al tener una vinculación (aunque imprecisa) con lo que con anterioridad se han denominado las dinámicas transferenciales y contratransferenciales, la puesta en acto tiene algún tipo de relación con el pasado personal de paciente y/o terapeuta y con la repetición de determinados patrones relacionales –por ejemplo, puede suponerse que las experiencias que se comunican en el *enactment* se formaron con anterioridad al funcionamiento de la memoria explícita y verbal y muchas de ellas se encuentran parcial o totalmente disociadas; en este contexto, existen diferencias en torno a la concepción de la disociación como proceso meramente defensivo y como proceso con funciones adaptativas y propias de la psicología normal;
6. se percibe la tensión y dificultad del uso del concepto de la escenificación en conjunto con las nociones tradicionales de transferencia y contratransferencia y, además, la relación de estos diferentes conceptos es poco clara; ocurre algo similar en torno a la relación del *enactment* con la noción de identificación proyectiva y, también, con el concepto de los procesos implícitos (a este punto volveremos en las reflexiones finales).

Si nos guiamos por la traducción del término *enactment* como escenificación, tendríamos que asumir que la escenificación inevitablemente tiene que incluir acciones de paciente y terapeuta ya que una “escena”, en el contexto de una relación entre dos personas, tendría que ser concebida como una escena vincular. Desde esa perspectiva, la definición relacional que implica la participación inconsciente mutua de paciente y psicoterapeuta en la co-construcción de patrones interactivos –por mucho que su contribución a la interacción escenificada puede variar en cuanto a naturaleza y grado– parece la más congruente con el concepto. Tal como indica Ringstrom (2005), un *enactment* “revela características relativamente discernibles de analista y paciente y, en cuanto tal, se trata de ‘minipsicodramas’ momentáneos” (p. 156). Tales minipsicodramas, sin embargo, no siempre son disruptivos e intensos pudiendo pasar con mayor facilidad a la conciencia, sino que a menudo son imperceptibles y de baja intensidad pudiendo pasar importantes periodos sin que se tome noticia de ellos. Van desde registros sensoriales y corporales sutiles e incluso subliminales hasta registros de formas más evidentes e inconfundibles de movimiento,

involucramiento, desinvolucramiento e *impasse* (Bass, 2003). Las posibles consecuencias de esta circunstancia serán discutidas en la sección subsiguiente.

## ALGUNOS ASPECTOS CONCEPTUALES DEL ENACTMENT II: REFLEXIONES EN TORNO A ALGUNAS CONTROVERSIAS

Más allá de las dificultades propias de su definición, en torno al concepto del *enactment* existen varias controversias conceptuales, clínicas y técnicas. En esta sección mencionaré algunas de las controversias de carácter conceptual, mientras que el debate en torno a la clínica de las escenificaciones será objeto de la próxima sección. La primera gran controversia conceptual respecto de la noción de *enactment* es si acaso este fenómeno es continuo o circunscrito en la interacción psicoterapéutica. Aron (2003) la resume de la siguiente manera:

El choque se da entre la definición estrecha de la escenificación de modo que mantenga un significado específico y se piense que representa sólo eventos episódicos y discretos, y definirla tan ampliamente como para que nos alerte respecto de la ubicuidad de la influencia mutua interpersonal inconsciente y, al hacerlo, convierta a todo el análisis en una gran escenificación (p. 623).

En efecto, diversos teóricos han planteado la puesta en escena como un fenómeno constante, podríamos incluso decir característico, de la interacción terapéutica, mientras que otros han preferido no ampliar tanto su significado y restringir el concepto a ciertas interacciones específicas en el contexto terapéutico.

Para los teóricos del primer grupo las puestas en escena ocurren todo el tiempo en la situación psicoterapéutica y contribuyen a la mayoría de las cosas que decimos y hacemos (Chused, 2003), se producen en todas partes (Heisterkamp, 2008), resulta virtualmente imposible no involucrarse en ellas siendo inevitables (Bonovitz, 2007, 2009; Brown & Lane, 2000; Ginot, 2009; Heisterkamp, 2008; Ringstrom, 2005; Steiner, 2006), conforman una especie de corriente subyacente a todo momento del proceso terapéutico (Bass, 2003), existen en todo momento como sustrato de la interacción terapéutica (Brown & Lane, 2000; Levenkron, 2006), conforman el núcleo del proceso analítico (Brown & Lane, 2000) y, en esencia, paciente y terapeuta no pueden sino escenificar –aunque sea de manera atenuada y modulada– los asuntos que discuten (Aron, 2003). Más allá, “desde el punto de vista teórico resulta algo problemático aislar una interacción particular y etiquetarla

como una "escenificación" (Teicholz, 2006, p. 264). Teicholz enfatiza que es dificultoso examinar las diferentes intervenciones verbales o expresiones afectivas del terapeuta y afirmar con claridad que alguna de tales acciones representa más que otras una modalidad de participación relacional que corresponde a una puesta en escena. Más bien, cualquier interacción verbal o no-verbal puede convertirse en una escenificación dependiendo de la forma que adopte.

La perspectiva tal vez más radical sobre este punto es aquella de Friedman y Natterson (1999, cit. en Ivey, 2008), para quienes los *enactment* son continuos en la psicoterapia y son en realidad otra forma de describir el proceso terapéutico como tal. Levenson (2006) manifiesta una opinión similar: la escenificación es un "proceso ubicuo continuo, siendo el componente conductual de lo que se está hablando" (p. 322) en el diálogo terapéutico. Ya antes de ellos, en el ámbito germanoparlante Klüwer (1983, cit. en Heisterkamp, 2008) había concebido el proceso psicoterapéutico como una secuencia de escenificaciones vinculadas entre ellas, emergiendo cada una a raíz de las anteriores. Y, en el ámbito norteamericano, Renik (1997) había señalado que "sólo existe una escenificación (en singular), un aspecto constante e inevitable de todo lo que paciente y analista hacen en el análisis" (p. 282). En este sentido, si todo lo que ocurre en la psicoterapia tiene una dimensión vinculada con la acción y la interacción, entonces toda interacción es una escenificación y ningún evento relacional específico puede ser considerado una puesta en escena (Aron, 2003). Siguiendo a Aron, para algunos restringir el significado del concepto trae consigo el peligro de perder de vista el lugar central de la interacción en psicoterapia y de "oscurecer nuestra conciencia de que toda interacción entre analista y paciente puede ser visualizada de manera útil como escenificación transferencia-contratransferencia incluso, tal como a menudo ocurre, si su significado, o incluso su misma existencia, se reconoce sólo retrospectivamente" (Bass, 2003, p. 660).

Estos puntos de vista evidentemente tienen ventajas y desventajas. En primer lugar, si toda interacción corresponde a una escenificación, para algunos el concepto se vuelve superfluo porque no tiene un significado particular que pueda resultar de interés o utilidad. Stern (2010) considera, en este sentido, que la concepción de que toda interacción corresponde a una escenificación –incluyendo aquellas interacciones en las cuales la percepción de paciente y terapeuta se encuentra en gran medida no obstruida por procesos disociativos– carece de significación clínica. Sin dejar de afirmar que toda interacción implica aspectos

inconscientes, prefiere delimitar el concepto para dar cuenta de intercambios terapéuticos definidos por una interpersonalización de la disociación (ver sección anterior). Aron (2003) expresa en la misma línea:

Pero nuestro reconocimiento del rol continuo e importante de la interacción no significa que tenemos que concluir que todo es una escenificación y, por tanto, que la escenificación no tiene un lugar especial en el psicoanálisis. Algunas interacciones destacan como puestas en escena de una manera que otros momentos no lo hacen (p. 625).

Estas consideraciones implican el establecimiento de ciertos criterios para clasificar una determinada interacción puntual como *enactment* –tiene que estar presente una disociación mutua que da forma a la interacción terapéutica o bien una secuencia interactiva tiene que "destacar" de algún modo especial. La dificultad inherente a ambos criterios es que posibilitan la diferenciación de una escenificación sólo a partir del momento en el cual paciente y/o terapeuta advierten, aunque sea vagamente, que en la interacción está ocurriendo algo significativo. Desde el punto de vista clínico, sin embargo, ésta no es una dificultad sino una realidad: sin que paciente y/o terapeuta tomen conciencia de que algo particular está transcurriendo entre ellos, el concepto de *enactment* sólo tendría un valor para un observador externo a la interacción o en una evaluación retrospectiva.

Desde una perspectiva distinta, Ivey (2008) añade que es problemático considerar la escenificación como evento continuo porque omite el hecho de que no todos los pacientes inclinan al terapeuta de igual forma a escenificar. Para Ivey, con algunos pacientes el impacto inconsciente de sus acciones es registrado en las asociaciones subjetivas del psicoterapeuta más que en sus actuaciones, convirtiéndose la puesta en acto en tales casos en un fenómeno intermitente. Esta observación, no obstante, vuelve a involucrar la distinción clara entre acción e ideación, que, como hemos visto, ha sido cuestionada en la literatura relacional. Por otro lado, Ivey asevera que la frecuencia de las escenificaciones en un proceso psicoterapéutico puede depender en alguna medida de "la técnica del analista, su comprensión de la actitud analítica y sus creencias acerca de cómo se lleva a cabo el cambio analítico" (p. 32). Menciona, en este contexto, un trabajo de Wasserman, el cual critica la concepción de la ubicuidad de los *enactment* por ser producto de una postura analítica modificada que minimiza la asociación libre, enfatiza la espontaneidad del terapeuta y privilegia los encuentros emocionales

correctivos a través de auto-revelaciones contratransferenciales como agentes de la acción terapéutica. Esta crítica, si le quitamos su potencial descalificación de ciertas ideas como “no analíticas”, de todos modos pone al descubierto la necesidad de tomar en consideración el papel de la subjetividad del psicoterapeuta –incluyendo, en especial, sus propias ideas teóricas acerca de la escenificación– como factor involucrado en la conceptualización clínica de ciertas interacciones como puestas en escena.

Una posible salida a este dilema puede encontrarse en algunas distinciones conceptuales propuestas por varios teóricos. Aron (2003), por ejemplo, percibe la necesidad de diferenciar entre la *interacción terapéutica* como la forma continua en la que paciente y terapeuta actúan uno sobre el otro, y el *enactment* como los “eventos discretos y únicos con su implicación de una influencia mutua y bi-direccional inconsciente” (p. 627). Aron además nos recuerda que ya Jacobs y McLaughlin subrayaron la importancia de separar la escenificación como fenómeno general en la situación psicoterapéutica y como designación de ciertas acciones conjuntas de paciente y terapeuta, advirtiendo asimismo acerca del significado excesivamente ampliado que el concepto había estado adquiriendo. De modo similar a Aron, Bass (2003) distingue entre puestas en escena cotidianas que constituyen el ir y venir habitual del proceso psicoterapéutico y Escenificaciones (con mayúscula), “los precipitados condensados de elementos psíquicos inconscientes en el paciente y el analista que movilizan nuestra completa atención elevada [...]” (p. 660). En otras palabras, para Bass existen interacciones escenificadas más sutiles que en ocasiones se convierten en *enactments* caracterizados por una mayor intensidad emocional y que se transforman en momentos que destacan en el curso del intercambio clínico y que son en alguna medida desafiantes para el terapeuta. Aron relaciona estas últimas puestas en acto con la presencia de procesos disociativos, aunque habría que agregar que la toma de conciencia por parte del terapeuta de que algo significativo está ocurriendo equivale a que la disociación –al menos en la psique del terapeuta– está comenzando a ceder.

Jacobs (2001), por su parte, diferencia entre escenificaciones que implican acciones explícitas y fácilmente reconocibles –“acciones que claramente tienen un impacto sobre el paciente y el analista y que, por lo tanto, con facilidad se convierten en el foco del trabajo analítico” (p. 7)– y puestas en escena más encubiertas y sutiles que se manifiestan a través de cambios ligeros de la expresión facial y de la postura corporal, pequeñas variaciones del tono de voz y alteraciones menores del

encuadre. Mientras que las primeras tienden a transformarse en objeto explícito del trabajo clínico y, por ende, pueden por lo común ser utilizadas de modo provechoso en el proceso psicoterapéutico, los *enactment* del segundo tipo muchas veces pueden pasar desapercibidos durante largo tiempo. Y, no obstante, no es infrecuente que aún así influyeran de modo determinante el curso y resultado de la psicoterapia. Al mismo tiempo, existen ocasiones en las cuales las escenificaciones encubiertas “tienen el efecto de avanzar el tratamiento. [A veces, encarnan] mensajes que contribuyen a superar una dificultad, resolver un *impasse*, disolver una resistencia recalcitrante o hacer avanzar el tratamiento de alguna otra forma” (p. 8). Sin embargo, Jacobs enfatiza que la tendencia a que tales puestas en acto permanezcan inconscientes trae consigo la circunstancia de que, cuando sí se convierten en fenómenos sutilmente disruptivos, resulta difícil reconocerlos y entenderlos pudiendo contribuir a un fracaso psicoterapéutico. Las reflexiones de Jacobs acerca del potencial valor de la escenificación en términos de la acción terapéutica nos conducen hacia otra temática.

Con cierta independencia de si las escenificaciones son concebidas como continuas o circunscritas, su inevitabilidad en la situación psicoterapéutica trae consigo una segunda gran controversia que, aparte de ser de naturaleza conceptual, es ya también de naturaleza clínica. ¿Deben los *enactment* ser considerados como fenómenos que amenazan el trabajo terapéutico o que le son favorables? Tal como se preguntan Brown y Lane (2000), ¿se trata de desarrollos legítimos en la relación terapéutica o de los lamentables resultados de errores técnicos por parte del psicoterapeuta? En términos generales, pareciera que los terapeutas freudianos y kleinianos contemporáneos enfatizan los (potenciales) aspectos negativos y disruptivos de la puesta en escena, mientras que los terapeutas intersubjetivos y relacionales –siguiendo algunas ideas originales de Ferenczi (Bass, 2003)– hacen mayor hincapié en su (potencial) impacto positivo y transformador<sup>6</sup> (Bonovitz, 2007; Brown & Lane, 2000; Ivey, 2008). Como representante del primer grupo de teóricos, Steiner (2006) afirma:

<sup>6</sup> Una excepción a lo dicho es el trabajo de Loewald, quien viniendo del psicoanálisis tradicional tempranamente reconoció que “analista y paciente escenifican y re-escenifican roles en el interjuego de transferencia y contratransferencia que son fundamentales para el proceso curativo” (Bass, 2003, p. 660).

Es difícil reconciliar la idea de que las escenificaciones pueden proporcionar información útil acerca del paciente y sus relaciones con el reconocimiento de que, en el proceso, pueden violarse los límites y en mayor o menor medida tanto el paciente como el trabajo analítico pueden ser dañados. Por definición, las escenificaciones atraviesan el límite entre pensamiento y acción y, a no ser que sean reconocidas y reguladas, pueden entrar en el área gris entre técnica normal, error técnico y violación no ética de límites [...] (p. 315).

En otras palabras, al menos algunas escenificaciones pueden ser tan disruptivas y tener un efecto tan negativo en el paciente, que el tratamiento puede verse menoscabado (Jacobs, 2002).

Para Steiner (2006), las puestas en acto deben ser toleradas como parte de las limitaciones del psicoterapeuta, pero éste debe hacer lo posible por tomar conciencia de ellas para corregirlas y evitarlas, una apreciación planteada con anterioridad por Roy Schafer (Brown & Lane, 2000). Le preocupa que una escenificación ejerza una influencia no analítica indeseable sobre el paciente en cuanto involucra una perturbación de lo que considera un aspecto central de la actitud analítica: la separación clara entre pensamiento y acción tal como fue formulada por Freud, y el corolario consecuente de que actuar es una evitación defensiva de realidades emocionales conflictivas (ver sección dos de este trabajo). Agrega que es más probable que emerjan *enactments* cuando “al analista también le parece difícil tolerar las limitaciones del *setting* analítico, y especialmente si la presión del paciente coincide con un área de su propia frustración, puede verse tentado a comprometer el *setting* en una escenificación colusiva” (p. 318). Por lo tanto, desde este punto de vista puede concebirse el *enactment* como fenómeno vinculado con la resistencia y la contra-resistencia y, por ende, como impedimento al proceso terapéutico. En efecto, la concepción descrita supone que, al actuar, la función básica del terapeuta –pensar y mantener un estado emocional de disponibilidad y contención– se ve comprometida y la escenificación corresponde por ende a un fenómeno que está ocasionalmente intercalado con la modalidad ideal del funcionamiento del terapeuta (Bonovitz, 2007). Ivey (2008) resume que, desde esta perspectiva, un *enactment* puede implicar una contención fallida por parte del terapeuta, una gratificación inconsciente de los deseos del terapeuta o una confirmación de ansiedades transferenciales, impactando de modo negativo el proceso terapéutico. Así, un *enactment* puede poner en riesgo el éxito o incluso la continuidad del tratamiento.

En cualquier caso, Steiner no se encuentra solo y sus observaciones no están limitadas a las tradiciones freudiana y kleiniana. Ginot (2007), por ejemplo, describe con claridad las experiencias subjetivas que muchas veces acompañan el surgimiento de una escenificación: “Lo que era un esfuerzo colaborativo consciente parece en peligro de colapsar bajo el peso de sentimientos y conductas difíciles, amenazantes y aparentemente inexplicables [...]” (p. 318) tanto en el paciente como en el terapeuta. “En su punto más extremo, las escenificaciones amenazan con detener el proceso analítico en su totalidad o con salirse de control” (p. 318), “pueden llevar a una terminación precoz [...] o a un análisis estancado, repetitivo e infructuoso” (2009, p. 294). Ginot considera que por lo común existe una línea delgada entre lograr utilizar de modo constructivo una escenificación y sucumbir a su potencial destructivo de obstaculizar y detener el proceso terapéutico.

Tal vez el acento que Ringstrom (2005) coloca sobre la diferencia entre *enactment* e *impasse* puede ayudar a aclarar aquellas posturas que hacen hincapié en los aspectos negativos de una escenificación. Ringstrom señala que en una escenificación pueden darse dos complementariedades determinadas por los elementos transferenciales y contratransferenciales implicados en ésta: una complementariedad respetuosa de los turnos de cada uno potencialmente desvitalizadora de la interacción y una complementariedad agresiva que se centra en el control de la escena que se despliega. Para Ringstrom, el segundo caso a menudo se convierte en un *impasse*. Así, podría afirmarse que, recién cuando una puesta en escena se convierte en *impasse*, se eleva la probabilidad de que se manifieste como fuerza disruptiva. Desde tal perspectiva, las escenificaciones que perturban sólo de modo temporal el trabajo psicoterapéutico pueden ser utilizadas para promoverlo (Chused, 2003).

Las ideas de Steiner se inscriben, desde el punto de vista del psicoanálisis relacional, en planteamientos que muchos psicoterapeutas han ido abandonando progresivamente. A Levenson (2006) incluso le parece que Steiner y otros teóricos con convicciones similares “demonizan” el *enactment* al exagerar sus consecuencias dañinas y su vinculación con las transgresiones no éticas al encuadre y al minimizar su utilidad terapéutica. Mitchell (1997) afirma al respecto:

Las acciones del analista, sea en el sentido del *acting out* (por ejemplo bajo la forma del olvido de una hora asignada) o del *acting in* (bajo la forma de falta y dispersión de atención) eran entendidas como manifestaciones de la contratransferencia,

que actuaban como contra-resistencias y con ello obstaculizaban el proceso analítico. [Sin embargo, desde] hace algún tiempo las contra-resistencias del analista, incluyendo las acciones correspondientes, ya no son entendidas solamente como estorbos de la actividad interpretativa, sino como complementos potencialmente útiles de las interpretaciones (pp. 227-228, cursivas del original).

Así, en la literatura relacional tiende a destacarse la relación de la escenificación con las posibilidades de cambio terapéutico –“la escenificación es el medio del cambio y de la cura” (Brown & Lane, 2000, p. 85). Renik (1993), por ejemplo, señala que la expresión de motivaciones personales inconscientes a través de la acción por parte del terapeuta no sólo es inevitable sino que es necesaria para el proceso terapéutico. De otro modo, siguiendo a Renik, el psicoterapeuta no podría entrar espontánea y sinceramente en experiencias emocionales correctivas con el paciente y, más allá, determinadas interacciones nunca podrían convertirse en objeto de reflexión y comprensión. En consecuencia, el *enactment* es concebido como un prerrequisito del cambio psicológico del paciente. Ginot (2007) apoya esta concepción cuando asevera que las conceptualizaciones contemporáneas de la acción terapéutica han comenzado a reconocer la significación mutativa de las interacciones afectivas inconscientes y de las experiencias emocionales como aquellas contenidas en una escenificación. Para ella, una escenificación puede dar lugar a procesos interpersonales e internos que promueven la integración y el crecimiento: “el entorno emocional crudo generado por una escenificación proporciona la activación emocional necesaria que conduce hacia cambios neuronales” (p. 328).

De manera similar, Bass (2003) subraya que las escenificaciones tienen el potencial inherente de llevar a terapeuta y paciente hacia ámbitos del encuentro personal y de la experiencia que de otro modo se hubiesen mantenido inaccesibles. Por ejemplo, “algunos clínicos las ven como lugares para comunicaciones cuyo verdadero mensaje para el analista es que se involucre con el paciente de forma verdadera y auténtica” (Ginot, 2007, p. 322). Brown y Lane (2000) consideran, en términos más amplios, que las escenificaciones constituyen un intento de establecer contacto interpersonal con el terapeuta y de comunicar ciertas informaciones con la finalidad de que el terapeuta responda de una manera que posibilite la modificación reparativa de aspectos conflictivos del mundo interno del paciente. En otras palabras, algunos teóricos visualizan las escenificaciones como expresiones de la búsqueda del paciente

de experiencias relacionales nuevas reparadoras. Por otro lado, específicamente para el psicoterapeuta una puesta en escena “proporciona oportunidades para que cada uno de nosotros descubra nuevos recursos internos, nuevos niveles de auto-conciencia, que surgen por primera vez en la medida en la que potenciales personales latentes son evocados en el interjuego con un paciente dado” (Bass, 2003, p. 661).

Asimismo, dado que el *enactment* es una co-construcción, su resolución no sólo requiere crecimiento por parte del paciente sino también por parte del psicoterapeuta (Stern, 2010). Black (2003), por su parte, considera que una escenificación, dada su fluidez interactiva y su capacidad para implicar contenidos inconscientes profundos y no articulados en el proceso terapéutico, portan la potencialidad de “liberar procesos mentales”. Desde su punto de vista, la importancia de una puesta en acto no está limitada al significativo material inconsciente que trae consigo, sino que se extiende al desarrollo potencial de la capacidad receptiva compartida de paciente y terapeuta respecto de las experiencias que emergen a través de ésta, esto es, de su capacidad para involucrarse con los elementos presentes en la escenificación. Black opina que tal proceso apuntala el intento de reconfigurar el mundo interno del paciente. Otros teóricos han descrito el potencial de las puestas en escena para el desarrollo de la expansión personal y la creatividad al traer consigo espacios vinculares de improvisación (Ringstrom, 2005).

Aun desde otro punto de vista, el *enactment* también puede visualizarse como “un esfuerzo inconsciente, pero con propósito, de movilizarse más allá de un lugar estancado y doloroso” (Teicholz, 2006, p. 266) al que ha llegado el proceso psicoterapéutico. Teicholz destaca que muchas puestas en escena ocurren precisamente cuando paciente y terapeuta han llegado a una situación que requiere un “último recurso” con la finalidad de modificarla. En ese caso, un *enactment* puede actuar como comunicación explosiva motivada inconscientemente cuando otras estrategias no han dado resultado. Levenkron (2006) afirma, en este sentido, que la aparición de una puesta en escena está ligada con el surgimiento de un elemento nuclear que está siendo disociado o negado por el paciente y/o el terapeuta y que, una vez que aparece, puede ser reconocido y reparado. Para ella, las escenificaciones más problemáticas emergen a partir de una conexión emocional en la relación terapéutica que ya está rupturada en torno al área intersubjetiva del reconocimiento mutuo. A veces la puesta en acto representa en consecuencia un intento inconsciente del terapeuta por rectificar la falla intersubjetiva, un intento que según Levenkron a

menudo sigue a un periodo en el cual el psicoterapeuta ha estado conteniendo sin expresar sus sentimientos al respecto. Estas ideas hacen depender la cualidad disruptiva o constructiva del *enactment* específicamente de la forma en la que la interacción será manejada y procesada por la diada terapéutica. Si paciente y terapeuta logran reconocer el *enactment* como tal y procesar su significado en el marco del vínculo entre ambos, éste puede convertirse en un punto de inflexión en la psicoterapia: la diferencia entre una escenificación que resulta ser terapéutica y una que no resulta serlo “puede encontrarse no en la escenificación misma sino en lo que el analista hace en los momentos y horas después de que la puesta en escena ha sido reconocida por los dos involucrados” (Teicholz, 2006, p. 268). Chused (2003) afirma, en este sentido, que la reacción del psicoterapeuta respecto del *enactment*, cuando se trata de una reacción de tolerancia, es un modelo que los pacientes pueden utilizar con la finalidad de aprender a escucharse a sí mismos.

Ringstrom (2005) ha encontrado una potencial solución a la segunda controversia presentada:

Las escenificaciones no son, en esencia, ni buenas ni malas, sino que derivan su valor positivo o negativo en términos contextuales. La medida en la cual una escenificación será algo valioso o algo problemático tiene que ver con si abre la conciencia, la reflexión y al menos el potencial para acciones alternativas entre los dos participantes en un tratamiento psicoanalítico. [...] Hablando en términos de la dramaturgia, ninguno de los participantes puede recurrir de modo exclusivo a sus guiones fijos. En cambio, ambos se ven forzados a improvisar y, al hacerlo, se ven forzados a encarar dimensiones desconocidas de la experiencia (p. 156).

Estas ideas de Ringstrom se ven reflejadas en su observación de que una escenificación puede involucrar experiencias transferenciales repetidas o bien experiencias transferenciales reparadoras –puede limitarse a ser una estéril repetición del pasado o convertirse en una creativa transformación relacional en el presente. Desde la perspectiva relacional, por ende, el *enactment* puede constituir tanto un obstáculo como una oportunidad (Stern, 2010). Agrega que, en realidad, poder evaluar el significado y valor de una puesta en escena es un asunto difícil porque esto no necesariamente puede llevarse a cabo por separado de otras escenificaciones. Además, el riesgo implicado en un *enactment* no puede ser evaluado conscientemente de modo anticipado, pudiendo siempre tanto expandir

como estrechar el rango de las experiencias subjetivas negociables en términos intersubjetivos (Teicholz, 2006). Ivey (2008) agrega que los efectos de una puesta en escena persisten mucho tiempo después de que la interacción implicada ha concluido, de modo que la realidad del efecto beneficioso o dañino del *enactment* tiene que evaluarse a lo largo del tiempo. Por otro lado, Chused (2003) ha llamado la atención sobre el peligro de comenzar a glorificar las escenificaciones como agentes de cambio y comenta que esta circunstancia incluso llevó a algunos terapeutas a plantear que no se produce ningún avance significativo en el proceso psicoterapéutico excepto después de un *enactment*.

Una tercera controversia, que ya hemos mencionado con anterioridad al tratar las definiciones del *enactment*, gira en torno al involucramiento de la subjetividad del psicoterapeuta en la construcción de escenificaciones. En vez de repetir aquí lo expuesto en la sección anterior y para ir concluyendo esta sección, nos limitaremos a agregar algunos puntos de vista adicionales. Chused (2003) ha enfatizado que la creciente comprensión del papel de la acción, la interacción y las puestas en escena en el contexto de la psicoterapia ha implicado un gradual reconocimiento de lo que Renik (1993) ha llamado la subjetividad irreducible del terapeuta y que Maroda (2002) ha capturado de modo elocuente en la expresión “No hay lugar donde esconderse”. Chused piensa que esta circunstancia ha significado que los terapeutas se han vuelto más tolerantes de sus imperfecciones terapéuticas, esto es, de que en ocasiones se comportan de maneras que no les son útiles a sus pacientes. Así, ha sido posible empezar a hacer uso incluso de las conductas y las reacciones afectivas indeseadas de los terapeutas en su propio trabajo. “Las escenificaciones, más que algo de qué avergonzarse, se han convertido en otra fuente de información sobre los pacientes y sobre nosotros mismos” (Chused, 2003, p. 678) –sin embargo, aún así los terapeutas a menudo se sienten culpables cuando toman conciencia de su propia contribución a una puesta en acto.

Black (2003) ha expresado que la comprensión del fenómeno del *enactment* ha requerido la aceptación del hecho de que los procesos internos de los terapeutas no les pueden ser completamente conocidos. Por lo tanto, en muchos momentos es imposible tener claridad sobre si la participación relacional del psicoterapeuta está siendo clínicamente útil para el paciente. Black considera que, con la finalidad de poder adquirir más claridad al respecto, los terapeutas necesitan permitirse un mayor grado de libertad a la hora de actuar en la situación psicoterapéutica. En este sentido, se vuelve imprescindible que cambien su forma habitual

de relacionarse con sus propios impulsos a la acción alejándose de posibles sentimientos de culpa y avanzando en dirección de una actitud de apertura y curiosidad. Estas reflexiones evidentemente no representan una invitación a actuar de modo impulsivo en el espacio terapéutico; más bien, implican el reconocimiento de que ninguna “teoría ofrecerá protección a prueba de balas contra la co-participación en una escenificación” (Bass, 2003, p. 665) y, por ende, “hay mucho trabajo por hacer para pensar y elaborar un uso disciplinado de las escenificaciones clínicas” (Black, 2003, p. 635). En la próxima sección justamente dedicaremos atención a algunas de las ideas que hasta la fecha existen respecto de cómo conviene abordar un *enactment* en términos clínicos.

## REFERENCIAS

1. Aron L. The patient's experience of the analyst's subjectivity. En Mitchell S. & Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1991, pp. 243-268
2. Aron L. *A meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*, The Analytic Press, New Jersey, 1996
3. Aron L. The paradoxical place of enactment in psychoanalysis: Introduction. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13: 623-631
4. Aron L. Anderson F. *Relational Perspectives on the Body*, The Analytic Press, New Jersey, 1998
5. Atwood G, Stolorow R. *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*, Analytic Press, New Jersey, 1984
6. Bass A. “E” enactments in psychoanalysis: Another medium, another message. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13 (5): 657-675
7. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D. *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*, Other Press, New York, 2005
8. Beebe B, Lachmann F. Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology* 1994; 11: 127-166
9. Beebe B, Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
10. Beebe B, Lachmann F. The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis* 2003; 39 (3): 379-409
11. BCPSG (Boston Change Process Study Group) Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis* 2002; 83: 1051-1062
12. BCPSG (Boston Change Process Study Group) The “something more” than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2005; 53 (3): 693-729
13. BCPSG (Boston Change Process Study Group) The foundational level of psychodynamic meaning: Implicit process in relation to conflict, defense, and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis* 2007; 88: 1-16
14. BCPSG (Boston Change Process Study Group) Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic Dialogues* 2008; 18: 125-148
15. Bonovitz C. Whose who in the psychoanalytic situation: Subject, object, and enactment in the relational and contemporary Kleinian traditions. *Psychoanalytic Dialogues* 2007; 17 (3): 411-437
16. Bonovitz C. Looking back, looking forward: A reexamination of Benjamin Wolstein's *interlock* and the emergence of intersubjectivity. *International Journal of Psychoanalysis* 2009; 90: 463-485
17. Bromberg P. Shrinking the tsunami: Affect regulation, dissociation, and the shadow of the flood. *Contemporary Psychoanalysis* 2008a; 44 (3): 329-350
18. Bromberg P. “Grown-up” words: An interpersonal/relational perspective on unconscious fantasy. *Psychoanalytic Inquiry* 2008b; 28: 131-150
19. Brown J, Lane R. Enactment, classical and relational perspectives: Definition, conceptualization, usefulness, and role in the therapeutic process. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice* 2000; 1 (4): 71-87
20. Buirski P, Haglund P. *Making Sense Together: The Intersubjective Approach to Psychotherapy*, Jason Aronson, New Jersey, 2001
21. Damasio A. *El error de Descartes*, Andrés Bello, Santiago de Chile, 1994
22. Damasio A. *Sentir lo que sucede*, Andrés Bello, Santiago de Chile, 2000
23. Del Río M. La influencia del constructivismo en el psicoanálisis. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007; 3 (2): 166-172
24. Fosshage J. Countertransference as the analyst's experience of the analysand: Influence of listening perspectives. *Psychoanalytic Psychology* 1995; 12 (3): 375-391
25. Fosshage J. Some key features in the evolution of self psychology and psychoanalysis. *Self and Systems: Annual of the New York Academy of Sciences* 2009; 1159: 1-18
26. Frayn D. Enactments: An evolving dyadic concept of acting out. *American Journal of Psychotherapy* 1996; 50 (2): 194-207
27. Friedman R, Natterson J. Enactments: An intersubjective perspective. *Psychoanalytic Quarterly* 1999; 68: 220-247
28. Gallese V. Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis of social cognition. *Psychoanalytic Dialogues* 2009; 19: 519-536
29. Gallese V, Eagle M, Migone P. Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2007; 55 (1): 131-175
30. Geissler P. *Nonverbale Interaktion in der Psychotherapie: Forschung und Relevanz im therapeutischen Prozess*, Psychosozial-Verlag, Giessen, 2005
31. Geissler P. Der “interaktionelle Körper” in der analytischen Körperpsychotherapie. *Psychotherapie Forum* 2007; 15 (2): 78-84
32. Geissler P. *Der Körper in Interaktion: Handeln als Erkenntnisquelle in der psychoanalytischen Therapie*, Psychosozial-Verlag, Giessen, 2008
33. Geissler P. *Analytische Körperpsychotherapie: Eine Bestandsaufnahme*, Psychosozial-Verlag, Giessen, 2009
34. Geissler P, Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch*, Springer, Wien, 2007
35. Ginot E. Intersubjectivity and neuroscience: Understanding enactments and their therapeutic significance within emerging paradigms. *Psychoanalytic Psychology* 2007; 24 (2): 317-332
36. Ginot E. The empathic power of enactments: The link between neuropsychological processes and an expanded definition of empathy. *Psychoanalytic Psychology* 2009; 26 (3): 290-309
37. Greenberg J. Psychoanalytic words and psychoanalytic acts: A brief history. *Contemporary Psychoanalysis* 1996; 32: 195-214



38. Heisterkamp G. Enactments: Basale Formen des Verstehens. En Geissler P. *Der Körper in Interaktion: Handeln als Erkenntnisquelle in der psychoanalytischen Therapie*. Psychosozial-Verlag, Giessen, 2008, pp. 241-264
39. Heisterkamp G, Geissler P. Rahmen, Arbeitsbündnis und Setting –oder die Einrichtung der “psychotherapeutischen Werkstatt”. En Geissler P. Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer, Wien, 2007, pp. 199-210
40. Hoffman I. The patient as interpreter of the analyst’s experience. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1983, pp. 39-75
41. Ivey G. Enactment controversies: A critical review of current debates. *International Journal of Psychoanalysis* 2008; 89: 19-38
42. Jacobs T. On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1986; 34: 289-307
43. Jacobs T. On unconscious communications and covert enactments: Some reflections on their role in the analytic situation. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21 (1): 4-23
44. Jacobs T. Secondary revision: On rethinking the analytic process and analytic technique. *Psychoanalytic Inquiry* 2002; 22: 3-28
45. Klüwer R. Agieren und Mitagieren. *Psyche* 1983; 37: 828-840
46. Knoblauch S. From the word to the scene: An expanded conceptualization for therapeutic action. *American Journal of Psychoanalysis* 1996; 56 (3): 319-329
47. Knoblauch S. *The Musical Edge of Therapeutic Dialogue*, Analytic Press, New Jersey, 2000
48. Knoblauch S. Body rhythms and the unconscious: Toward an expanding of clinical attention. *Psychoanalytic Dialogues* 2005; 15 (6): 807-827
49. Lachmann F. A farewell to countertransference. *International Forum of Psychoanalysis* 2001; 10: 242-246
50. Levenkron H. Love (and hate) with the proper stranger: Affective honesty and enactment. *Psychoanalytic Inquiry* 2006; 26 (2): 157-181
51. Levenson E. Response to John Steiner. *International Journal of Psychoanalysis* 2006; 87: 321-324
52. Maroda K. Show some emotion: Completing the cycle of affective communication. En Aron L., Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 121-143
53. Maroda K. No place to hide: Affectivity, the unconscious, and development of relational techniques. *Contemporary Psychoanalysis* 2002; 38: 101-120
54. McLaughlin J. Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1991; 39: 595-614
55. Meissner W. A note on transference and alliance: I. Transference-Variations on a theme. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2001; 65 (2): 194-218
56. Mitchell S. *Psychoanalyse als Dialog: Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung*, Psychosozial-Verlag, Giessen, 1997
57. Mitchell S. Aron L. Preface. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. New Jersey: Analytic Press, 1999, pp. ix-xx
58. Orange D. *Emotionales Verständnis und Intersubjektivität: Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie*. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main, 1995
59. Orange D. Intersubjective systems theory: A fallibilist’s journey. *Self and Systems: Annual of the New York Academy of Sciences* 2009; 1159: 237-248
60. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 71-93
61. Plakun E. Sexual misconduct and enactment. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1999; 8 (4): 284-291
62. Renik O. Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst’s irreducible subjectivity. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1993, pp. 407-424
63. Renik O. Reactions to “Observing-participation, mutual enactment, and the new classical models” by I. Hirsch. *Contemporary Psychoanalysis* 1997; 33: 279-284
64. Ringstrom P. Essential enactments: Commentary on paper by Taras Babiak. *Studies in Gender and Sexuality* 2005; 6 (2): 155-163
65. Rodríguez C. Epistemología del psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional* 2007; 1 (1): 9-41
66. Safran J. The relational turn, the therapeutic alliance, and psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis* 2003; 39 (3): 449-475
67. Safran J, Muran C. *La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2000
68. Sánchez M. Juego y enactment en psicoanálisis de niños. *Psicoanálisis APdeBA* 2004; 26 (2): 407-419
69. Sassenfeld A. Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007; 3 (2): 177-188
70. Sassenfeld A. Reflexiones sobre el sistema de las neuronas espejo y algunas de sus implicancias psicoterapéuticas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008a; 4 (2): 193-198
71. Sassenfeld A. Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008b; 4 (1): 83-92
72. Sassenfeld A. Algunas posibilidades del trabajo psicoterapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008c; 4 (4): 440-453
73. Sassenfeld A. Interacción no-verbal temprana y defensas no-verbales relacionales implícitas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008d; 4 (3): 331-338
74. Sassenfeld A. Eros und Bindung: Brückenschläge zwischen Analytischer Psychologie und Bindungstheorie. *Analytische Psychologie* 2010. En prensa
75. Scharff J. Psychoanalyse und inszenierende Interaktion: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. En Geissler P. Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer, Wien, 2007, pp. 83-98
76. Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, W. W. Norton, New York, 2003a
77. Schore A. *Affect Regulation and the Repair of the Self*, W. W. Norton, New York, 2003b
78. Schore A. A neuropsychanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005; 15 (6): 829-854
79. Seligman S. Dynamic systems theories as a metaframework for psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 2005; 15 (2): 285-319
80. Steiner J. Interpretative enactments and the analytic setting. *International Journal of Psychoanalysis* 2006; 87: 315-320
81. Stern DB. On having to find what you don’t know how to look for: Two perspectives on reflection. En Jurist E. Slade A. Bergner S. *Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis*. Other Press, New York, 2008, pp. 398-413
82. Stern DB. Shall the twain meet? Metaphor, dissociation, and cooccurrence. *Psychoanalytic Inquiry* 2009; 29: 79-90
83. Stern DB. *Partners in Thought: Working with Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*, Routledge, New York, 2010
84. Stern DN. *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. W. W. Norton, New York, 2004

85. Stern D, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, Bruschiweiler-Stern N, Tronick E. Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 1998; 79: 903-921
86. Stolorow R, Atwood G. *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*, Herder, Barcelona, 1992
87. Stolorow R, Atwood G, Orange D. *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*, Basic Books, New York, 2002
88. Stolorow R, Brandchaft B, Atwood G. *Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz*, Fischer, Frankfurt am Main, 1987
89. Teicholz J. Enactment as therapeutic hand grenade: How bursts of emotional honesty can get a stuck treatment moving again. Commentary of Holly Levenkron's paper. *Psychoanalytic Inquiry* 2006; 26: 263-278
90. Varga M. Analysis of transference as transformation of enactment. *Psychoanalytic Review* 2005; 92 (5): 659-674
91. Worm G. Zum Umgang mit Handlungsdialogen in der therapeutischen Beziehung. En Geissler P, Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer, Wien, 2007, pp. 210-238
92. Zanicco G, De Marchi A, Pozzi F. Sensory empathy and enactment. *International Journal of Psychoanalysis* 2006; 87: 145-158

## REVISIÓN

# NEUROBIOLOGÍA DEL AMOR ROMÁNTICO Y LA FIDELIDAD

(Rev GPU 2011; 7; 1: 59-68)

Fernando Maureira<sup>1</sup>

**El amor romántico es la experiencia humana más gratificante en la que nos vemos envueltos. Durante mucho tiempo el amor representó un misterio, siendo tema del arte y la filosofía. Sin embargo, la entrada en escena de la biología nos entregó la posibilidad de comprender procesos cerebrales que están involucrados en esta experiencia. La dopamina, la norepinefrina, la serotonina, la oxitocina y la vasopresina son elementos fundamentales para comprender por qué nos enamoramos. De la misma forma, desde fines del siglo veinte se han ido descubriendo las estructuras neurales relacionadas con el amor de pareja: la corteza prefrontal, el hipotálamo, la amígdala, el núcleo accumbens, el área tegmental frontal, etc. Todo esto nos lleva a entender que el misterio del amor es un proceso biológico que se da desde nuestro sistema nervioso, y es ahí donde se encuentran las claves para comprenderlo.**

## INTRODUCCIÓN

Entre todas las experiencias que vivencian los seres humanos, el amor es quizás más gratificante de todas ellas, razón por la cual ha sido objeto de la atención del hombre desde tiempos muy antiguos (Fisher *et al.* 2002a). Ya en grabados sumerios con una antigüedad de 4.000 años antes de Cristo se pueden observar imágenes y frases románticas dirigidas a una pareja (Fisher *et al.* 2002b). De la misma forma, durante la historia de la civilización la relación de pareja y el amor han sido tema de canciones, poemas, pinturas, esculturas, etc., gran parte del arte está orientada sobre esta

experiencia (Páez, 2006). Por otra parte, la psicología ha estudiado también este fenómeno tratando de establecer el origen y las conductas características del amor. Finalmente, en las últimas décadas del siglo veinte la biología entra en la carrera por explicar esta compleja experiencia del vivir humano, entregándonos las bases neurobiológicas del amor, la monogamia y la fidelidad.

Jankowiak y Fisher (1992) muestran que la atracción romántica está presente en 147 de 166 sociedades, y postulan que a las restantes culturas no fueron hechas las preguntas apropiadas etnográficamente. Conocer sobre el amor es ahondar en la naturaleza biológica misma del hombre; no por nada hoy por hoy

<sup>1</sup> Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile. Correspondencia: Prof. Fernando Maureira. Universidad de Santiago. Av. Ecuador 3650. Fono: 7184357. Santiago, Chile. E-mail: maureirafernando@yahoo.es

los dos aspectos más importantes del desarrollo de un individuo son el trabajo y la familia.

*Amor* es una palabra compleja y de difícil conceptualización. Para Yela (2000) cada autor que ha escrito sobre el amor ha generado su propia definición. Por ejemplo, para Gaja (1995) el amor es un sentimiento de agrado hacia otra persona que se manifiesta por la comprensión, la complicidad, el entendimiento, la pasión; en suma, por las habilidades de convivencia.

Debido a que el amor es una de las experiencias más gratificantes de la vida, algunos estudiosos de la psicología (Fromm, 1956; Rubin, 1970; Sternberg, 1986, 1989; Yela, 1996, 1997; etc.) han tratado de entender su naturaleza basándose en conceptos empíricos. Desde la mitad del siglo veinte el tema del amor pasa a ser parte de las áreas de estudio de la psicología, dejando de ser tema exclusivo de filósofos y artistas; así comienza el camino por encontrar las bases conductuales de esta experiencia desde una mirada científica. A esta empresa se suma, desde fines del siglo pasado, la biología, que gracias al avance de las técnicas de neuroimágenes comienza a explicar las bases neurobiológicas del amor, los circuitos cerebrales, las estructuras relacionadas y los neurotransmisores que sustentan el amor romántico que experimentan los seres humanos.

Desde la biología investigadores como H. Fisher, A. Aron, B. Bartels, S. Zeki, T. Esch y G. Stefano han estudiado las estructuras relacionadas y factores neuroquímicos que determinan este comportamiento tan característico del ser humano (Maureira, 2008). El amor está relacionado con ciertas funciones del sistema nervioso central, con núcleos y neurotransmisores determinados (Fisher *et al.*, 2002a). "Diversos estudios neurofisiológicos (Wang *et al.*, 1998; Fisher *et al.*, 2002; Aragona *et al.*, 2003; Young *et al.*, 2004; Aron *et al.*, 2005) sostienen que el amor romántico está relacionado con el sistema de recompensa cerebral, íntimamente relacionado con la motivación y no con las emociones" (Maureira, 2009, p. 85).

Desde un punto de vista biológico, el amor es la necesidad fisiológica de una pareja exclusiva para la cópula, la reproducción y la crianza, y cuya satisfacción genera placer, por lo tanto, toda conducta relacionada con esta experiencia se basa en fuertes conceptos orgánicos, y dentro de ello, con el ámbito de la motivación, donde juega un papel central el sistema neural del placer.

## BASES BIOLÓGICAS DEL AMOR ROMÁNTICO

El amor parece ser un estado químico con raíces genéticas e influencias ambientales (Páez, 2006). Para Fisher *et al.* (2002a, 2002b) los mamíferos y las aves han desarro-

llado tres sistemas cerebrales de motivación-emoción que actúan en serie: el deseo o apetito sexual, con una finalidad de apareamiento con cualquier pareja apropiada; una atracción o amor romántico, con una finalidad reproductiva con una pareja específica, y un apego duradero de pareja con un fin de crianza de la prole.

Fisher *et al.* (2002a) explican que los tres procesos estarían mediados por neurotransmisores específicos: en el deseo sexual, los estrógenos y andrógenos; en el amor romántico, el aumento de dopamina (DA) y de la norepinefrina (NE) y la disminución de la serotonina (5-HT); en el apego de pareja actúan dos neuropéptidos: la oxitocina (OT) y la vasopresina (VTP).

Fisher (2002a) habla de una estimulación básicamente visual en el hombre con deseo sexual constante y de una estimulación más auditiva y con deseo periódico en la mujer. También presenta el amor romántico con igual intensidad y un apego duradero similar en ambos sexos. Siendo la diferencia más notable la mayor atracción por la apariencia física en el hombre y la atracción por el dinero, la educación y la posición social de la pareja en la mujer.

El amor romántico al inicio está asociado a recompensa y más que emoción es motivación que lleva a emociones tales como euforia y ansiedad (Páez, 2006). En el amor romántico ocurre un aumento de DA que provoca un aumento de atención, tendencia a considerar única a la persona amada, euforia, pérdida del apetito, etc. (Fisher *et al.* 2002a). El aumento de NE provoca un aumento de la memoria para nuevos estímulos y la disminución de 5-HT provoca pensamientos obsesivos sobre la persona amada (Fisher *et al.* 2002a, 2002b). Los bajos niveles de 5-HT observados en personas enamoradas son muy similares a los valores presentados en pacientes con desorden obsesivo-compulsivo (Páez, 2006).

El enamoramiento es una experiencia que produce placer, está asociado a los sistemas de recompensas, que son los mismos activados en la adicción a las drogas (Maureira, 2009). Un sustrato neural relacionado con el sistema de recompensa es el sistema de DA mesocorticolímbico, que incluye el Área Tegmental Ventral (AVT), el núcleo accumbens (N. Acc), la corteza prefrontal (CPF), la amígdala y el hipotálamo (Kandel *et al.*, 2001). Además de esas estructuras, Zeki (2007) incluye la ínsula medial, el cíngulo anterior, el hipocampo y partes del striatum como zonas relacionadas con el amor romántico.

Con fMRI se ha observado las áreas subcorticales envueltas en el amor romántico como el AVT y el núcleo accumbens. De la misma forma, el chocolate activa el AVT y la región subcallosa (Small *et al.*, 2001). El trabajo

de Aron *et al.* (2005) muestra que el cerebro cambia con la duración de la relación, más activo el pálido ventral mientras más largo el amor.

Una situación particular es que si bien son similares, hay patrones diferentes de activación en amor romántico y deseo sexual. Páez (2006) explica que el deseo sexual activa regiones diferentes al amor, aunque hay un solapamiento parcial. La evolución del amor romántico parece ir con el desarrollo de la corteza cerebral humana, amar es una forma desarrollada de cortejo que evolucionó para la selección de la pareja (Aron *et al.*, 2005).

Durante el amor romántico hay una activación de áreas subcorticales, recompensa-motivación para enfocarse en un individuo (Páez, 2006). Áreas corticales límbicas, como corteza cingulada y prefrontal, que procesan factores emocionales individuales (Kandel *et al.*, 2001). Y ocurre una desactivación de la amígdala, relacionada con el temor y la agresión (Kandel *et al.*, 1997). El amor reduce respuestas de miedo y emociones negativas (Páez, 2006).

## BASES DE LA MONOGAMIA Y LA FIDELIDAD

Entre las características conductuales que son necesarias para una relación amorosa se encuentra la monogamia, definida como acciones conductuales orientadas a la mantención de una relación de pareja con un solo individuo (Maureira, 2008). Sin embargo, nos damos cuenta que las parejas que establecen fuertes lazos emocionales y sociales duraderos no son la regla. Para Páez (2006) sólo entre el 3 y 5% de los mamíferos son monógamos. Algunos de ellos son las orcas, los roedores de pradera y el hombre; entre las aves encontramos a los pingüinos, los cuervos, las águilas y los loros.

La monogamia está constituida por 5 normas: la cohabitación de macho y hembra y asociación selectiva de la pareja a largo plazo en periodos de crianza o no; agresión dirigida a miembros no familiares de la especie; atención intensa a la cría; regulación social de procesos de reproducción; y prevención de incesto de individuos adultos dentro del grupo familiar (Fisher 2002a).

Para Fisher *et al.* (2002a, 2002b) la primera etapa relacionada con el apareamiento es el deseo sexual, que puede ser definida como la necesidad de gratificación sexual; aquí son los estrógenos y andrógenos los encargados de generar esta conducta. La siguiente etapa es el amor romántico o enamoramiento, que puede definirse como el proceso de atención a una pareja en particular para el apareamiento, existiendo además la necesidad de unión sentimental con dicha pareja; aquí

se observa un aumento de dopamina (DA) y norepinefrina (NE) y disminución de la serotonina (5-HT). Finalmente existe una etapa de apego de pareja con el fin de cuidar las crías, donde se observa la construcción y defensa de una madriguera, se comparten los deberes de la crianza y existe comodidad y unión sentimental; aquí son dos neuropéptidos los encargados de esta conducta: la oxitocina (OT) y la arginina de vasopresina (AVP).

Se han utilizado roedores de la pradera (*Microtus ochrogaster*) y roedores de montaña (*Microtus montane*) para estudiar la monogamia, presentando el primero un gran apego a su pareja (teniendo una de por vida) y el segundo mostrando una conducta promiscua. El estudio comparativo entre ambos se lleva a cabo basado en la homologación genética de ambos que alcanza un 99%, sin embargo, ambos presentan conductas sociales muy diferentes (Shapiro *et al.*, 1990).

La dopamina participa en la preferencia condicionada por sexo (Coria-Avila *et al.*, 2008). Durante el comportamiento sexual en roedores hay un incremento de dopamina en áreas mesolímbicas como el núcleo accumbens (NAc) que recibe estimulación directa de neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral (Coria-Avila *et al.*, 2008).

“Wang *et al.* (1999) demostraron que la administración sistémica de agonistas dopaminérgicos como la apomorfina facilita la formación de preferencia de pareja en ratones de pradera hembras que se exponían a un macho, mientras que los antagonistas como el haloperidol afectaba la formación de preferencia de parejas. Además, las inyecciones de antagonistas de dopamina para D2 afectaba la preferencia de pareja, mientras que agonistas para D2 facilitaban la formación de pareja. Los ratones de pradera machos también forman preferencia de pareja bajos los efectos de inyecciones de apomorfina, y las inyecciones de haloperidol inhiben la preferencia de pareja.” (Coria *et al.*, 2008. p. 215).

“La oxitocina y vasopresina también modulan las preferencias por sexo y parejas. Inyecciones de oxitocina directamente en el NAc de hembras de ratones de pradera produce preferencia de pareja, mientras que inyecciones de antagonistas de oxitocina en el NAc afectan la formación de las mismas. Las inyecciones de vasopresina en ratones de pradera machos facilitan la formación de preferencia de pareja (Cushing *et al.*, 2001). Además, las comparaciones de la distribución de receptores de oxitocina en el cerebro entre ratones de pradera monógamos y polígamos han revelado diferencias importantes. Específicamente, los ratones monógamos expresan más receptores de oxitocina en el NAc que los polígamos (Insel *et al.*, 1992)” (Coria *et al.*, 2008. p. 215).

La AVP está implicada en el control y desarrollo social de muchas especies. Experimentos farmacológicos han demostrado el rol de la AVP en los sistemas de memoria, agresión y apego (Goodson y Bass, 2001). Cuando se administra AVP en el septum del zebrafishes se produce un aumento de la agresión (Goodson y Adkins-Regan, 1999).

Cuando un roedor de pradera realiza su primer encuentro con una pareja se produce un aumento de NE, estrés y aumento del cortisol, luego con la habituación bajan los niveles de estos dos últimos (Páez, 2006).

Con la cópula se observa aumento de la liberación de OT en la hembra, mediante un estímulo vaginal-cervical, y en los machos se produce un aumento del ARNm de AVP en las células que proyectan hacia el septum lateral. Tras esto el macho se vuelve más agresivo frente a los extraños en relación con sus pares vírgenes y se produce una preferencia por su pareja (Coria *et al.*, 2008. p. 215).

Experimentos realizados en roedores monógamos y promiscuos muestran que el emparejamiento del roedor de pradera implicaba la preferencia de una pareja frente a un extraño, que no desaparecía incluso pasadas varias semanas, tanto en machos como hembras (Insel, 1997). El experimento consistía en que una hembra era expuesta 24 horas a un macho que sería su pareja, y luego se medía la preferencia de ella por su pareja o por un extraño. Los machos permanecían atados a sus jaulas, contiguas a la de la hembra, quien se encontraba libre para ir y venir. La hembra de los roedores de pradera permanecía más tiempo con su pareja, en cambio la hembra de los roedores de montaña pasaba la mayor parte del tiempo en su propia jaula.

Para formar estos lazos, lo primero es el reconocimiento de la pareja, que está dado por la OT en la amígdala medial y la AVP en el septum lateral que son necesarias para el reconocimiento social. Young *et al.* (1998) utilizaron ratones KO en genes de OT. Así, observaron que los ratones control mostraban habituación a su pareja, en cambio los ratones KO de OT no.

Al inyectar OT a la hembra facilita la formación de pareja, en cambio inyecciones de antagonistas de OT bloquean la preferencia por la pareja, sin interferir con la cópula, por lo tanto la OT es suficiente para generar la monogamia en las hembras de roedores de pradera (Coria-Avila *et al.*, 2008). En los machos es la AVP la encargada de la preferencia por la pareja, ya que la inyección de su agonista provoca el desapego a la misma (Coria-Avila *et al.*, 2008).

Los circuitos OT y AVP hacen un puente al circuito de recompensa (núcleo accumbens), lo que hace que

se repitan las conductas que producen placer y satisfacción con la misma pareja (Páez, 2006).

Sin embargo, los ratones de pradera y los de montaña presentan la misma cantidad de DA, OT y AVP. Entonces ¿en dónde está la diferencia? Ésta radica en los receptores OT y AVP. La diferencia radica en las neuronas post-sinápticas. Los roedores de pradera y de montaña presentan una distribución neural diferente de estos receptores, por lo tanto, distintas áreas del cerebro van a responder a estos neuropéptidos de manera diferente (Páez, 2006).

En el ratón de pradera los receptores de OT se encuentran en la región prelímbica, septum lateral, núcleo olfatorio anterior y núcleo accumbens, y los de AVP en el bulbo olfatorio, septum lateral, tálamo y colículo superior. En el ratón de montaña los receptores de OT se ubican en el bulbo olfatorio accesorio, septum lateral y núcleo accumbens, mientras que los de AVP se hallan en el bulbo olfatorio accesorio, septum lateral, tálamo y el colículo superior (Insel, 1992, 1997).

En el ratón de pradera los receptores de OT (OTR) presentan una gran cantidad en el núcleo accumbens y en el córtex prelímbico y los receptores AVP (V1aR) en la banda diagonal de Broca. En las mismas zonas del ratón de montaña los receptores son casi inexistentes (Insel, 1997). Estas regiones están relacionadas con la ruta mesocorticolímbica de las DA. De esta forma el ratón de pradera asocia el placer de la cópula a una pareja específica, mientras el ratón de montaña asocia el placer a la cópula misma independiente a la pareja (Páez, 2006).

Un punto importante de aclarar es que no todos los roedores de pradera monógamos son fieles. La fidelidad también está ligada a los receptores de OT y AVP, pero variaciones individuales entre cada individuo de roedores de pradera provocan que algunos siendo monógamos sean infieles y otros siendo monógamos sean fieles. La cantidad de receptores en el núcleo accumbens, septum lateral, pálido ventral, tálamo y región olfatoria está relacionada con la fidelidad.

## MONOGAMIA, FIDELIDAD Y GENES

La relación duradera de pareja depende de la distribución de los receptores de OT y AVP, y esto depende a su vez de los genes. El gen del receptor AVP (V1aR) es diferente entre el roedor de pradera y el de montaña (Young *et al.*, 1998). En el gen V1aR del roedor de pradera hay diferencias a 660 bp arriba del comienzo del sitio de transcripción. Hay 550 bp de secuencias repetidas casi ausentes en el roedor de montaña (Young *et al.*, 1998). La diferencia en la distribución de los receptores de OT y AVP está determinada por diferencias

en las estructuras promotoras del gen V1aR (Nahir y Young, 2006).

Las mutaciones al azar de esas regiones del gen provocan las diferencias en las conductas sociales de los roedores de pradera y montaña (Páez, 2006). La relación entre variaciones individuales en la secuencia promotora y variaciones en patrones de expresión del V1aR tiene relación entre la variabilidad del promotor del gen y la variabilidad de la conducta social (Nahir y Young, 2006).

La sobre-expresión, mediante un virus, de V1aR en el pálido ventral en roedores de montaña promiscuos incrementa la preferencia por una pareja (Lim *et al.*, 2004). Las diferencias individuales entre roedores de pradera en su comportamiento social y en los receptores cerebrales se deben a la expresión de V1aR que debe su variación a microsatélite promotor de V1aR (Hammock y Young, 2005). Phelps y Young (2003) han mostrado la extraordinaria diversidad de regiones donde se expresa V1aR; por ejemplo, algunos roedores de pradera poseen altos niveles de expresión de V1aR en la zona posterior del córtex cingulado-retrosplenial y tálamo dorsal, pero con menos expresión en otras regiones. También existen variaciones individuales de V1aR entre los roedores de la pradera, en el bulbo olfatorio, corteza cingulada, tálamo, corteza, en el cerebro posterior y en el núcleo geniculado lateral del tálamo. (Lim *et al.*, 2004).

Los roedores de pradera con un promotor largo del gen V1aR reconocen a la pareja luego del apareamiento; ellos se vuelven adictos o se enamoran de ella (Páez, 2006). Para Hammock y Young (2005) los promotores son inestables y mutan a gran velocidad; en el caso del gen V1aR mutan rápido *in vitro*, pudiendo las diferencias de este promotor *in vivo* predecir diferencias individuales en la distribución del receptor y de la conducta.

Para Páez (2006), entre los ratones de pradera existe gran variación en el promotor del gen. Así todos ellos son monógamos, sin embargo no todos son fieles. Los roedores monógamos prefieren compartir el nido con una pareja de por vida, pero sólo una fracción del 3 al 5% de los monógamos pasa la vida apareándose con la misma pareja. Por lo tanto, la variación individual de fidelidad en roedores de pradera y los humanos podría estar en las diferencias del promotor del gen V1aR.

Finalmente, para Young *et al.* (2005) existen al menos tres sistemas neurales diferentes e interconectados para establecer lazos de pareja: a) circuitos que llevan información somatosensorial de los genitales al cerebro durante la actividad sexual; b) circuitos de DA mesolímbicos de recompensa y reforzamiento; c) circuitos peptidérgicos implicados en la formación de lazos sociales.

## CONCLUSIONES

Las conductas como el amor romántico y la fidelidad poseen una clara base neurobiológica, en donde los neurotransmisores como la DA, NE, 5-HT y los neuropeptidos AVP y OT se conjugan para generar la experiencia del amor de pareja. Gracias a los adelantos en neuroimagen, biología molecular y genética, es posible determinar las regiones y circuitos cerebrales involucrados en la monogamia y la fidelidad, además de entregarnos las bases genéticas que abren las puertas para entender las conductas de un tipo u otro.

Si bien aún nos encontramos lejos de poder explicar a cabalidad todo el complejo proceso de la atracción romántica y la cooperatividad en la crianza de la prole, la biología ha dado pasos inmensos para esclarecer dichos fenómenos, y creemos que es solo mediante la neurociencia que es posible dar respuesta a los fenómenos de conductas y relaciones sociales que establecemos como sistemas vivos.

Esperamos que los conocimientos entregados por futuras investigaciones puedan ser utilizados en el ámbito humano, como una forma de ayudar a comprender y mejorar las relaciones de parejas, de la misma forma que pueden ayudarnos a mejorar nuestra concepción y práctica familiar.

## REFERENCIAS

1. Aron A, Fisher H, Mashek D, Strong G, Li H, Brown L. (2005). Reward Motivation and emotion system with early-stage intense romantic love. *Journal Neurophysiology* 94: 327-337
2. Coria-Avila G, Pfaus J, Miquel M, Pacheco P, Manzo J. (2008). Preferencias condicionadas por sexo y drogas: comparación de las bases neurales. *Rev Neurología* 46 (4): 213-218
3. Fisher H, Aron A, Mashek D, Li H, Brown L. (2002a). Defining the brain system of lust romantic attraction and attachment. *Archives of Sexual Behavior* 31, 5: 413-419
4. Fisher H, Aron A, Mashek D, Li H, Brown L. (2002b). The neural mechanisms of mate choice: a hypothesis. *Neuroendocrinology Letters* 23: 92-97
5. Fromm E. (1956). *El arte de amar*. Barcelona. Paidós
6. Gaja R. (1995). *El síndrome del amor*. Barcelona. Planeta
7. Goodson J, Adkins-Regan E. (1999). Effect of intraseptal vasotocin and vasoactive intestinal polypeptide infusions on courtship song and aggression in the male zebra finch (*Taeniopygia guttata*). *J. Neuroendocrinology*, 11:19-25
8. Goodson J, Bass A. (2001). Social behavior functions and related anatomical characteristics of vasotocin/vasopressin systems in vertebrates. *Brain Res. Brain Res. Rev.*, 35:246-265
9. Hammock E, Young L. (2005). Microsatellite instability generates diversity in brain and sociobehavioral traits. *Science* 308:1630-1634
10. Insel T. (1992). Oxytocin: a neuropeptide for affiliation – evidence from behavioural, receptor autoradiographic, and comparative studies. *Psychoneuroendocrinology*, 17: 3-33

11. Insel T. (1997). A neurobiological basis of social attachment. *American Journal of Psychiatry*, 154: 726-735
12. Jankowiak, Fisher H. (1992). A cross-cultural perspective of romantic love. *Ethos*, 31: 19-155
13. Kandel E, Schwartz J, Jessel T. (1997). *Neurociencia y conducta*. Madrid: Prentice Hall
14. Kandel E, Schwartz J, Jessel T. (2001). *Principios de neurociencia*. Madrid: McGraw-Hill
15. Lim M, Wang Z, Olazabal D, Ren X, Terwilliger E, Young L. (2004). Enhanced partner preference in a promiscuous species by manipulating the expression of a single gene. *Nature* 429: 754-757
16. Maureira F. (2008). Amor y monogamia como conductas biológicas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4, 3: 326-330
17. Maureira F. (2009). Amor y adicción: Comparación de las características neurales y conductuales. *Revista Chilena de Neuropsicología* 4, 2: 84-90
18. Nahir H, Young L. (2006). Vasopressin and Pair-Bond Formation: Genes to Brain to Behavior. *Physiology* 21: 146-152
19. Paéz X. (2006). *Neurobiología del amor y sustrato biológico de la monogamia*. Seminarios posgrados multidisciplinares biología celular. Universidad de Los Andes, Venezuela
20. Phelps S, Young L. (2003). Extraordinary diversity in vasopressin (V1a) receptor distributions among wild prairie voles (*Microtus ochrogaster*): Patterns of variation and covariation. *J Comp Neurol* 466: 564-576
21. Rubin Z. (1970). Measurement of romantic love. *Journal of Personality and Social Psychology* 16: 255-263
22. Shapiro L, Dewsbury D. (1990). Differences in affiliative behavior, pair bonding, and vaginal cytology in two species of vole (*Microtus ochrogaster* and *M. montanus*). *J Comp Psychol* 104: 268-274
23. Small D, Zatorre R, Dagher A, Evans A, Jones-Gotman M. (2001). Changes in brain activity related to eating chocolate: from pleasure to aversion. *Brain*, 124: 1720-1733
24. Sternberg R. (1986). A Triangular Theory of Love. *Psychological Review*, 93, 2, 119-135
25. Sternberg R. (1989). *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*. Barcelona. Paidós
26. Yela C. (1996). Componentes básicos del amor: algunas matizaciones al modelo de Sternberg. *Revista de Psicología Social* 11, 185-201
27. Yela C. (1997). Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema*, 9, 1: 1-15
28. Yela C. (2000). *El amor desde la psicología social*. Madrid. Pirámide
29. Young L, Wang Z, Insel T. (1998). Neuroendocrine bases of monogamy. *Trends in Neuroscience* 2, 2: 71-75
30. Young L, Murphy A, Hammock E. (2005). Anatomy and neurochemistry of the pair bond. *J Comp Neurol* 493: 51-57
31. Zeki S. (2007). The neurobiology of love. *FEBS Letters* 581: 2575-2579.



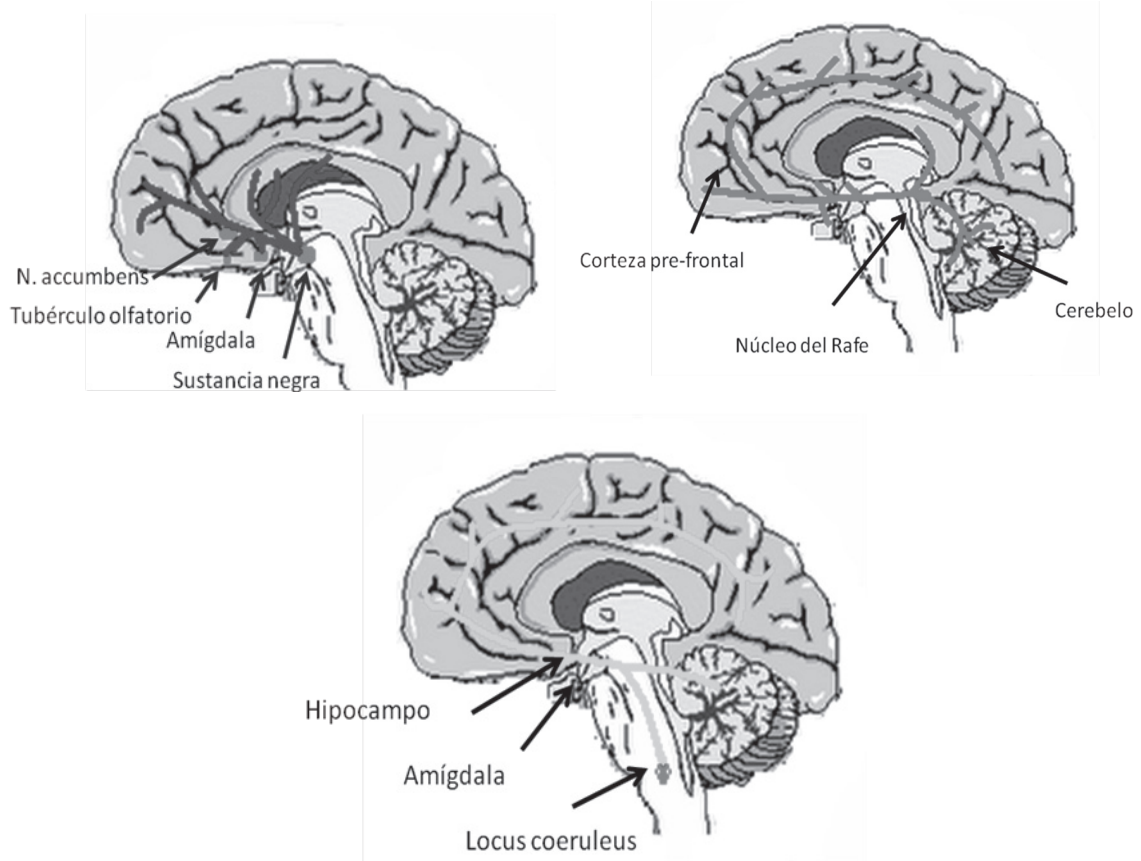


Figura 1. Vías dopaminérgica (arriba izquierda), serotoninérgica (arriba derecha) y noradrenérgica (abajo)

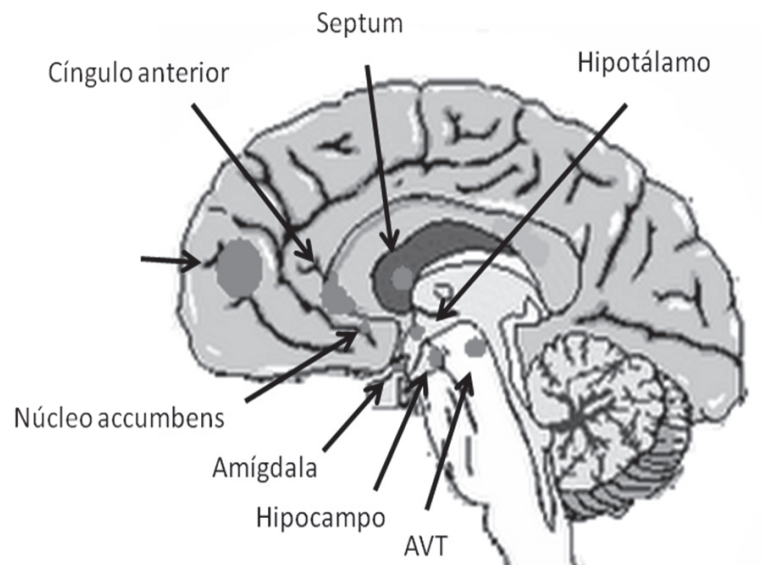


Figura 2. Algunas estructuras cerebrales relacionadas con el amor romántico

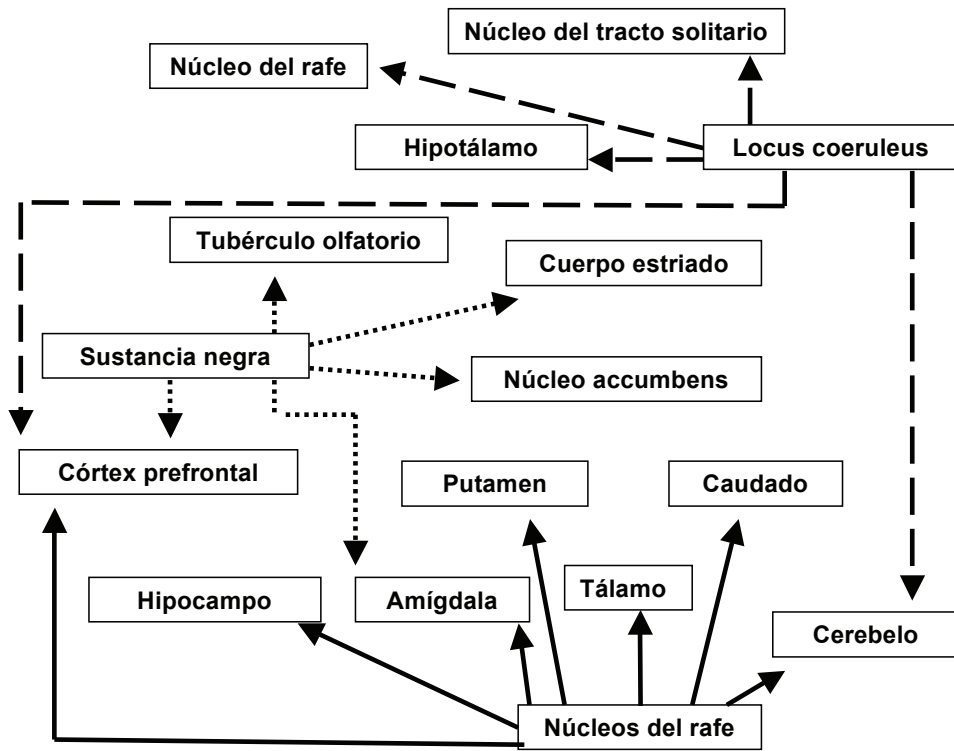


Figura 3. Vías involucradas en la experiencia del amor romántico. En línea continua la serotonina (5-HT), en línea de puntos la dopamina (DA) y en línea discontinua la norepinefrina (NE).

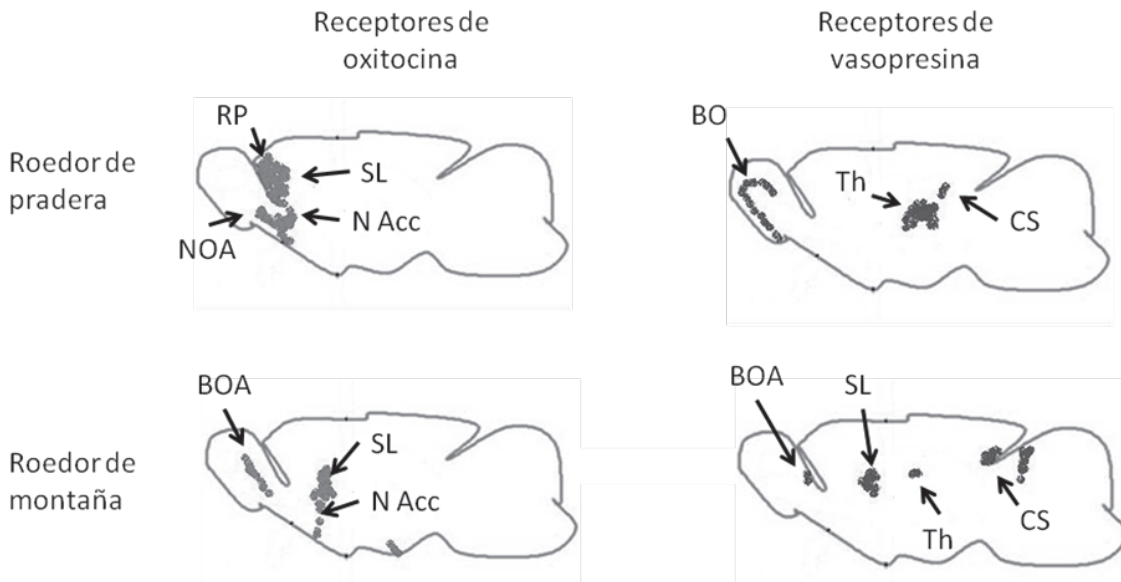


Figura 4. Distribución de los receptores de OT y AVP en roedores de pradera (arriba) y de montaña (abajo). RP: Región pre-límbica; NOA: Núcleo Olfatorio Anterior; SL: Septum lateral; N Acc: Núcleo Accumbens; BO: Bulbo Olfatorio; Th: Tálamo; CS: Calículo Superior; BOA: Bulbo Olfatorio Accesorio. (Modificado de Insel, 1997).

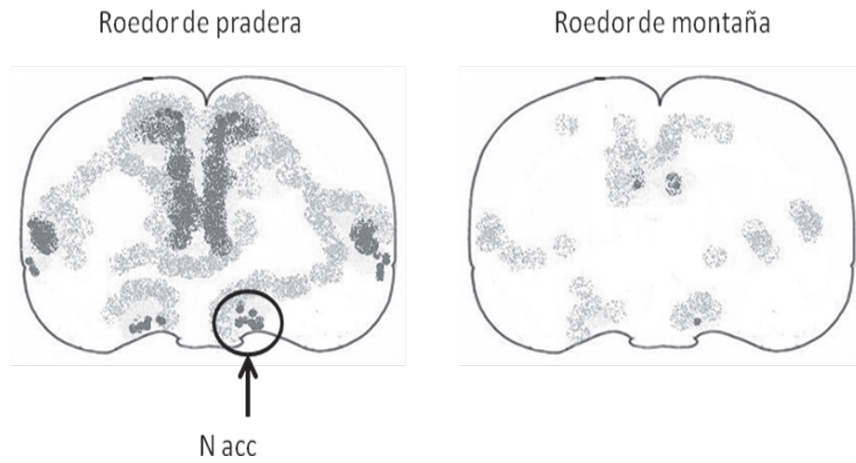


Figura 5. Distribución de los receptores de oxitocina en roedores de pradera y montaña. Nacc: Núcleo accumbens. (Modificado de Young *et al.*, 1998).

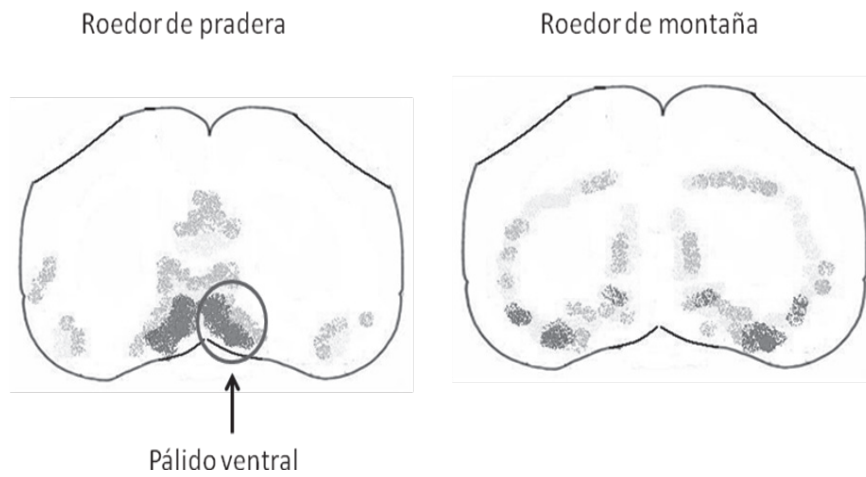


Figura 6. Distribuidor de los receptores de vasopresina en roedores de pradera y montaña (Modificado de Young *et al.*, 1998).

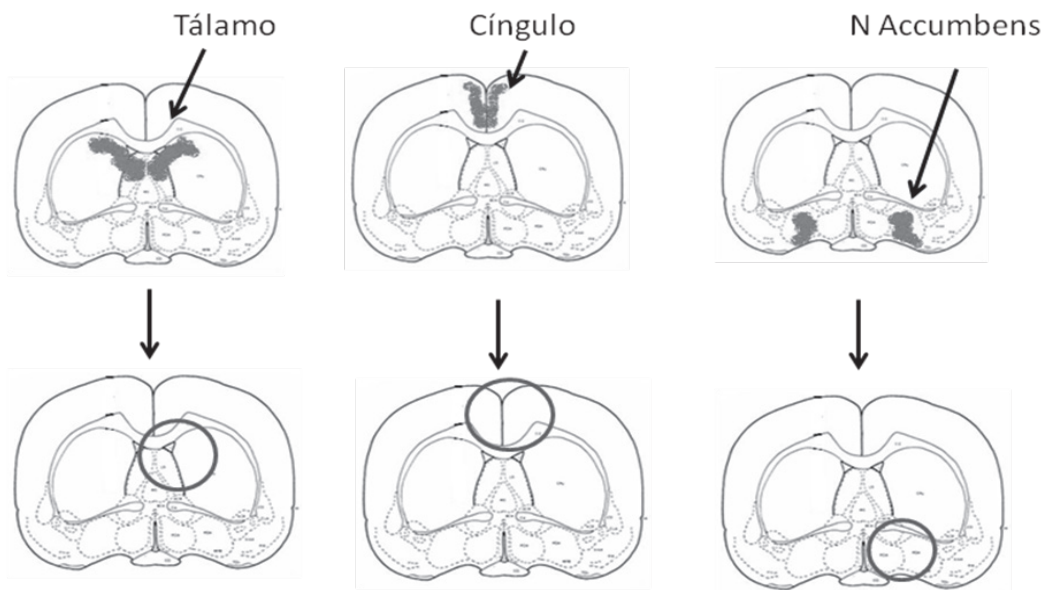


Figura 7. Diferencia en la distribución del receptor V1aR en roedores de pradera monógamos. (Modificado de Lim *et al.*, 2004).

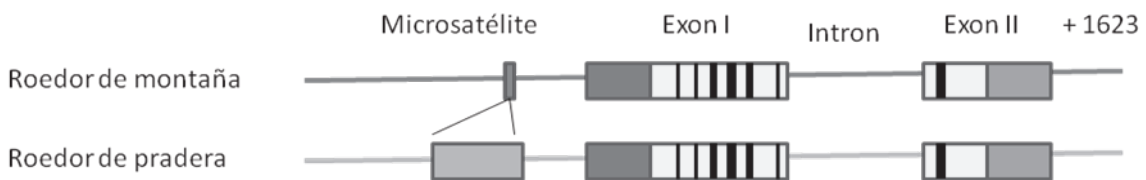


Figura 8. Estructura del gen del receptor de AVP (Modificado de Nahir y Young, 2006).

## ADICCIONES

# NICOTINA Y COCAÍNA: LA DISPAR HISTORIA DE DOS HERMANAS SIAMESAS CONSECUENCIAS DE UN CAMBIO DE ENFOQUE

(Rev GPU 2011; 7; 1: 69-76)

Juan M Pérez-Franco<sup>1</sup>

**Nicotina y cocaína aparecen como dos sustancias muy dispares en el saber cotidiano, lo cual justificaría su distinta connotación social y jurídica. La nicotina es aceptada socialmente (al menos hasta el cambio en la legislación), y el daño que provoca se considera lejano de la realidad cotidiana. La cocaína, en cambio, no es aceptada socialmente, es considerada una droga de alta peligrosidad y de daño inmediato, capaz de provocar una intensa adicción. Naturalmente, su consumo es vinculado al mundo de la delincuencia. Sin embargo, tanto desde el punto de vista neurobiológico como clínico comparten muchas más similitudes que diferencias. Considerando que es tiempo de abordar el tema del uso de las sustancias adictivas con mayor énfasis en la evidencia científica que en ideas apriorísticas de dudoso fundamento, se presenta el siguiente trabajo.**

## INTRODUCCIÓN

**E**n el saber popular el consumo de cocaína aparece como extraordinariamente peligroso y adictivo (1). El consumo de nicotina, sin embargo, sólo parece ser una costumbre, con algún riesgo ligeramente indefinido en algún futuro incierto (2). La adicción a cocaína se percibe como poderosa, algo a lo que difícilmente se le puede hacer frente, como no sea con ayuda especializada. El consumo de nicotina, en cambio, se percibe como algo más o menos sencillo de controlar, salvo que

se trate de un gran fumador. En este caso, el gran fumador es un personaje más bien extraño, especial: aquel que no logró el control de su “vicio” (3).

Esta diferencia de percepción entre el consumo de estas dos sustancias tiene como una de sus consecuencias que los pacientes adictos a cocaína se sientan enfrentados con gran angustia a una situación que no logran controlar, y que tiene evidentes consecuencias en casi todas las áreas de su vida: financiera, familiar, personal, laboral, legal y sanitaria. Cuando el adicto a cocaína solicita ayuda, suele hacerlo dentro de un

<sup>1</sup> Médico psiquiatra. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Universidad de Chile. Av. José Miguel Carrera 3100, San Miguel. jperez@med.uchile.cl. (56) 02-551 0044.

torbellino de emociones a propósito de una crisis biográfica, se siente a merced de su “vicio” con la remota esperanza de “salir de esto”, y siente además que puede ser o es percibido por los demás como una especie de “paria”.

El adicto a nicotina, en cambio, busca ayuda porque ha hecho toda una evaluación sobre su consumo y ha llegado a la conclusión que “no puede seguir así”. Evalúa, por ejemplo, que su capacidad aeróbica ha disminuido de manera crítica, que su casa tiene mal olor por las mañanas, que se está gastando una pequeña fortuna en cigarrillos. No tiene, sin embargo, esta percepción de “paria” ni se acerca a consultar con el grado de angustia frecuente en los consumidores de cocaína. Sabe, por ejemplo, que su consumo tiene reglas legales bien establecidas, que puede comprar cigarrillos en casi cualquier sitio, que no arriesga ninguna sanción penal, y que en muchos círculos sociales es bien acogido con su “costumbre” dado que se trata de un fenómeno ampliamente reconocido y extendido.

¿Se justifica esta diferente percepción en estos dos tipos de consumo, una con gran angustia la otra no, una como grave adicción, la otra como simple “mala costumbre”? ¿Qué consecuencias trae para el sujeto, para su familia, y para el personal de salud que debe afrontar el tratamiento?

El presente trabajo resume parte del conocimiento actual acerca del abuso y adicción a estas dos sustancias, y discute posibles vías de afrontamiento del problema.

## EL PROBLEMA EPIDEMIOLÓGICO

El uso de tabaco y cocaína se comportan de manera marcadamente diferente en la población. En Chile la tasa de consumo en el último mes de pasta base de cocaína (PBC) se ha mantenido en un estable 0,2-0,4% en todas las encuestas bianuales del CONACE desde 1994 hasta el 2008 (1). El clorhidrato de cocaína (CC) mostró un aumento sostenido de la tasa de consumo en el último mes desde un 0,3% en 1994, hasta llegar a un 1% en 2008. La tasa de uso en el último mes de cocaína total, en consecuencia, se mantuvo en un promedio de 0,8% hasta el 2006, aumentando a un 1,3% en 2008. El uso de cocaína (sea como PBC o como CC) se ha mantenido irregular pero estable en todos los grupos etarios y en ambos sexos. El grupo que muestra una mayor tasa de uso en el último mes, los jóvenes de 19 a 25 años, alcanzó un 2,2% en el año 2002, descendió a un 1,5% en 2004 pero volvió a aumentar a 2,7% en 2008.

La tasa de consumo en el último mes de cigarrillos se ha mantenido bastante estable desde 1994 con

valores alrededor del 42%, siendo la más alta entre los países de América, y la 18ª del mundo (4). El 75% de estos consumidores del último mes son en realidad consumidores diarios de tabaco, con un promedio de 6 cigarrillos al día (1, 2). El uso de tabaco también se ha mantenido estable en los distintos grupos etarios, con un ligero aumento en el grupo de mayores de 45 años. La cifra más significativa es el cambio del promedio de uso diario de cigarrillos, que aumentó en el grupo de mayores de 45 años, pasando de 6 cigarrillos diarios en 1994 a 9 cigarrillos diarios en 2004 (2), un nada despreciable aumento de un 50%. CONACE no entrega cifras de uso diario de cocaína como para compararlas con el uso de cigarrillos. De los datos aportados por CONACE, debe destacarse que la entrada en vigencia de la Ley del Tabaco en 2006 no parece haber tenido mayor impacto en los niveles de consumo de cigarrillos.

El inicio del consumo de tabaco se produce cada vez más precozmente en la vida escolar. La prevalencia de consumo se ha hecho significativamente mayor en la mujer, con tasas de consumo diario de casi 20%, lo que puede estar en el contexto de un cambio asociado al género respecto de la percepción de este hábito (5).

Por otro lado, el riesgo percibido en estas dos sustancias es significativamente distinto. Para la cocaína, la percepción de riesgo se mantiene alta con un desgaste mucho menor que el que ha mostrado, por ejemplo, la marihuana. Al contrario, la percepción de facilidad de acceso ha aumentado de manera significativa, sobre todo en los jóvenes. El riesgo percibido es notablemente diferente entre cocaína y cigarrillos, sobre todo cuando se advierte que las bases de comparación son extremadamente distintas. Mientras que el 80% de las personas percibe un “gran riesgo” en el consumo de cocaína una vez al mes, otro 80% de las personas percibe el “gran riesgo” de uso de cigarrillos sólo a partir del consumo de una cajetilla al día (1, 2).

Un hecho notable es la tasa de “ex-consumo”. Los ex consumidores son definidos por CONACE como aquellos sujetos que “dejaron de consumir las drogas indicadas en el año previo a la aplicación de la encuesta”, independiente de su nivel de consumo y de las características abusivas o no de éste. La tasa de ex consumo para cocaína es de alrededor de un 70% (un poco mayor para pasta base, un poco menor para el clorhidrato), esto es, la mayoría de los sujetos que la han probado no la han consumido en el último año. En cambio, la tasa de ex consumo para el cigarrillo es de un 29%, es decir, la mayoría de los sujetos que lo han usado, continúan usándolo en la actualidad (6, 7).

Estos estudios no son tan diferentes de los realizados en Estados Unidos, donde el Department of Health

and Human Services (DHHS) estima que los sujetos mayores de 12 años que desarrollan una dependencia a la cocaína representan un 4,7% de quienes la han consumido alguna vez en la vida (8). Por otro lado, el mismo DHHS informa que un 29% de la población mayor a 12 años ha consumido cigarrillos en el último año, y de éstos más de la mitad cumple criterios de dependencia. En Chile, CONACE (1) ha estimado que alrededor de un 30% de los consumidores de CC en el último año cumplirían con criterios de dependencia, aunque esta cifra llega a un 50% de los consumidores de PBC del último año. No existen en Chile cifras para la dependencia al cigarrillo, pero podemos hacer una estimación a partir de la tasa de consumo de cigarrillos mayor a 10 unidades diarias que es de 19,7% en promedio en los distintos grupos etarios. Esta cifra va desde un 5,6% en el grupo de 12 a 18 años, escalando progresivamente hasta un 30,4% en el grupo de 45 a 64 años (2). Probablemente la gran mayoría de estos fumadores cumple con criterios de dependencia (9). Sin embargo, es muy posible que existan fumadores que cumplan criterios de dependencia entre quienes fuman más de 5 cigarrillos diarios (10), dado que el número de cigarrillos diarios es el mejor predictor de adicción al tabaco (11, 12), existiendo una correlación marcada entre número de cigarrillos diarios e intensidad de la adicción (9), de modo que un 40% es una cifra bastante conservadora para estimar la proporción de adictos al cigarrillo entre los consumidores del último mes (9). En su revisión, Campos-Arias (9) sugiere que en realidad uno de cada dos consumidores actuales de cigarrillos cumple con criterios de dependencia, y uno de cada tres de los consumidores en el último año, cifra superior al 30% de la estimación de adictos al CC en el último año realizada en Chile. Debe considerarse que las cifras de dependencia al tabaco son probablemente mayores en Chile que en otros lugares, lo que es consistente con la alta prevalencia de consumo de tabaco en Chile comparado con el resto del mundo (4), y la mayor prevalencia de consumo de tabaco en escolares chilenos comparada con escolares de EE.UU. (2).

Hay que advertir que el Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Antonio María Costa, informó en junio de 2008 que un porcentaje que no llega al 0,6% de la población adulta del planeta tiene problemas relacionados con el consumo de drogas. Ocurren unas 200.000 muertes anuales por drogas ilícitas, en cambio las muertes relacionadas con el tabaco son 5 millones, y 2,5 millones se relacionan con el alcohol. El cigarrillo tiene, así, una tasa de mortalidad 25 veces mayor que el de las drogas ilícitas. Estas cifras llevan a Costa a afirmar

que “la heroína, la cocaína y las sustancias sintéticas son desastrosas para quien las consume, pero no tienen repercusiones tan graves en la salud pública como el tabaco y el alcohol” (13).

En suma, mientras que el uso de cocaína en el último mes es en promedio de un 0,8%, el uso de cigarrillos en el último mes es de un 40%, la mayor parte como uso diario, y teniendo ambas sustancias una proporción más o menos similar de dependencia (adicción), pero en la cocaína las tasas de abandono son mayores, lo que es consistente con la notable diferencia de percepción de riesgo en el uso de estas dos sustancias.

## DIFERENCIAS ENTRE NICOTINA Y COCAÍNA

Nicotina y cocaína parecen tener en principio más diferencias que similitudes cuando se compara el efecto inmediato (14). Mientras la cocaína tiene un efecto euforizante, la nicotina tiene un efecto más bien ansiolítico. La cocaína tiene un efecto inmediato muy evidente para el sujeto y para quienes lo observan, en cambio el tabaco tiene un efecto inmediato menos evidente. La cocaína suele consumirse en situaciones especiales, como las fiestas, y tiende a consumirse en la noche y los fines de semana. Los cigarrillos, en cambio, tienen un patrón menos notorio: pueden consumirse a cualquier hora del día, y se asocian a una gran cantidad de situaciones sociales corrientes, como reuniones de trabajo (aunque con la legislación actual los sujetos lo evitan), antes o después de realizar una actividad que demanda atención, antes o durante actos fisiológicos (como las deposiciones o el comer). Hay que agregar la obvia diferencia en el modo de adquirir la sustancia, donde la cocaína se adquiere en el mercado ilícito arriesgando una sanción penal, mientras que en el caso del tabaco no es así, y su disponibilidad es amplia y ubicua.

La cocaína tiene un alto riesgo cardiovascular inmediato, con posibilidad de infarto al miocardio (15), isquemia y hemorragias cerebrales (16, 17), hemorragia y perforaciones gastroduodenales (16, 18). A largo plazo está vinculada a deficiencias neurocognitivas (19). El riesgo de la nicotina, ampliamente conocido (20, 21), es más bien en el plazo mediano a largo (riesgo cardiovascular, oncológico, respiratorio, etc.), y no existe un “nivel de seguridad” para su uso: *todo* uso es riesgoso (22).

El riesgo de alteraciones fetales es igualmente elevado en ambas sustancias (23, 24). Sin embargo hay estudios que muestran que la nicotina genera consecuencias más marcadas sobre el feto, dado que, más allá del efecto cardiovascular que comparte con la

cocaína, tiene un efecto duradero sobre la diferenciación y multiplicación celular llevando a la larga a una alteración de la actividad sináptica (25). Este efecto, por el contrario, parece ser sólo transitorio en el caso de la cocaína.

En el nivel farmacológico, la cocaína es un bloqueador de la bomba recaptadora de dopamina (DA), en cambio la nicotina es un estimulante de los receptores acetilcolinérgicos nicotínicos (26). Mientras que la cocaína es una sustancia relativamente pura (dado que es un producto elaborado), y que en el consumo habitual se acompaña de pocas sustancias agregadas que tengan un real efecto farmacológico, la nicotina se acompaña de múltiples sustancias con efectos no completamente conocidos, aunque la responsable de la adicción es la nicotina misma. Hay evidencia de que parte de la capacidad adictiva de la nicotina se debería a la acción de otras sustancias contenidas en el cigarrillo, tales como inhibidores de MAO (27).

Éstas son las diferencias.

## SIMILITUDES

Nicotina y cocaína comparten una serie de similitudes desde el punto de vista neurobiológico. Pese a su diferente modo de acción farmacológica, sea de manera directa por la cocaína (por bloqueo de la recaptación de DA) o de manera indirecta por la nicotina (a través de la inhibición de células GABAérgicas que controlan células DAérgicas), el resultado final es un potente aumento de la concentración de DA en los lugares de inervación axónica de este neuromodulador (28, 29), principalmente estriado dorsal y ventral (30) y corteza prefrontal (31). Se ha demostrado también que la nicotina tiene una influencia directa sobre células de DA (32) y en la descarga de glutamato (27). Este aumento de DA en los sitios blanco de células DAérgicas es posiblemente el responsable del efecto sobre el aprendizaje que muestran las drogas adictivas. La DA participa en la consolidación de conductas novedosas asociadas a claves ambientales. Se discute si esta participación es a través del señalamiento de un error en la predicción de una recompensa (33), a través de la reelección de conductas eficaces (34), a la liberación de conductas instintivas de búsqueda (SEEKING, en la terminología de Panksepp) (35), o a una desregulación de los sistemas hedónicos cerebrales (procesos oponentes) (36, 37), pero, sea cual sea el mecanismo básico, éste es "secuestrado" por las drogas adictivas (38), lo que genera un sobreaprendizaje de estímulos ambientales que terminan por controlar las conductas asociadas a la búsqueda y consumo de drogas.

Nicotina y cocaína presentan un claro efecto reforzador positivo en conductas de animales de experimentación (39). Es decir, la administración de cualquiera de estas sustancias provoca un aumento en la tasa de respuesta conductual en los animales. De la misma manera, los animales muestran una preferencia de lugar (prefieren mantenerse o dirigirse a lugares donde han recibido la sustancia en investigación) y son capaces de realizar complicados esfuerzos para conseguirla. En seres humanos, la nicotina modifica la ejecución de una serie de tareas cognitivas (40) (en realidad mejora algunas tareas) y se ha demostrado el efecto sobre la desinhibición impulsiva (41), que podría ser una de las causas del fumar compulsivo. La nicotina provoca una actividad neural que finalmente es controlada por claves ambientales (42).

De manera que tanto la cocaína como la nicotina son igualmente capaces de provocar a nivel neurobiológico y clínico un síndrome notablemente parecido: el sujeto reacciona de manera cada vez más intensa a las claves ambientales asociadas al consumo, con ansiedad y patrones motores estereotipados compulsivos de búsqueda y consumo.

## ¿CUÁL DE ESTAS SUSTANCIAS ES MÁS ADICTIVA?

La "adictividad" de una sustancia es un tema de discusión. La OMS utiliza el concepto de "propensión al abuso" (*abuse liability*) (43), definido como la probabilidad relativa de que el uso de la sustancia genere problemas sociales, psicológicos y físicos para un individuo o para la sociedad. La evaluación de la propensión al abuso determina el grado en que una droga posee propiedades farmacológicas predictivas de su capacidad de producir abuso y dependencia (44), proceso normado en una serie de pasos. La OMS también utiliza el término adictividad (*addictiveness*) o potencial de dependencia (*dependence potential*) (45).

En términos populares, existe la creencia que basta probar una "droga" para volverse adicto, es decir, perder toda capacidad de controlar el consumo. Quien utiliza una sustancia es calificado como enfermo con cierta ligereza. Basta observar la legislación chilena, en que por el simple hecho de sorprender a un sujeto portando alguna droga para uso personal, se le envía a tratamiento (que se considera una *pena*) (46).

Pero, ¿es adictiva la cocaína? Sin duda. Una parte de los sujetos que prueban la cocaína llega a utilizarla de manera abusiva o adictiva. Sin embargo, no es fácil determinar qué proporción de los sujetos que la prueban llegan efectivamente a usarla de esta forma. German y Sterck (2002) (47) en una muestra de usuarios de



crack (una forma de cocaína que tiene una alta "adictividad") (48) mostraron que alrededor de un 37% de los sujetos no muestran síntomas adictivos y son capaces de tener sorprendentes conductas de control, y esto de manera independiente a la cantidad y frecuencia del consumo. Falck *et al.* (2008) (49), trabajando también con consumidores de crack, han mostrado que la "adictividad" está vinculada a factores ajenos a la farmacología de la sustancia, tales como la pertenencia a ciertos grupos culturales y sociales. Nappo *et al.* (1999) (50) y Oliveira y Nappo (2008) (51) en São Paulo han determinado que una parte de los consumidores tanto de cocaína como de crack son capaces de controlar el consumo, y que utilizan una serie de efectivas estrategias intuitivas para hacerlo. En Chile, un 15% de una muestra de usuarios de PBC, una forma farmacológica similar al crack, no presentaba apetencia compulsiva por la sustancia y cerca del 50% mantenía conductas sorprendentemente normales (trabajan, colaboran con la familia) (52). Otros estudios en Chile han llegado a una conclusión similar: una cantidad apreciable de sujetos tiene un insólito control sobre el consumo de PBC (53, 54). Trabajos experimentales en humanos bajo el paradigma de la libre autoadministración de cocaína, muestran que los sujetos controlan la cantidad y frecuencia del consumo, a pesar de tener libre disponibilidad de la droga (55). Del mismo modo, estudios en animales (56) revelan que sólo una parte de las ratas que se autoadministran cocaína desarrollan síntomas similares a la adicción.

¿Es adictiva la nicotina? Completamente cierto (39, 57, 58) pero, al igual que con la cocaína, hay estudios (59) que muestran que una proporción no despreciable de grandes consumidores diarios de cigarrillos, que llega casi al 38%, nunca tienen síntomas de adicción.

Por otra parte está el dato de los "abandonadores" (sujetos que, habiendo utilizado una sustancia, hace más de un año que ya no la usan). En Chile alrededor del 70% de quienes utilizan cocaína, luego la abandonan. En consecuencia sólo un 30% de quienes la han probado continúan haciéndolo en la actualidad, aunque este dato no dice nada acerca del nivel de uso (recreacional, abusivo o adictivo). Como ya se hizo notar, el DHHS estima que los sujetos mayores de 12 años que desarrollan una dependencia a la cocaína representan un 4,7% de quienes la han consumido alguna vez en la vida. Estos datos son, pues, más o menos coincidentes: a grandes rasgos, de cada 20 sujetos que prueban la cocaína, 1 probablemente se vuelva un adicto; 14 van a abandonarla, y los otros 5 consumirán la cocaína con diversas consecuencias: desde el uso recreacional sin contingencias hasta el uso abusivo con consecuencias graves.

Podemos contrastar estas cifras con las correspondientes para el cigarrillo. En un estudio de seguimiento a cinco años un 24% de usuarios de cigarrillos fueron capaces de dejarlo por sí mismos (60). En Chile, la tasa de ex consumo de cigarrillos es de un 29%, es decir, de cada 100 sujetos que lo han usado, 29 dejan de hacerlo en el último año. De los que lo utilizan en la actualidad, el 75% lo hace en forma diaria, con un consumo promedio de 6 cigarrillos al día. Es difícil no ver en esto una conducta abusiva, dados los claros efectos dañinos sobre la salud que demostradamente tiene el tabaco. Recordemos que en los últimos años el mayor aumento se ha dado precisamente en el promedio diario de consumo, sobre todo en mayores de 45 años, que pasaron de 6 a 9 cigarrillos diarios, y en la prevalencia diaria de consumo en mujeres.

Así, la adictividad comparativa entre ambas sustancias es sustancialmente similar. Henningfield *et al.* (1991) (61) consideran que ambas son altamente adictivas, en las que los patrones de uso y el desarrollo de la adicción están fuertemente influenciados por factores como disponibilidad, precio, presión social, y regulaciones, así como por sus características farmacológicas.

### ¿DÓNDE ESTÁ LA DIFERENCIA?

Observamos, pues, la siguiente situación: la mayoría de quienes han utilizado la cocaína han dejado de usarla; de quienes la usan, posiblemente 1 de cada 6 sea un adicto. De los otros 5 tenemos poca noticia, aunque es claro que algunos de ellos, tal vez sean la mayoría, la utilizan en forma controlada. Del cigarrillo, en cambio, la mayoría de quienes lo han utilizado siguen haciéndolo en la actualidad, la mayoría de manera abusiva y probablemente adictiva, esto es, quien lo utiliza frecuentemente siente el deseo irrefrenable de consumirlo ante la presencia de claves ambientales asociadas a aquél (62), o ante la baja de nicotina sanguínea matinal.

La diferencia más marcada entre estas sustancias no está, consecuentemente, ni en la neurobiología, ni en la farmacología ni en la clínica: está en las restricciones sociales al consumo (59). Tiffany (1990, 2000) ha propuesto, para el alcohol, que el ansia de consumo no sólo se relaciona con las claves ambientales o con el deseo de consumir, sino con la falta de disponibilidad de alcohol cuando se le desea (63, 64). Cuando el sujeto tiene deseo de usar alcohol y éste se encuentra disponible, no existe ansia e impulso (*craving*). El ansia sólo aparece cuando el alcohol *no está disponible*, y el sujeto realiza una evaluación cognitiva consciente de su situación.

Es posible que ésta sea la misma situación tanto para el consumidor de cocaína como para el de cigarrillos. El ansia/impulso sólo aparece si la sustancia no se encuentra disponible, lo que es la regla para la cocaína, pero es más bien una excepción en los cigarrillos. Un consumidor de 9 (o 6) cigarrillos diarios casi con seguridad va a experimentar el deseo de consumo ante algunas claves cotidianas (después de almuerzo, durante una reunión, al ver a otro fumar, cuando se le ofrece, al tomar café), pero difícilmente va a estar en una situación de no disponibilidad. El consumidor diario de cigarrillos se provee con regularidad de su provisión y la lleva siempre a mano. Hasta hace poco tiempo podía consumirla en cualquier sitio y a la vista de todo el mundo con (casi) perfecta aceptación social.

Por el contrario, el consumidor de cocaína no tiene la sustancia siempre a mano. Al revés, es muy raro que vaya con una dosis dentro de sus pertenencias, porque sabe que se trata de una situación sometida a fuerte sanción policial y social. De manera que, ante la presencia de claves que le provocan el deseo, reacciona como sugiere Tiffany, evaluando su situación actual y buscando la manera de conseguir un distribuidor, valorando la cantidad de dinero que posee, sabiendo que se expone al riesgo de una detención policial. Esto hace aparecer el ansia y el impulso (hay tiempo para la evaluación cognitiva).

¿Qué está pasando con los consumidores de cigarrillos ante el cambio de la legislación y el aumento de sanciones sociales por el consumo? Es posible que los consumidores diarios de dosis significativas (que, recordemos, son la mayoría) estén experimentando el ansia/impulso como nunca lo habían hecho. Aparecido el deseo, tienen que buscar el sitio adecuado para consumir y dar una serie de explicaciones al enfrentar la sanción social. Eluden la propaganda negativa de las cajetillas y avisos publicitarios con diversas técnicas (como usar cigarreras que evitan la visión de las fotos). Esto probablemente lleve a que los consumidores de cigarrillos se diferencien menos de los consumidores de cocaína. La sanción moral (social) es un importante elemento de control en las adicciones (65, 66), y con el cambio de *status* del consumo de cigarrillos se revela de una importancia similar para estos dos consumos.

En suma, nicotina y cocaína no tienen diferencias significativas en cuanto a su adictividad ni a la neurobiología de los trastornos que provocan. Tampoco tienen diferencias notables en el potencial riesgo fisiológico que ocasionan en el usuario, ni en las conductas adictivas que desencadenan ante los estímulos ambientales. Ambas son igualmente controlables por una parte significativa de los usuarios.

La gran diferencia entre ambas sustancias se encuentra en la sanción social que arrojan sobre los usuarios y en el control policial de éstos, una táctica que se ha mostrado particularmente ineficaz para disminuir los índices de consumo (67).

## ¿CONCLUSIÓN?

De modo que un cambio en la valoración social de cocaína y nicotina tal vez pudiera llevar a una disminución tanto del elevado riesgo de mortalidad provocado por el consumo de tabaco como a una disminución de la tragedia social del narcotráfico, que arroja una sombra ominosa sobre las democracias en el mundo, como reconoció la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (68, 69). Serviría como ejemplo la situación de Portugal que en 2001 despenalizó el uso y tenencia de drogas ilegales, entre ellas la heroína, de la que tenía uno de los índices de consumo más altos en Europa. Muchos pronosticaron una crisis social, pero en realidad no ocurrió nada de eso: el consumo de drogas no sólo no aumentó sino que disminuyó, y en la actualidad un mayor número de personas en Portugal busca ayuda médica para salir de la droga que antes. Como dice Brendan Hugues, del Observatorio Europeo de Drogas, ante la disminución del consumo “el sentido común puede decir una cosa, pero todas las estadísticas dicen lo contrario” (70, 71). El centro de estudios estadounidense Cato Institute afirma en una publicación que en Portugal “no se ha cumplido ninguno de los horrores que los opositores de la despenalización en todo el mundo suelen invocar” (72).

Todo esto nos aleja un poco del tema central, la comparación de la capacidad adictiva de la cocaína y la nicotina. Pero resulta inevitable aproximarse a estos temas. Y, aun cuando ninguna medida en particular puede resolver el problema, no es menos cierto que parece imperativo razonar bajo principios diferentes de lo que indica “el sentido común”, el menos común de los sentidos.

Agradecimientos: Una versión preliminar del original fue revisada gentilmente por el Dr. Claudio Fuentealba, a quien agradezco sus valiosos comentarios.

## REFERENCIAS

- 1 CONACE. Ministerio del Interior. Octavo estudio nacional de drogas en población general de Chile. 2008
- 2 CONACE. Ministerio del Interior. El consumo de cigarrillos en Chile. 2005
- 3 Pérez J. ¿Vicio o enfermedad? La falsa dicotomía de la adicción a sustancias. Rev GPU 2008; 4; 4: 467-473

- 4 World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments. En [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918\\_eng\\_full.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf) Consultado el 18/12/2010
- 5 Valdivia G, Simontti F, Cumsille P, Ramírez V, Hidalgo CG, Palma B, Carrasco J. Consumo de tabaco en población menor de 18 años: estudio de prevalencia en escolares de Chile. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 171-182
- 6 CONACE. Ministerio del Interior. Tercer estudio nacional de drogas en población general de Chile. 1998
- 7 CONACE. Ministerio del Interior. Cuarto estudio nacional de drogas en población general de Chile. 2000
- 8 Department of Health and Human Services. Office of Applied Studies. 2006 National Survey on Drug Use and Health. <http://oas.samhsa.gov/nsduh/>. (consultado el 14 de septiembre de 2008)
- 9 Campo-Arias A. Prevalencia de dependencia de nicotina en algunas poblaciones: una revisión sistemática. *Rev Salud Pública* 2006; 8 (1): 98-107
- 10 Benowitz NL, Henningfield JE. Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation. *N Engl J Med* 1994; 331: 123-125
- 11 Díaz FJ, Jane M, Salto E, Pardell H, Salleras L, Pinet C, *et al.* A brief measure of high nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological surveys. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 161-168
- 12 O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, Meshefedjian G, *et al.* Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med* 2003; 25(3): 219-225
- 13 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. En: <http://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2008-06-26.html> (Consultado el 17/09/2008)
- 14 Friedman L, Fleming N, Roberts D, Hyman S (eds.) *Source Book of Substance Abuse and Addiction*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996
- 15 Rezkalla SH, Kloner RA. Cocaine-Induced Acute Myocardial Infarction. *Clin Med Res* 2007; 5(3): 172-6
- 16 Brown E, Prager J, Lee H, Ramsey RG. CNS Complications of Cocaine Abuse: Prevalence, Pathophysiology, and Neuroradiology. *AJR Am J Roentgenol* 1992; 159(1): 137-47
- 17 Green RM, Kelly KM, Gabrielsen T, Levine SR, Vanderzant C. Multiple intracerebral hemorrhages after smoking "crack" cocaine. *Stroke* 1990; 21: 957-962
- 18 Lee HS, LaMaute HR, Pizzi WF, Picard DL, Luks FI. Acute gastrointestinal perforations associated with use of crack. *Ann Surg* 1990; 211(1): 15-7
- 19 Nnadi CU, Mimiko OA, McCurtis HL, Cadet JL. Neuropsychiatric Effects of Cocaine Use Disorders. *J Natl Med Assoc.* 2005; 97(11): 1504-1515
- 20 Slama K. Global perspective on tobacco control. Part I. The global state of the tobacco epidemic. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(1):3-7
- 21 Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray C. *et al.* Selected major risk factors and global and regional burden of disease. 2002; *Lancet* 360: 1347-1360
- 22 World Health Organization. Scientific Advisory Committee on Tobacco Product Regulation (SACTob) Recommendation on Tobacco Product Ingredients and Emissions. En: <http://www.who.int/tobacco/sactob/recommendations/en/> (Consultado el 24/05/2009)
- 23 Centers for Disease Control and Prevention. DHHS. Tobacco Use and Pregnancy. En: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/TobaccoUsePregnancy/index.htm> (Consultado el 24/05/2009)
- 24 Mena M, Navarrete P, Corvalán S, Bedregal P. Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 1093-1100
- 25 Slotkin TA. Fetal Nicotine or Cocaine Exposure: Which One is Worse? *J Pharmacol Exp Ther.* 1998; 285(3):931-45
- 26 Hyman S, Malenka R. Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nat Rev Neurosci* 2001; 2(10): 695-703
- 27 Villegier A, Salomon L, Granon S *et al.* Monoamine oxidase inhibitors allow locomotor and rewarding responses to nicotine. *Neuropsychopharmacology* 2006; 3: 1704-13
- 28 Di Chiara GG, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci USA* 1988; 85: 5274-8
- 29 Gerdeman GL, Partridge JG, Lupica CR, Lovinger DM. It could habit forming: drugs of abuse and striatal synaptic plasticity. *Trends Neurosci* 2003; 26(4): 184-192
- 30 Yin HH, Knowlton BJ. The role of the basal ganglia in habit formation. *Nat Rev Neurosci.* 2006 Jun; 7(6): 464-76
- 31 Seamans JK, Yang CR. The principal features and mechanisms of dopamine modulation in the prefrontal cortex. *Progress Neurobiol* 2004; 74: 1-57
- 32 Shim I, Javaid J, Wirtshafter D, Jang S, Shin K, Lee H, *et al.* Nicotine-induced behavioural sensitization is associated with extracellular dopamine release and expression of c-Fos in the striatum and nucleus accumbens of the rat. *Behav Brain Res* 2001; 121: 137-147
- 33 Schulz W. Predictive reward signal of dopamine neurons. *J Neurophysiol* 1998; 80
- 34 Redgrave P, Gurney K, Reynolds J. What is reinforced by phasic dopamine signals? *Brain Res Rev* 2008; 58: 322-339
- 35 Alcaro A, Huber R, Panksepp J. Behavioral functions of the mesolimbic dopaminergic system: An affective neuroethological perspective. *Brain Res Rev* 2007;56: 283-321
- 36 Koob GF. Dynamics of Neuronal Circuits in Addiction: Reward, Antireward and Emotional Memory. *Pharmacopsychiatry* 2009 May; 42 Suppl 1: S32-41
- 37 Koob GF y Le Moal M. Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2008; 363(1507): 3113-23
- 38 Hyman, S. Addiction: A disease of learning and memory. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1414-22
- 39 Le Foll B, Goldberg SR. Nicotine as a typical drug of abuse in experimental animals and humans. *Psychopharmacology* 2006; 184: 367-381
- 40 Fehr T, Wiedenmann P, Herrmann M. Nicotine Stroop and addiction memory—an ERP study. *Int J Psychophysiol* 2006;62: 224-232.:1-27
- 41 Dinna WM, Aycicegi A, Harris CL. Cigarette smoking in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates. *Addict Behav* 2004; 29: 107-126
- 42 Wilson SJ, Sayette MA, Delgado MR, Fiez JA. Instructed smoking expectancy modulates cue-elicited neural activity: A preliminary study. *Nicotine Tob Res* 2005; 7(4): 637-645
- 43 World Health Organization, 2000. Guideline for the WHO review of dependence producing psychoactive substances for international control. En: [www.who.int/entity/medicines/areas/quality\\_safety/guidelines\\_proposal\\_final.pdf](http://www.who.int/entity/medicines/areas/quality_safety/guidelines_proposal_final.pdf)
- 44 World Health Organization, 2004. Proposed Revision. Guidelines for the WHO review of psychoactive substances for international control. En: [www.who.int/entity/medicines/areas/quality\\_safety/eb\\_report\\_of\\_the\\_secretariat\\_final.pdf](http://www.who.int/entity/medicines/areas/quality_safety/eb_report_of_the_secretariat_final.pdf) (Consultado el 22/09/2010)

- 45 World Health Organization. Technical Report Series, 2004; 945. The scientific basis of tobacco product regulation. En: [www.who.int/entity/tobacco/global\\_interaction/tobreg/9789241209458.pdf](http://www.who.int/entity/tobacco/global_interaction/tobreg/9789241209458.pdf) (Consultado el 22/09/2010)
- 46 Ley 20.000 sobre tráfico ilícito de drogas y ley 20084 sobre responsabilidad adolescente. En ambos cuerpos legales el tratamiento se considera una "pena"
- 47 German D, Sterk CE. Looking beyond stereotypes: exploring variations among crack smokers. *J Psychoactive Drugs*. 2002; 34(4): 383-92
- 48 Hatsukami, D.K., Fischman, M.W. Crack cocaine and cocaine hydrochloride: are the differences myth or reality? *J. Am. Med. Assoc*. 1996; 276,1580-1588
- 49 Falck RS, Wang J, Carlson RG. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug and Alcohol Dependence* 98 (2008) 24-29
- 50 Nappo SA, Galduróz JC, Raymundo M, Carlini EA. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs*. 1999;33(3):241-53
- 51 Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):664-71
- 52 Pérez J. Clínica de la adicción a pasta base de cocaína. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2003; 41(1):55-63
- 53 Gaínza A, Pérez C, Sepúlveda M, Abarca H, Aravena S, Espinoza C. Futuro y angustia. La juventud popular y la pasta base de cocaína en Chile. Santiago de Chile: Ediciones Sur; 1997
- 54 Baeza J, Herrera H, Reyes L, Sandoval M. Jóvenes de sectores vulnerables y drogas: Igual realidad pero desigual vinculación. Santiago de Chile: Ediciones UCSH; 2009
- 55 Sughondhabirom A, Jain D, Gueorguieva R, Coric V, Berman R, Lynch WJ, *et al*. A paradigm to investigate the self-regulation of cocaine administration in humans. *Psychopharmacology* 2005; 180: 436-446
- 56 Deroche-Gamonet, V., Belin, D., Piazza, P.V. Evidence for addiction-like behavior in the rat. *Science* 2004; (305, 1014)-1017
- 57 Sohn M, Hartley C, Froelich ES, Benowitz NL. Tobacco use and dependence. *Seminars in Oncology Nursing*. 2003; 19: 250-260
- 58 Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. *Lancet* 2008; 371: 2027-38
- 59 Donny EC, Dierker LC. The absence of DSM-IV nicotine dependence in moderate-to-heavy daily smokers. *Drug and Alcohol Dependence* 2007; 89: 93-96
- 60 Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TR, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* 1997;6 Suppl 2:557-62
- 61 Henningfield JE, Cohen C, Slade JD. Is nicotine more addictive than cocaine? *Br J Addict*. 1991;86(5):565-9
- 62 Kenny PJ, Markou A. Conditioned Nicotine Withdrawal Profoundly Decreases the Activity of Brain Reward Systems. *J Neurosci* 2005; 25(26):6208-6212
- 63 Tiffany ST. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and non-automatic processes. *Psychol Rev* 1990; 97: 147-68
- 64 Tiffany ST. Cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction* 2000; 95: S145-S154
- 65 Morse SJ. Voluntary control of behavior and responsibility. *Am J Bioethics* 2007; 7(1): 12-36
- 66 Madueme H. Addiction as an amoral condition? The case remains unproven. *Am J Bioeth* 2007; 7(1): 25-27
- 67 Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M *et al*. Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine* 2008; 5: 1053-1067
- 68 Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. En: [http://www.idpc.net/php-bin/documents/LABlueRibbonCommission\\_ES.pdf](http://www.idpc.net/php-bin/documents/LABlueRibbonCommission_ES.pdf) (Consultado el 12/02/2009)
- 69 Monroy R, Zedillo, Gaviria y Cardoso: Imperativo, rectificar estrategia de "guerra a las drogas". En: [http://www.tribunalatina.com/es/notices/zedillo\\_gaviria\\_y\\_cardoso\\_imperativo\\_rectificar\\_estrategia\\_de\\_idquo\\_guerra\\_a\\_las\\_drogas\\_16908.php](http://www.tribunalatina.com/es/notices/zedillo_gaviria_y_cardoso_imperativo_rectificar_estrategia_de_idquo_guerra_a_las_drogas_16908.php). Consultado el 12/02/2009
- 70 BBC Mundo. En: [http://www.bbc.co.uk/mundo/internacional/2009/07/090702\\_drogas\\_portugal.shtml](http://www.bbc.co.uk/mundo/internacional/2009/07/090702_drogas_portugal.shtml). Consultado el 05/07/2009
- 71 European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. En: <http://www.emcdda.europa.eu/> (Consultado el 05/07/2009)
- 72 Greenwald G. Drug decriminalization in Portugal. Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies. CATO Institute. 2009. (Disponible en [http://www.cato.org/pub\\_display.php?pub\\_id=10080](http://www.cato.org/pub_display.php?pub_id=10080)).

## PRÁCTICA CLÍNICA

# PROCESO TERAPÉUTICO Y SUPERVISIÓN

(Rev GPU 2011; 7; 1: 77-84)

Marta del Río A<sup>1</sup>

**El siguiente artículo pretende dar una visión teórica/clínica del proceso de supervisión en la enseñanza de psicoterapeutas. Se desarrolla el marco teórico constructivista para comprender el proceso relacional propio de la supervisión. Se aplica el concepto de *impasse* desarrollado por autores intersubjetivos en relación al proceso terapéutico a la situación de supervisión. Se discuten las características que tendría que tener una relación de supervisión exitosa tanto individual como grupal. Se ilustra a través de un caso clínico. Se entregan conclusiones.**

## INTRODUCCIÓN

### *El proceso de supervisión*

La supervisión clínica forma parte de la metodología de enseñanza de la psicoterapia, desde que se iniciara la práctica de ésta. En la actualidad buena parte de los entrenamientos clínicos en las diferentes orientaciones implican completar una considerable cantidad de horas de supervisión directa de casos evaluados por supervisores acreditados.

Las investigaciones contemporáneas sobre procesos terapéuticos coinciden en que los factores más relevantes para el progreso y el éxito son aquellos que se vinculan con la díada paciente/terapeuta. Han sido ampliamente estudiadas las características del paciente que facilitan el proceso terapéutico. Actualmente el énfasis está puesto en el estudio de las habilidades de la persona del terapeuta. Este último factor

ha comenzado a adquirir cada vez mayor relevancia en las investigaciones. Los índices que están asociados a progreso terapéutico son la capacidad empática, la habilidad para establecer una buena alianza terapéutica, la flexibilidad y la capacidad de adaptación al proceso del terapeuta (Gilvert y Evans 2000, Altimir 2009).

Estos indicadores han derivado en una atención creciente en los modelos de supervisión, lo cual en el transcurso del tiempo ha ido cambiando el foco de atención de la supervisión. Hace treinta años la supervisión de orientación psicoanalítica estaba centrada en el diagnóstico de personalidad, en la evaluación de los psicodinamismos del paciente y en el análisis de los contenidos verbales de la sesión; más adelante se incluyen los aspectos transferenciales y luego se introducen los aspectos contratransferenciales.

En la actualidad, dentro de los desarrollos teóricos del psicoanálisis intersubjetivo el foco de atención en la supervisión pretende abordar las dificultades que el

<sup>1</sup> Psiquiatra, Terapeuta familiar ICHTF, Psicoanalista APCH, docente diplomada "Psicoanálisis Intersubjetivo y sus Implicancias en la Práctica Psicoterapéutica" - EPUc.

terapeuta tiene en el proceso terapéutico, tratando de traer la experiencia de *impasse* al sistema terapeuta/supervisor. Este modo de supervisión es conocido y tiene historia en la tradición sistémica, en la que se ha implementado a través de talleres de supervisión de la persona del terapeuta (Jara y Vidal 2004). En los últimos 15 años ha comenzado a ser una práctica habitual en la formación de terapeutas de orientación psicoanalítica intersubjetiva. Es relevante destacar que la supervisión es quizás uno de los contextos donde se encuentra una posición más pan-teórica dentro de la psicoterapia.

Un giro conceptual que obliga a una reflexión. En el presente escrito se discute un marco teórico que incluya una epistemología constructivista del proceso terapéutico y de la supervisión. Se toma el concepto de *impasse* desde la perspectiva del psicoanálisis intersubjetivo, la descripción de la interacción emocional, la noción de tercero analítico de Ogden como modos de entender el emergente analítico en el proceso terapéutico y en la supervisión. Además, se aborda la situación de supervisión desde el concepto de *impasse* y desde el desarrollo de la alianza terapéutica y sus rupturas tal como la definen Safran y Muran.

## MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO

Una reflexión interesante antes de iniciar el marco teórico es constatar el hecho que el cambio más significativo en las teorías en psicoterapia no está dado por la aparición de un nuevo modelo. La investigación da cuenta de más de 400 modelos descritos. Lo más relevante ha sido el cambio de epistemología desde el modelo positivista al modelo pospositivista. Por otra parte, es en la supervisión, por la necesidad de introducir una meta-mirada al proceso, en la que es connatural e imprescindible una epistemología constructivista.

Para la epistemología constructivista los individuos siempre están construyendo sus realidades dentro de los parámetros tiempo y espacio. El pensamiento psicoanalítico de Irwing Z. Hoffman, quien ha elaborado una visión que es aplicable a los procesos terapéuticos y a la supervisión es, a mi modo de ver, el que mejor representa esta perspectiva. Este autor usa la definición de constructivismo dialéctico para entender la experiencia humana: "El individuo no es el único productor de su propia experiencia sino que se lo concibe como co-creador o co-constructor de las realidades personales, enfatizando con el prefijo *co* la interdependencia interactiva con su ambiente físico y social" (Del Río, 2006). Esto significa que ambos miembros de la relación están expuestos a una mutua influencia en distintos roles. La asimetría de la relación está dada por

el rol que corresponde a cada uno, terapeuta /paciente en un contexto dado.

La aplicación de esta epistemología a la situación de supervisión como proceso hace posible una metáfora para entender la relación terapeuta/supervisor, donde cada una de las partes cumple un rol dentro de una relación asimétrica que tiene como fin acordado el aprendizaje.

Está ampliamente fundamentado, desde el estudio clínico de casos y de desde la investigación empírica, que el clima emocional en el cual se dan las interacciones marca la cualidad de congruencia y sentimiento de efectividad tanto para el paciente como para el terapeuta. Por lo cual es fundamental que el clima emocional que se da entre los miembros de la díada paciente/terapeuta en la primera fase, el proceso terapéutico pueda re-experimentarse en lo posible en el sistema supervisor/terapeuta en la segunda fase, la supervisión.

Este proceso emocional es fundamental ya que la posibilidad de acceder al proceso terapéutico está estrechamente vinculado a que podamos reproducir en la supervisión los aspectos centrales de la atmósfera emocional del proceso terapéutico para indagar desde allí los puntos en que el terapeuta está estancado dentro de este proceso. El abordaje de la supervisión va a estar centrado en los momentos de detención del proceso terapéutico, el que se ha denominado *impasse*.

El concepto de *impasse* tiene una larga evolución en la teoría psicoanalítica desde la introducción del concepto de uso de la contratransferencia (Heimann, Racker) y reacción terapéutica negativa (Freud, Riviere) hasta el concepto más clásico y positivista de Rosenfeld (1986) que considera que el *impasse* es resultado de la patología del paciente: "El paciente propone y logra provocar en el analista una posición rígida que se denomina *impasse*".

Posteriormente, otras teorías psicoanalíticas transitan desde un modelo epistemológico a otro sin explicitar el cambio de paradigma. Estas teorías establecen el *impasse* como un fenómeno emergente del campo clínico, como lo es la noción de espacio transicional de Winnicott, el concepto de campo y baluarte de Baranger, el concepto de tercero analítico de Ogden y la teoría del campo analítico de Ferro.

En el ámbito de las teorías intersubjetivas ya establecidas dentro de un marco teóricos post positivista son Stolorow y Atwood, Safran y Muran los que han desarrollado el concepto de *impasse* como un punto central del proceso terapéutico. Lo esencial de este concepto se refiere a que por momentos la interacción, en el proceso terapéutico, se vuelve rígida y genera sentimientos de estancamiento en el paciente y en el

terapeuta. Las metáforas más comunes para describir este tipo de situaciones son: “dar vueltas en redondo”, “siempre llegamos donde mismo”, “no avanzamos”. Estas descripciones están muchas veces acompañadas de sentimientos de futilidad, vacío, inutilidad, angustia y confusión.

Para ampliar la perspectiva intersubjetiva de la comprensión de este fenómeno clínico, Stolorow y Atwood (1992) nos entregan una buena conceptualización que permite comprender los determinantes en la formación de un *impasse*. Estos autores, entiende el *impasse* como un emergente relacional: “las transferencias repetitivas que están co determinadas (en grados variables) por ambas partes por la presión implacable de los principios invariantes del paciente, un producto de la ausencia o precariedad de principios alternativos para organizar al experiencia, y también por aspectos relacionados con la actitud del analista que por sí mismo llevan a re-traumatización repetida del paciente”.

En estas definiciones se refieren a los principios invariantes o principios organizadores como formas que encontró el sujeto de organizar su experiencia frente a la angustia durante su desarrollo psicológico; dicho de otra manera, son las formas que cada individuo desarrollo para poder lidiar con montos de angustia que desorganizaba la cohesión del sí mismo. Como muchas de estas experiencias son tempranas, numerosos de estos principios son inconscientes, desligados de la memoria episódica e inaccesible desde la perspectiva meramente racional. Serían equivalentes al concepto de defensa dentro de las teorías psicoanalíticas tradicionales. En la relación terapéutica entran en juego los principios invariantes del paciente y del terapeuta. En el encuentro de ambas formas de organizar la experiencia surge el emergente relacional.

Poder entender lo específico del emergente relacional de la diada terapeuta/paciente, nos permite entender qué generó el *impasse*. Es por eso que el *impasse* es la vía regia para abordar la dificultad en la comprensión de un caso, en el proceso terapéutico primero y en la supervisión posteriormente.

Es también necesario hacer una distinción entre lo que se considera un *micro impasse* de un *macro impasse*. Se considera *micro impasse* a la pérdida de sintonía entre paciente y terapeuta dentro de una sesión, lo que se puede entender si recordamos el concepto de “attunment” de Stern (1982), esta es la capacidad del cuidador primario de sintonizar con la necesidad del otro en cada momento en función que emerja su subjetividad; esto es un proceso que se da en múltiples veces en el transcurso del tiempo y que finalmente se internaliza un promedio de estas experiencias como una forma de

relación que da la percepción de la propia subjetividad. Estas pérdidas de la sintonía es lo que denominaremos *micro impasse*; cuando éste no se supera y se instala como una forma repetitiva de relación puede dar pie a un *macro impasse*. Un *macro impasse* es el que se instala como una forma de relación; en el proceso terapéutico, esto lleva a una detención o deterioro del proceso.

Stolorow y Atwood nos proponen dos formas generales de comprensión que pueden dar cuenta de un *macro impasse*; “la conjunción intersubjetiva y la disyunción intersubjetiva: la primera de ellas se da cuando los principios que estructuran las experiencias del paciente (dan lugar a expresiones que) son muy parecidas a las configuraciones de la vida psicológica del terapeuta. La disyunción, por el contrario, ocurre cuando el terapeuta asimila el material expresado por paciente en configuraciones que alteran el significado originario que tienen para el paciente”.

Las conjunciones en la práctica clínica se pueden entender como sobreidentificaciones con el paciente, sentimientos de comunidad de intereses o afecto que pueden llevar a cerrar la posibilidad que surja una nueva alternativa de comprensión y las disyunciones se producen cuando el terapeuta no quiere inconscientemente identificarse con los principios organizadores del paciente porque tocan algo muy sensible de sus propia historia. Estas situaciones son un ingrediente inevitable de todo proceso terapéutico y dan cuenta de la organización de los mundos intersubjetivos entramados de manera distinta o muy similar. El que estas situaciones intersubjetivas faciliten u obstruyan el progreso de la terapia depende en gran parte de la capacidad para reflexionar y darse cuenta del terapeuta de los principios organizadores de su propio mundo subjetivo.

El poder dilucidar cuáles son los principios organizadores del terapeuta que le impiden comprender al paciente, es la tarea que compete al espacio de supervisión.

En el caso de la supervisión se suman las organizaciones intersubjetivas del supervisor y supervisado; como cada uno tiene organizado su self como terapeuta y como supervisor, aquí es central dar espacio para que se despliegue el self terapéutico del supervisado sin que el supervisor imponga su estilo o pensamiento, en lo posible ya que es algo que se da naturalmente por la asimetría de la situación.

Se han desarrollado múltiples maneras de abordar el proceso terapéutico en supervisión. En este trabajo voy a usar los conceptos de alianza terapéutica, sus rupturas y reparaciones que han desarrollado J Safran y C Muran. Estos autores también han desarrollado un modelo de resolución del *impasse*, centrado en la expe-

riencia directa de cómo el terapeuta puede enfrentar estas situaciones.

Para ellos el concepto de *impasse* es el momento en que el terapeuta y el paciente están en una discrepancia en el significado del proceso terapéutico; esta discrepancia se puede dar en dos niveles, uno respecto a las tareas y metas, esto es para qué estamos aquí y qué tenemos que hacer para que se cumpla ese objetivo; y el otro en la relación entre paciente terapeuta, qué es lo que siente cada uno y cuál es el emergente relacional que impide abrirse, colaborar, entender y avanzar en el trabajo acordado (Safran y Muran 2002). Ellos trabajan con un modelo de supervisión centrado en lo que denominan *impasses* de acuerdo con lo descrito más arriba. Para operacionalizar esto, toman un momento del proceso terapéutico que el terapeuta considera representativo de su dificultad en el proceso con el paciente supervisado. Esta situación se trae a supervisión a través del relato del caso, el uso de video, o rol playing de la situación que es considerada de *impasse* por el terapeuta. En el trasfondo del modelo está la idea que en la situación de *impasse* se reflejan los conflictos relacionales centrales del paciente que se despliegan en la relación con el terapeuta, representación que va a ser específica de la diada.

El que podamos acceder a cuál es el punto ciego que impide al terapeuta dejar de dar vueltas en redondo y hacer alguna intervención que permita una nueva mirada al funcionamiento de la diada terapeuta/paciente es el centro de lo que denominaremos "supervisión". Para entender esta dinámica tenemos que introducirnos dentro de dos niveles de relación y los determinantes intersubjetivos de la interacción de la diada paciente/terapeuta y de la diada terapeuta/supervisor.

Así como no podemos suponer que en el proceso terapéutico no hay objetividad, y que la comprensión del emergente relacional paciente/terapeuta será una co-construcción de significado a posteriori de esa diada específica, de la misma manera tenemos que comprender el emergente relacional terapeuta/supervisor.

Para describir el proceso de observación de un *impasse*, en el sentido amplio del término tenemos una buena aproximación desde la perspectiva de Ogden con el concepto de la creación de la tercera mirada. Este autor define la tercera mirada como "considero la experiencia analítica como un proceso donde es creada una nueva subjetividad. Esta nueva subjetividad (el tercero analítico intersubjetivo) se encuentra en tensión dialéctica con las subjetividades individuales del analista y analizando, que están ocupados en una forma de relación creativa, negadora y preservadora mutua. El tercero analítico no es concebido como una entidad estática,

sino una experiencia en desarrollo que está continuamente cambiando, a medida que se desarrolla la intersubjetividad". Un concepto que nos permite comprender la esencia del fenómeno clínico como un emergente dinámico y de mutua influencia. Desde la perspectiva de la supervisión el fenómeno emergente en la diada terapeuta/supervisor se rige por un dinamismo similar con una función y contexto diferentes. El aprendizaje y el contexto de la supervisión respectivamente.

## PROCESO DE SUPERVISIÓN

### *Alianza de supervisión*

La paradoja de la supervisión es que en sí misma es una situación donde se necesita la máxima confianza para poder mostrar los aspectos más frágiles de nuestra personalidad, creencias, aspectos traumáticos de nuestra historia que muchas veces son reflejadas de manera intensa y violenta por nuestros pacientes. Y al mismo tiempo es una situación donde lo habitual es que esté mediada por una evaluación ya sea formal, o como autoevaluación respecto a nosotros mismos en nuestra capacidad y eficacia como terapeutas.

La supervisión es un modo de abrir la intimidad a un tercero o a varios dependiendo si ésta es individual o grupal. En el proceso terapéutico los apremios, *impasses* e *insights* de las dificultades del terapeuta quedan en la intimidad de la sesión. El solo hecho de elegir un caso y traerlo a supervisión abre esa privacidad a la mirada externa con todas las implicancias que tiene. Esto es especialmente intenso en los contextos de supervisión en la formación de psicoterapeutas donde muchas veces el terminar su formación está determinado por la aprobación o reprobación del supervisor de cierto número de horas y calidad de trabajo. Por lo anterior, las características que tenga el sistema supervisor/supervisado es esencial. Para Gilbert y Evans, Jara y Vidal, Mondaca, y otros autores, el clima emocional en el cual se da la supervisión coinciden en que tiene que ser de mucha confianza, contención y honestidad.

La idea central del aprendizaje es entregar suficientes elementos al que aprende para que tenga herramientas para realizarlo de forma autónoma, el supervisor no está para decir lo que está bien o mal, está para clarificar contener, aclarar dudas, ayudar en el diagnóstico, pero lo central desde mi perspectiva es que el supervisado desarrolle lo que Safran y Muran han llamado "reflexión en acción", que es la capacidad de estar en el proceso y poder tomar una posición de observador del mismo proceso. Esto es el énfasis que tiene la supervisión, ya que el único que va a estar en



el emergente de la relación paciente/terapeuta es el supervisado. Gilvert y Evans describen esto como la internalización del supervisor, yo diría de la función de supervisión. El desarrollo de esta función es el resultado del proceso de aprendizaje de la o las supervisiones. Es finalmente lo que le entrega verdadera autonomía al supervisado en su práctica clínica.

Para estos autores el impedimento más fuerte en crear un espacio de aprendizaje seguro y efectivo es cuando los supervisados han sido educados en un sistema competitivo, con uso excesivo del poder por el educador y basado en la vergüenza por la falla, parámetros que podemos aplicar a nuestro sistema de educación.

Nuestra tarea es tratar de salir de este paradigma, permitiéndonos así desarrollar lo más importante en el contexto de supervisión, la alianza de supervisión. Se entiende como alianza de supervisión al contrato entre el supervisado y el supervisor de desarrollar una relación que tiene por objetivo el aprendizaje de habilidades terapéuticas por el supervisado en el proceso que dura la supervisión. Estas habilidades van a comprender elementos diagnósticos, información general sobre cómo se conduce un proceso, y especialmente cuáles son los recursos y dificultades de la personalidad del terapeuta (principios organizadores) que inciden en su quehacer como terapeuta. En este proceso son importantes los pre-conceptos que tenga el supervisor acerca de su rol, y sus principios invariantes que le permitan entender qué tipo de relación establece con el supervisado. Es primordial especificar que éste no es un espacio terapéutico pero sí uno de desarrollo personal. Como ya planteamos, la comprensión que se obtenga dentro del espacio de supervisión será una emergente co-construido por la diada.

Los componentes esenciales de una buena alianza de supervisión son: empatía, aceptación, flexibilidad, apertura al conflicto, sentido del humor y buena capacidad de auto-develamiento. Ser claro y directo en la retroalimentación con el supervisado. Los elementos que influyen negativamente en el proceso de supervisión son la sobreexposición frente a los demás, excesivo criticismo, colocarse en rol de superioridad rígida con el supervisado.

El supervisor no debe olvidar que la supervisión es sobre un tercero que nunca ha estado ahí y que quien mejor nos puede traer la experiencia en su totalidad es el supervisado, quien tiene la última palabra sobre lo acontecido en la terapia, aunque el supervisor intuya que hay aspectos disociados, negados o puntos ciegos. Si el terapeuta no está en condiciones de abrirlos, se tiene que respetar esa dificultad como cualquier otro aspecto del aprendizaje.

### *Desarrollo de la supervisión*

Para que este proceso sea exitoso tiene que tener una serie de características que quisiera desarrollar.

La supervisión se da en el clima emocional determinado que va influenciar y marcar fuertemente este proceso. Es la emoción la que le da la cualidad a la experiencia y también a la experiencia terapéutica. Generalmente los casos que son presentados a una supervisión clínica son aquellos en que el terapeuta siente que está en una dificultad, que el tratamiento no avanza, que pasa algo que lo asustó, o no sabe cómo seguir.

El *impasse* va a ser el foco del trabajo de supervisión, el que logremos captar y reproducir el clima emocional en que se dio el *impasse* terapéutico es nuestra posibilidad de acceder al proceso que estamos supervisando; en ese sentido el relato que nos trae el terapeuta es una parte de lo que tenemos que entender.

A lo otro que tratamos de acceder es a lo que provoca incomodidad al terapeuta del conflicto del paciente, o sea cómo la dificultad resuena en la persona que es el terapeuta y que está frente a nosotros.

Como ya habíamos descrito encontrar las conjunciones y disyunciones intersubjetivas. Para acceder a ella tenemos que trabajar con la demanda de supervisado, hay que tener presente que esta demanda tenga relación con una incomodidad específica del terapeuta en relación con su trabajo terapéutico y que surge en la diada paciente/terapeuta y lo que es más cercano para comprender ese conflicto es lo que el terapeuta siente con respecto de su paciente y como él/ella va entender el *impasse*.

Lo esencial va ser poder traer la experiencia, entendida como el relato centrado en los estados afectivos concomitantes trasladados al espacio de supervisión por el terapeuta. Este proceso es central para que la supervisión sea exitosa y que el terapeuta sea eficazmente ayudado por su supervisor.

Las preguntas centrales en una supervisión son: por qué elegiste este caso, y cuál es la dificultad más importante que tienes con él/ella.

### *Ejemplo Clínico*

La supervisada es una joven muy brillante, buena alumna y activa que está cercana a los 30 años, éste es un material clínico presentado a mitad del periodo de formación de dos años, ambas nos conocemos bastante bien, ya está establecida una buena alianza de supervisión, la voy a llamar Andrea.

Andrea trae un caso de un joven de 20 años que está en su segundo año de universidad y que consulta

porque ha bajado mucho su rendimiento y ha estado pensando en congelar sus estudios; dentro de los antecedentes está el hecho que hace poco tiempo se separaron sus padres y le ha costado lidiar con esta situación, la madre se deprimió y el padre ha estado más bien ausente.

Cuando le pregunto a Andrea por qué lo trae a supervisión, me contesta que no sabe muy bien por qué, no sabe si está deprimido, fue evaluado por el psiquiatra que trabaja en el consultorio y no lo medicó. Hace rato que se están dando vuelta en que él no se levanta, no estudia y ella tratando de motivarlo para que lo haga. Después de escuchar los antecedentes me parece que Andrea está atrapada en un *impasse* que no se desprende tan fácilmente de su relato. Le propongo que hagamos un rol playing, donde ella es la terapeuta y otra compañera de la supervisión hace del paciente de Andrea, a la cual ella misma instruye en las características más relevantes del paciente y especialmente en lo que a ella se siente atascada. Básicamente es que el paciente es muy quejumbroso y pasivo frente a su situación de crisis académica y familiar.

A poco andar en el rol playing, yo noto que Andrea se empieza a exasperar, corporalmente se sienta más adelante en la silla y yo tengo la impresión que está muy enojada con el paciente.

Pregunto; Andrea ¿qué sientes en este momento?

Andrea: me mira y me responde con impotencia, no sé cómo movilizarlo, va a perder el semestre, en su casa no hay mucha plata y llevo varias sesiones en esto.

Pregunto: Andrea yo sé que su situación es difícil y perder un semestre no es lo mejor, no entiendo por qué te afecta tanto.

Comentario: Me llama la atención que Andrea que es una terapeuta empática y sensible no le vea la tristeza por la pérdida de su familia y de su padre.

Andrea: por lo mismo... es que tiene que atinar, está la escoba en su casa y tiene que atinar, no ser un problema, me responde con un tono más claramente rabioso.

Comentario: en ese momento recuerdo que los padres de Andrea se separaron cuando ella era adolescente, y pienso que esto le tocó un dolor de su vida. Me pregunto si será posible abordar esa conexión sin herir a Andrea; decido preguntar.

Pregunto: Andrea por qué tanta rabia si lo está pasando mal con la separación de los padres, ¿qué te pasa con eso?

Andrea: se queda silenciosa unos momentos me mira y dice huyyy qué atroz Marta, lo que pasa es que yo siento que en los momentos de separación de los padres hay que atinar. Es lo que yo hice cuando se

separaron mis padres. Mi mama se deprimió y mi papa no era habido.

Yo: ¿qué piensas de lo que pasó?

Andrea: igual bien fuerte no haberme dado cuenta. Se entristece, se queda pensando, yo le respeto su silencio, y después de unos momentos le digo, para eso es la supervisión!!! Bromeando suavemente.

Andrea se ríe.

Comentario: después de este último comentario Andrea se relaja, todos nos relajamos, cuando Andrea hizo la conexión con su historia yo me había tensado, no sabía hasta dónde Andrea quería abrir ese tema en supervisión, era un tema central en su historia. Como ella se había exigido al máximo para tener autonomía y ayudar a la madre que se quejaba continuamente, muy parecido de hecho al tema del paciente con la diferencia que ella lo había resuelto desde el polo de la actividad. Cuando me di cuenta que lo había comprendido me calmé y el grupo también.

Seguimos elaborando la situación de supervisión.

El relato anterior para mí es un buen ejemplo de resolución de dos niveles de relación que están permanentemente en juego en la supervisión.

Uno, el de Andrea con su paciente donde ella había perdido la capacidad empática con él (disyunción intersubjetiva), impidiendo así que el paciente elaborara el duelo de la separación de sus padres. Ella respondía automáticamente tratando de promoverle el estilo defensivo que ella había tenido en la separación de sus padres, evitando la conexión con el propio dolor.

Y el otro nivel, la tensión entre Andrea y yo, a poco andar yo intuí que el *impasse* que Andrea tenía era por la historia de separación de sus padres, de la cual ella algo había hablado anteriormente pero me asustaba ir muy rápido sobre el tema y meter la pata sobreexponiendo a Andrea, sin que ella mostrara disposición a abrirlo. Afortunadamente para mí, sólo a través de preguntas que estimularon su reflexión, ella hizo rápidamente la conexión, evitándome a mí y al grupo una situación de mayor tensión. Cuando yo decidí preguntarle, fue porque tenía confianza en la capacidad de Andrea de abrir el tema y confiaba en la capacidad del grupo de contener y no criticarla.

En este caso hay otro nivel que es la relación con el grupo de supervisión, en este caso era un grupo que había desarrollado buena alianza de aprendizaje, que se conocía y que habían servido de contención de una y otra durante el proceso de supervisión. Quizás la característica más relevante de este grupo, pensando en lo dicho anteriormente, eran los bajos niveles de competitividad entre ellas, en general primaba un ambiente de fuerte alianza, si existía alguna exclusión era a mí, lo

que es natural pensando en el rol jerárquico y de evaluación que yo tengo en esa situación.

## DISCUSIÓN

El paradigma de la supervisión es en el cual se expresa y se ponen a prueba nuestras teorías y formas que hemos desarrollado de abordar la complejidad de la situación clínica. El hecho que en esta situación se den varios niveles de relación terapeuta/paciente, terapeuta/supervisor, terapeuta/grupo, supervisor/grupo obliga a mantener la atención sobre muchas variables de enseñanza, pero también de áreas de la personalidad del terapeuta que entran en conflicto con sus pacientes le da una cualidad de intensidad emocional, al espacio de supervisión, la cual debe ser abordada y resuelta en este espacio.

Por otro lado, es relevante la personalidad de supervisor y cuáles son sus preconcepciones respecto a su rol como supervisor; además de su perspectiva teórica, estos elementos van a dar una impronta relacional particular al espacio de supervisión.

La supervisión de casos clínicos es un espacio donde se juntas aspectos de la teoría, de la técnica y abordaje clínico específico de la relación terapéutica con cada paciente con el modo de supervisar del supervisor. Entregar en forma coherente estos elementos es el desafío de supervisar.

Antes de terminar, quisiera destacar algunos aspectos necesarios que facilitan un buen proceso de supervisión.

La epistemología constructivista: esta perspectiva es efectiva para poder abordar tantos niveles de relación e interdependencia, nos permite mantener la coherencia en la medida que entiende el fenómeno como un emergente de la relación y del contexto. En ese sentido incluye todos los fenómenos y planos que nombramos anteriormente. El vértice a que daremos énfasis dependerá de cuál es la demanda de la supervisión, cuál es el motivo que es traído por el supervisado como, inquietud, ansiedad, sensación de estancamiento, etc.

La alianza de supervisión: el proceso de supervisión se tiene que dar en un acuerdo de tareas y metas para generar el proceso de supervisión, cada supervisado tiene diferentes expectativas con respecto a la supervisión. Hay supervisados que mantienen un interés más formal en la supervisión, como la tarea que hay que cumplir dentro del proceso de aprendizaje, y otros que están interesados y dispuestos a involucrarse con sus dificultades en el trabajo de supervisión. El supervisor dentro de sus propias expectativas tiene que poder

captar y sintonizar el modo de aprendizaje de cada supervisado, sin criticar las dificultades de exposición.

La sinceridad en la supervisión sin lugar a dudas puede ser una tarea muy difícil, sobre todo cuando es evidente que hay aspectos de la personalidad del supervisado que entorpecen el progreso de sus casos; por regla general es mejor abordar tempranamente este tema con el supervisado para darle la oportunidad de elaborarlo en la supervisión o en procesos de terapia personal, y no evitar la decisión de suspender o postergar la formación si la persona no es capaz de sostener la ansiedad que representa el sufrimiento psicológico, ya que ésta le hará daño al supervisado y a sus pacientes.

Esto es algo que genera culpa y ansiedad en el supervisor; creo que es importante por este motivo que el supervisor esté integrado a las otras instancias de aprendizaje de supervisado para saber si la dificultad es específica de la relación con él o es con otras instancias de la formación. Cuando la dificultad es específica siempre hay que considerar los aspectos de la personalidad del supervisor que puedan ser intimidantes o diferencias valóricas o teóricas intensas y rígidas que estén entorpeciendo el buen desarrollo de la supervisión. Un cambio de supervisor puede ser una buena alternativa.

El poder en la relación de supervisión: no hay que olvidar que la posición de supervisor es de poder, y que la relación es asimétrica. El supervisado aunque sea en un contexto no formal está mostrando sus dificultades, por lo tanto, áreas de vulnerabilidad de su personalidad, está en juego su sensación de capacidad como terapeuta, por lo tanto los comentarios del supervisor siempre deben ser respetuosos y cuidadosos de la confianza depositada por el supervisado. El abuso de poder en este contexto está ligado a tratar de someter al supervisado a su manera de pensar teórica, o adherencia a ciertos parámetros técnicos que al supervisado no le son egosintónicas. Esto merece una detallada comprensión y discusión de las alternativas posibles, respetando el timing y la experiencia de primera mano del supervisado con el paciente.

La idealización o "el ojo de Dios": uno de los riesgos más importantes en la relación que se establece entre supervisado y supervisor es la idealización. En el caso que sea del supervisor, éste gratifica su narcisismo con la admiración de sus supervisados y el supervisado se libera del peso de tomar decisiones y tener la responsabilidad de los resultados del proceso.

El riesgo de colocarse en la mirada infalible del "ojo de Dios" siempre está presente como deseo en quehacer de los terapeutas y supervisores. Yo soy un supervisor infalible con una teoría clara y mis supervisados terapeutas talentosos, trabajando juntos no tendremos

límite, y si aparece algún problema siempre se lo podemos adjudicar a la gravedad del paciente.

Ésta una manera bastante común de evitar el proceso ineludible de encontrarse con los límites de nuestra teoría, método y características personales como terapeutas para resolver el dolor psíquico, el cual en innumerables veces sólo vamos a poder aliviar parcialmente. Tenemos que reconocer que el motor del desarrollo no es lo que nos sale bien, es más bien la ocasión en la que se comete un error y surge el deseo que salga mejor, el error tiene que salir del modelo de la vergüenza y la culpa para que se integre como algo natural del proceso de aprendizaje. Es el rol del supervisor de acompañar al supervisado ser capaz de crear un espacio no persecutorio en el proceso anterior, para que desarrolle un método de continua reflexión y búsqueda, en el tratamiento de sus casos clínicos.

El fenómeno clínico evocado en la supervisión, la base de una supervisión intersubjetiva es la capacidad de evocar en la supervisión la experiencia emocional del supervisado con su paciente. Especialmente en la que el terapeuta se siente dentro de un *impasse* Esto siempre es parcial y está condicionado por todos los aspectos antes discutidos. Sin embargo aunque sólo logremos captar una parte significativa del proceso emocional vivido por el terapeuta con su paciente estamos más cerca de entender el proceso que muchas horas de relato racional. La experiencia emocional es la que marca la cualidad del vínculo, si tenemos acceso a ella tenemos el vínculo del terapeuta con su paciente. El vínculo del terapeuta con el supervisor tiene por función en cambio promover ese espacio para que emerja esta experiencia.

Finalmente no podemos olvidar que la supervisión es una trasmisión de una experiencia de alguien con más experiencia a otro de menos experiencia. Este es el método ancestral de la trasmisión de un oficio. Y éste estará marcado por la escuela, por el maestro y por la creatividad del aprendiz. Es un método dialéctico, donde no hay un supervisor válido sin un supervisado que le otorgue ese rol.

## REFERENCIAS

1. Altimir C. El estado del arte de la investigación en psicoterapia. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 2009; 26(2)
2. Del Río M. La influencia del Constructivismo en el Psicoanálisis. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 2006; 23(2): 214-222
3. Echeverría R. Capítulo XVI: La hermenéutica. En *El búho de Minerva*. Editado por el Programa Interdisciplinario de investigación en Investigación en Educación, Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, 1988, pp. 195-208
4. Etchegoyen H. *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Cap. 21, pp. 246-245; Cap. 60, pp. 738-752. Editorial Amorrortu Editores S.A., Buenos Aires, 1986
5. Ferro A. El *impasse* en una teoría del campo analítico. *Vértices posibles de observación*. Libro anual de psicoanálisis 1993; 9: 53-65
6. Jara MC, Vidal C. La formación de terapeutas familiares y la familia de origen del terapeuta: el trabajo en el taller del terapeuta en el ICHTF. *De Familias y Terapia* 2004; 12(18)
7. Gilbert MC, Evans K. *Psychotherapy Supervision: an integrative approach to psychotherapy supervision*. Cap. 2, 4, 5, 6. Open University Press Buckingham, 2000
8. Koninek A, Kimball T. Managing and Resolving Conflicts In the Supervision System. *Human Scienness Press, Inc, Contemporary Family Therapy* 2003; 25(3)
9. Moncada L. La persona del terapeuta: Hallazgos en investigaciones chilenas. Investigación Universidad de Chile presentada en el IV Encuentro Psicoterapéutico de Psicoterapia. Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Reñaca, Chile, 2003
10. Ogden TH. El concepto de acción interpretativa. *The Psychoanalysis Quarterly* 1994; 63: 406-407
11. Safran J, D Muran JC. *The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy*. Cap 2. American Psychological Association, Washington, 2002
12. Stern D. *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología profunda*. Cap. 2, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1991
13. Stolorow RD, Atwood GE. Los Contextos del Ser: las bases intersubjetivas de la vida psíquica. Cap. 1, p. 61; Cap. 7, pp. 171-172. The Analytic Press Inc Publishers, 1992, Herder Editorial Barcelona, 2002
14. Stolorow RD, Atwood GE, Orange DM. Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice. Cap. 5. The Analytic Press Hillsdale, 1997

## INVESTIGACIÓN

# ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 64 PACIENTES CON ESTRUCTURA LÍMITROFE DE PERSONALIDAD

(Rev GPU 2011; 7; 1: 85-91)

Raúl Riquelme<sup>1</sup>, Jorge Luengo<sup>2</sup>, Patricia López<sup>3</sup>, Carla Ávila<sup>4</sup>, Loreto Hernández<sup>5</sup> y Macarena Quiñones<sup>6</sup>

Se describe demográfica, psicopatológica y terapéuticamente un grupo de pacientes con Estructura Límitrofe de Personalidad. Esta organización de personalidad subyace en varios de los trastornos de personalidad más graves, que demandan altos costos en su atención. Se estudian 488 fichas de la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital del Salvador que corresponden a un seguimiento de los pacientes ingresados entre los años 2006 y 2008. De éstas se seleccionaron las 256 que presentaron Estructura Límitrofe de Personalidad (diagnóstico clínico) y luego se consideraron las 64 que se encontraban activas. Entre los resultados se destaca un promedio de edad de 39,3 años; un mayor porcentaje de mujeres (94%). El 51% de la muestra tiene trabajo o está estudiando al momento del ingreso a la Unidad. Estado civil de los pacientes: 19% casado(a), 11% convive, 31% separado(a), 39% soltero(a). Nivel educacional: 6% educación básica, 53% educación media y 14% nivel universitario. El 56% ha presentado al menos una hospitalización. Se discute el reconocimiento clínico de estos pacientes, la precisión de los síntomas más prevalentes que ellos presentan nos permite generar estrategias terapéuticas multidisciplinarias en el corto plazo, y planificar a partir de criterios de selección en algunos pacientes psicoterapias más prolongadas que permitan un cambio más permanente. Se argumenta sobre algunos criterios terapéuticos y desafíos futuros para el tratamiento de estos pacientes.

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra Psicoanalista (APCH/FEPAL/IPA) Jefe de la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital del Salvador, Profesor Asistente del Depto. de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, U. de Chile, Profesor de Psiquiatría de las Universidades A. Bello, Sto. Tomas y del Desarrollo.

<sup>2</sup> Médico Residente de Psiquiatría del Depto. de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, U. de Chile.

<sup>3</sup> Médico Residente de Psiquiatría del Depto. de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, U. de Chile.

<sup>4</sup> Médico Residente de Psiquiatría del Depto. de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, U. de Chile.

<sup>5</sup> Psicóloga de la Unidad de Trast. de Personalidad del Hospital del Salvador.

<sup>6</sup> Psicóloga de la Unidad de Trast. de Personalidad del Hospital del Salvador.

## INTRODUCCIÓN

El término límite comenzó a ser utilizado por Stern en 1938 para referirse a personas neuróticas, pero refractarias a la intervención psicoteréutica (10, 21, 22).

En 1953 Knight contribuyó de manera esencial describiendo la “debilidad del yo”. El yo del paciente límite opera defectuosamente como resultado de tendencias constitucionales y sucesos traumáticos con perturbaciones de las relaciones humanas (14).

Es destacable que antes, en 1921, Kraepelin concebía el temperamento irritable como una mezcla de estados fundamentales que describió como la “personalidad irritable” y que reúne los criterios que actualmente recoge la clasificación DSM-IV del trastorno límite de personalidad: la impulsividad; inestabilidad afectiva y de las relaciones interpersonales; ira intensa e inapropiada y actos autolesivos.

En 1923 Schneider describe la “personalidad lábil”, caracterizada por cambios rápidos y súbitos del estado anímico con reacciones violentas ante estímulos insignificantes y a los que atribuía un componente constitucional (19, 21, 22).

La estructura de personalidad límite definida por Kernberg (9, 10, 13, 21, 22) engloba a varios trastornos de personalidad definidos en el DSM-IV: el Trastorno de Personalidad límite, narcisista, histriónico, antisocial, todos los del clúster A, dependiente y otros (1, 2).

El concepto de Kernberg de organización límite de la personalidad centra su atención en la naturaleza de la integración de elementos intrapsíquicos que son estables a lo largo del tiempo y que se encuentran a medio camino en un continuo entre la neurosis y la psicosis (9, 10, 13, 21, 22).

Las 3 características principales, según este autor, de la organización límite de personalidad son:

1. Debilitación del yo
2. Manifestaciones emocionales primitivas de intensidad elevada
3. Problemas del control de los impulsos.

Al igual que el neurótico, el límite conserva la capacidad de juicio de la realidad, sin embargo el paciente neurótico cuenta con un amplio abanico de operaciones defensivas maduras mientras que el sujeto límite presenta, comparativamente, variantes más primitivas de disociación, que denominamos escisión. Las imágenes buenas y malas de los objetos están activamente separadas. Estas imágenes constituyen sistemas de

identificación que se proyectan en el sí mismo o en el mundo externo. Esto hace que los individuos límites pasen rápidamente de la idealización de los demás a la completa devaluación.

El origen de esta disociación se explica, desde una perspectiva del desarrollo, por un estancamiento que se produciría en la fase de separación-individuación descrita por Mahler, que es previa a la etapa en que se logra la constancia objetal. El niño no podrá diferenciar entre su propia identidad y la de los demás si antes no ha llegado a internalizar una imagen de la figura cuidadora como una presencia constante. El paciente límite adulto vuelve a experimentar la amenazadora ansiedad de separación (8, 13, 21, 22).

Gunderson (10) describe una visión del trastorno límite como un trastorno definido de la personalidad diferenciable claramente de los síndromes esquizofrénicos y de los estados neuróticos.

Gunderson y Zanarini configuran de esta forma el modelo ecléctico-descriptivo del concepto límite que es el seguido por el DSM (1, 2). Este modelo se centra en 5 áreas:

1. Impulsos y acciones: alcohol, autoagresiones, promiscuidad y bulimia.
2. Afectos: depresión, rabia, ansiedad y desesperación
3. Psicosis: episodios cortos y de poca gravedad
4. Relaciones Interpersonales: dependientes, masoquistas, manipuladores y desvalorizadoras.
5. Adaptación Social: aparentemente sin dificultades (10, 21, 22).

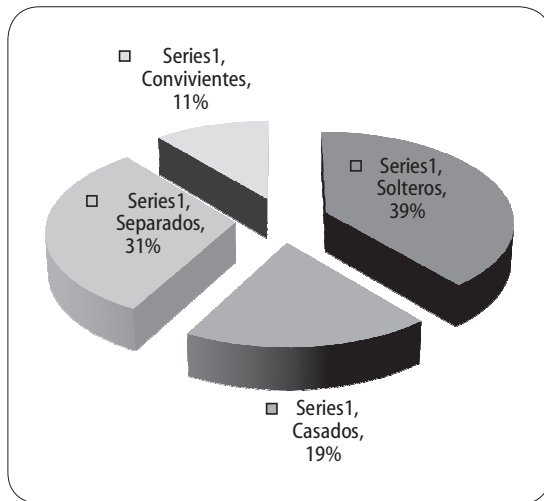
Desde la perspectiva cognitivo conductual Marshall Linehan 1993 (10, 26), considera que el trastorno límite de personalidad es una disfunción de la regulación emocional, que se produce como resultado de una tendencia genética más un entorno invalidante en que los padres fracasan en ayudar al niño a manejar las emociones.

El objetivo de la investigación fue estudiar un grupo de pacientes con estructura límite de personalidad consultantes en el Policlínico de Trastornos de Personalidad del Hospital del Salvador y describir las características demográficas, clínicas y terapéuticas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, de diseño no experimental.

**Gráfico 1**  
ESTADO CIVIL

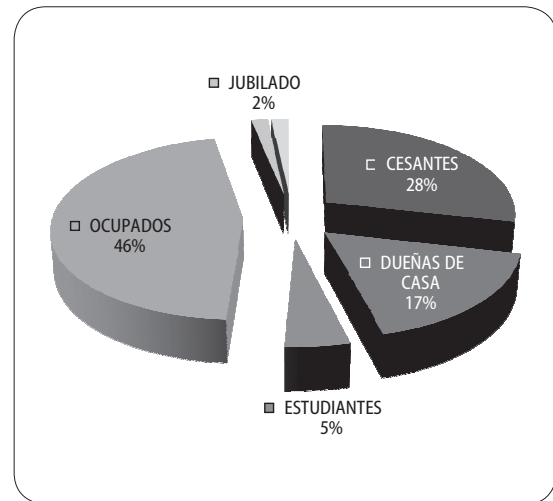


La casuística estudiada corresponde a todos los sujetos con diagnóstico de Estructura Limítrofe de Personalidad según criterios clínicos y con el diagnóstico de trastorno de personalidad de acuerdo al DSM IV-TR., que se encontraban activos en tratamiento; la muestra quedó conformada por 64 sujetos.

La fuente de información para extraer los datos fueron las fichas clínicas. Se revisó la totalidad de las fichas de pacientes activos de la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital del Salvador entre los meses de agosto y septiembre del año 2009. De las 488 fichas de pacientes en control, 256 presentaban como diagnóstico clínico una Estructura de Personalidad Limítrofe, y de éstas, 64 se encontraban activos. Se excluyeron aquellos casos en que el diagnóstico estructural fuera otro (neurótico o psicótico) y los casos que no fueran pacientes activos del policlínico, como una forma de asegurarnos estar estudiando pacientes representativos del momento actual. Se consideraron activos aquellos usuarios que presentaron su último control desde abril del 2009 en adelante, e inactivos los que tuvieron su último control antes de esa fecha.

Las variables consideradas fueron género, edad actual, estado civil, situación laboral, número de hijos, escolaridad, número de hospitalizaciones, diagnósticos en el eje I y II, fármacos actualmente en uso, presencia de síntomas psicóticos, existencia de intentos de suicidio, antecedentes de abuso sexual e indicación y adherencia a la psicoterapia.

**Gráfico 2**  
SITUACIÓN OCUPACIONAL



## RESULTADOS

### *Datos demográficos de la muestra*

El 94% (60) de la muestra corresponde a mujeres y el 6% (4) a hombres. Al momento del estudio el promedio de edad de la muestra fue de 39,3 años. Entre los hombres el promedio de edad fue de 45,25 años y entre las mujeres de 38,9 años. En cuanto al estado civil 25 (39%) pacientes son solteros, 20 (31,25%) separados, 7 conviven (11%) y 12 (19%) están casados (ver Gráfico 1).

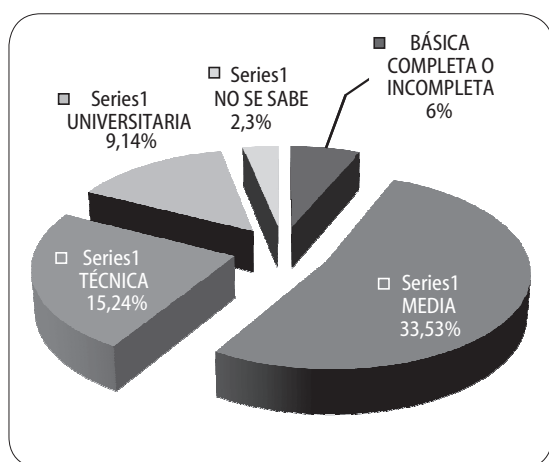
41,3% de la muestra tiene hijos y de éstos el promedio de hijos es de 2,3. Respecto a su estado ocupacional el 46% (29 pacientes) de la muestra se encontraba ocupado, el 28% (18 pacientes) estaba cesante, el 17% (11 pacientes) era dueña de casa, el 5% (3 pacientes) era estudiante, el 2% (1 paciente) jubilado y un 2% (1 paciente) no se obtiene la información de la ficha clínica (ver Gráfico 2).

Respecto al nivel educacional el 6% (4 pacientes) de la muestra presenta nivel de educación básico completo o incompleto, el 53% (34 pacientes) educación media completa, el 24% (15 pacientes) educación técnica, el 14% (9 pacientes) educación universitaria y el 3% (2 pacientes) no se encuentra el registro en la ficha clínica (ver Gráfico 3).

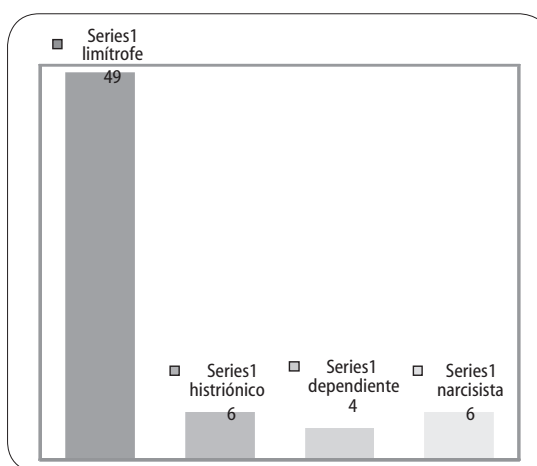
### *Diagnósticos en los ejes I y II*

Los diagnósticos consignados en la ficha clínica en el eje I fueron: Depresión en 21 casos (32,8 %); Distimia

**Gráfico 3**  
NIVEL EDUCACIONAL



**Gráfico 4**  
TIPOS DE T. DE PERSONALIDAD



en 6 caso, (9,3%), Trastorno Afectivo Bipolar en 6 casos, (9,3%), Trastornos de Ansiedad en 6 casos, (9,3%), Abuso de Sustancias en 4 casos, (6,25%), Trastornos alimentarios en 3 casos (4,6%), Descontrol de Impulsos en 3 casos (4,6%) y Trastorno por Estrés post Traumático en 2 casos. (3,1%) La suma da 51 porque no todos los pacientes presentaron algún diagnóstico en el eje I.

Dentro de los diagnósticos en el eje II el más frecuente fue el Trastorno de Personalidad Límite con 49 casos (76,5%). Además se detectaron 6 Trastornos de Personalidad Histriónicos, (9,37%), 6 narcisistas (9,37%) y 4 dependientes (6,25%). La suma da 65 porque algunos pacientes cumplían criterios para más de un trastorno de personalidad (ver Gráfico 4).

### Hospitalizaciones

El 56% (36 de 64) de los pacientes requirió al menos una hospitalización, siendo el Intento de Suicidio y los Episodios Depresivos Severos las dos causas más frecuentes de ingreso hospitalario.

### Episodios Psicóticos

El 10% de los pacientes había tenido al menos un episodio psicótico registrado en la ficha clínica.

### Suicidalidad

El 59% (38 de 64) de los pacientes habían tenido al menos un intento de suicidio. El 14% (9 de 64) había tenido ideación suicida y el 27% (17 de 64) no había

presentado intentos de suicidio ni ideación suicida. Estas variables se buscaron en las fichas clínicas durante todo el periodo de control en la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital del Salvador.

### Etiología

Buscamos el antecedente de abuso sexual, encontrándose registrado en el 22% de las fichas revisadas. Este dato se buscó en los registrados en la ficha clínica durante todo el periodo de control en esta unidad. Sin embargo es esperable que en muchos casos pudiera existir este antecedente, pero no estar registrado debido a que aún el(la) paciente no ha rebelado una situación que frecuentemente requiere una sólida alianza terapéutica.

### Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico

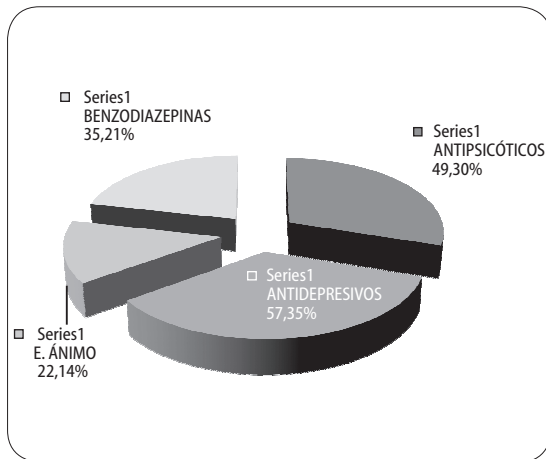
En cuanto al tratamiento farmacológico el promedio de medicamentos indicados por paciente fue de 3,5 al momento del último control con un máximo de 7 fármacos.

La clase de medicamentos más utilizada fueron los antidepresivos, que se indicaron en 57 pacientes (89% de 64). Los medicamentos antipsicóticos fueron indicados en 49 casos (77% de 64), benzodiazepinas en 35 (55% de 64) y estabilizadores del ánimo en 22 casos (34% de 64) (ver Gráfico 5).

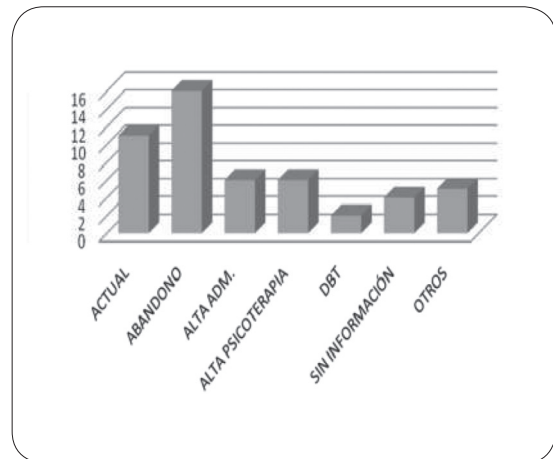
También se evaluó la indicación y la adherencia a la psicoterapia encontrándose que un 71,4% (46 de 64) de los pacientes tenía indicada psicoterapia mientras el 28,6% (18 de 64) restante no.



**Gráfico 5**  
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



**Gráfico 6**  
PSICOTERAPIA



Dentro de los pacientes que se encontraban con psicoterapia indicada 13 (20% de 64, dos de ellos en DBT) estaban activos al momento de la revisión, 16 (25% de 64) abandonaron, 6 (9% de 64) tuvieron alta administrativa y 5 (8% de 64) tuvieron alta de psicoterapia como se muestra en el Gráfico 6.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio retrospectivo nos permiten conocer de mejor forma cómo es la población de pacientes con estructura límite de personalidad que se controla en el policlínico de la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital del Salvador.

El Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador es el centro terciario de derivación del área Oriente de Santiago (SSMO) y por lo tanto podemos pensar que los casos atendidos en esta Unidad son de alta complejidad desde el punto de vista psiquiátrico, médico y social. Por esto han sobrepasado la complejidad de los otros 2 niveles de atención (Atención Primaria y COSAM).

Los datos demográficos obtenidos revelan un elevado porcentaje de pacientes mujeres (94%) que supera lo obtenido por otros estudios (Riquelme 2009, Gunder-son 2002, París 2005, López 2010 (10, 18, 20, 24).

Un 46% (29 de 64) de la muestra tiene trabajo, valor superior al 33,7 y, 33,3% obtenidos en estudios similares efectuados, en Santiago de Chile, en el Policlínico de Trastornos de Personalidad del Instituto Psiquiátrico “José Horwitz Barak” y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria (20, 24) que atienden a la población del SSMN, un área de Santiago quizá con menos oportunidades

laborales que el área Oriente, donde se concentran las comunas con más recursos económicos. Aunque la población atendida en la CPU tiene características socio-demográficas distintas, de un nivel socioeconómico medio.

En uno de los estudios citados del Instituto Psiquiátrico (20) sólo la mitad de los pacientes tenía educación media completa, en el otro CPU el 91% tenía educación universitaria o secundaria (24) mientras que en nuestra muestra este porcentaje se eleva al 91%, lo que puede tener la misma explicación citada en el párrafo anterior.

Con respecto a los diagnósticos en el eje I, Depresión y Distimia tienen la más alta prevalencia sumando ambos un 50%. El trastorno bipolar se diagnostica en un 12% de los casos al igual que los Trastornos de Ansiedad. El abuso de sustancias sólo se diagnosticó en un 9% de los casos, lo que hace sospechar de un subdiagnóstico o subregistro en una población en que la impulsividad suele ser un síntoma presente y causante de consumo de sustancias de abuso. Los otros estudios citados presentaban cifras similares de comorbilidad, siendo la Depresión la comorbilidad más frecuente (20, 24)

En relación al diagnóstico en el eje II encontramos una alta prevalencia de Trastorno Límite de Personalidad (76%). Esto concuerda con las series de Riquelme *et al.* 2009 (20) y de López *et al.*, 2010, de la CPU (24). Cabe destacar que de los 4 pacientes de sexo masculino hay 3 diagnosticados con Trastorno de Personalidad Narcisista, lo que da un 75% de prevalencia en este género.

Observamos que más de la mitad de los pacientes habían sido hospitalizados alguna vez. Esto da cuenta

de la gravedad y complejidad del abordaje terapéutico de este tipo de pacientes, como en las otras muestras nacionales comentadas.

Los síntomas psicóticos en los pacientes con estructura límite de personalidad son prevalentes alcanzando en esta serie un 10%.

El espectro suicidal, que incluye ideas suicidas e intentos de suicidio propiamente tales, es un aspecto presente en el 73% de los pacientes. Un 59% ha presentado al menos un intento de suicidio. Esto pone de manifiesto uno de los criterios diagnósticos del DSM IV-TR y da cuenta del gran sufrimiento personal, familiar y gran costo de recursos asistenciales. Las otras muestras comentadas exhiben cifras similares de Suicidalidad, lo que parece ser como la han definido otros autores (6, 9, 10, 13, 20, 21) una característica altamente prevalente en estas patologías del carácter.

El abuso sexual fue encontrado en un 22% de casos. Esto constituye sólo los casos registrados en la ficha clínica, lo que podemos suponer que corresponde a una cifra inferior a la real puesto que los antecedentes de violencia y abuso en este tipo de pacientes han sido bien documentados por Clarkin 2005, y en las muestras nacionales comentadas (6, 20, 24).

En cuanto al tratamiento farmacológico, encontramos una gran cantidad de prescripciones de varias familias de fármacos con un promedio de 3,5 (con un máximo de 7) en el último control. Esto habla nuevamente de usuarios de alta complejidad en que el uso de medicamentos es un intento de manejar la gran variedad de síntomas que estos pacientes suelen presentar, que a su vez son múltiples, recurrentes, cambiantes y complejos.

Considerando los resultados y la experiencia clínica en el manejo de pacientes con estructura límite de personalidad, pensamos que un manejo racional de la farmacoterapia debería estar dirigida a 4 dimensiones sintomáticas: angustia, descontrol impulsivo, inestabilidad afectiva y distorsiones cognitivas. Para tratar estas manifestaciones creemos que el manejo debiera centrarse en tres grupos farmacológicos: los antidepresivos con efecto antiimpulsivo, los antipsicóticos atípicos y los antiepilépticos por su efecto estabilizador del ánimo y antiimpulsivo. Esto por una menor frecuencia de efectos adversos, un buen perfil de eficacia y el bajo potencial de abuso y riesgo de sobredosis.

En esta muestra se observa una elevada prescripción de benzodiazepinas (21% de los pacientes) lo que predispone al abuso de estos medicamentos por su potencial adictivo y a efectos paradójales como aumento de la impulsividad, criterio que hemos ido modificando

en esta Unidad pero que aún se mantienen estas indicaciones de poca utilidad y de potencial iatrogenia. Consideramos que incluir una benzodiazepina al comienzo del tratamiento de estos casos para tratar los altos montos de ansiedad constituye una indicación posiblemente ineficaz en el largo plazo y potencialmente inductora de otra patología.

Respecto a la psicoterapia vemos que sólo un 20% de los pacientes adhiere activamente a ella. Es decir, cuatro quintos de los pacientes no reciben el tratamiento que, probablemente, sea el más eficaz a largo plazo (Clarkin 2007) (6), cifra que se debiera modificar para poder pretender una mejoría más duradera; en esta Unidad hemos intentado lograr una mayor adherencia organizando grupos de psicoeducación previos al inicio de una psicoterapia.

Entre los pacientes a los que se les indica la psicoterapia más de la mitad abandona o recibe un alta administrativa, lo que es habitual en un tipo de usuarios con grandes dificultades interpersonales que se ven reproducidas en la transferencia y la contratransferencia con el terapeuta. Esto habitualmente termina en el quiebre de procesos psicoterapéuticos. Hay un 10% de pacientes que participan en grupos de apoyo, lo que puede servir como herramienta psicoeducativa o como paso previo a una psicoterapia individual de mejor pronóstico y adherencia.

Es un desafío tratar a estos pacientes, el desarrollo de tratamientos más breves, eficaces y replicables es una tarea en evolución, como la terapia MBT (Terapia basada en la Mentalización) de Fonagy y Bateman (25) en el contexto de un enfoque multimodal de tratamiento (Riquelme *et al.*, 2003) (22).

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ta Edición, Ed. Masson, Barcelona, 1995
2. American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III, Edición Revisada. Ed. Masson, Barcelona, 1987
3. Binks CA, *et al.* Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review), The Cochrane Library 2007 (3)
4. Clarkin J, Posner M. Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology* 2005; 38: 56-63
5. Clarkin J, *et al.* Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 922-928
6. Gabbard G. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2000
7. Gomberoff L. *Otto Kernberg: Introducción a su Obra*. Ed. Mediterráneo, Santiago, 1999
8. Gunderson J. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. American Psychiatric Press, Washington DC, 2001

9. Jorgensen C. Disturbed sense of identity in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2006, 20(6), 618-644
10. Kaplan HI, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría, 8va Edición. Ed. Panamericana, Madrid, 1999
11. Kernberg O. Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1999
12. Knight R. Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient, in *psychoanalytic psychiatry and psychology*. Ed International Universities Press, Nueva York, 1954
13. Lis E, *et al*. Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *J Psychiatry Neurosci* 2007; 32(3): 162-73
14. Mack J. Borderline states in psychiatry. Ed. Grune & Stratton, Nueva York, 1975
15. Oldham J. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006; 163(1) 20-26
16. Paris J. Borderline Personality disorder. *CMAJ* 2005; 172(12): 1579-83
17. Riquelme R. La personalidad, sus Trastornos y Estructura Límites. *Rev. Psiquiatría y Salud Mental* 2002; XIX; 4; 204-218
18. Riquelme R, Salas A, García J. Estudio Descriptivo de 101 pacientes con Estructura límite de personalidad. *Rev GPU* 2009; 5; 2: 256-262
19. Riquelme R, Quijada M. *Psiquiatría y Salud Mental*, Ed. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, 2007
20. Riquelme R, Oksenberg A. *Trastornos de Personalidad: Hacia una mirada integral*. Chile, Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental, 2003
21. Millon Theodore. *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*. 2ª edición. 2002
22. López C, Pérez F, Troncoso M, Saldaña J, Bustamante L, Jerez S. Caracterización de las hospitalizaciones realizadas en la Unidad de Trastornos de Personalidad de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile entre los años 2006 y 2008. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48(2): 123-134
23. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010 February; 9(1): 11-15
24. Linehan M. M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993

## ANÁLISIS

# LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y SU INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

(Rev GPU 2011; 7; 1: 92-102)

Pablo Santa Cruz

**El presente artículo se ocupa de los aspectos más problemáticos de la relación entre las compañías farmacéuticas y el gremio médico, de sus efectos sobre la práctica clínica y de las cuestiones éticas implicadas. Se constata asimismo una creciente conciencia colectiva respecto de la necesidad de un cambio en la situación descrita.**

El derecho de buscar la verdad implica también un deber:  
No ocultar ni una parte de lo que se ha reconocido como verdad

Albert Einstein

## INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha intensificado la controversia en torno a las formas y canales de influencia de la industria farmacéutica en la práctica clínica, y a las cuestiones relativas a su legitimidad y conveniencia. Editoriales y artículos en *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* (1, 2), *The New England Journal of Medicine (NEJM)* (3, 4), *The British Medical Journal (BMJ)* (5, 6) y *PLoS Medicine* (7) entre otros, se han hecho parte del debate, al igual que organismos no gubernamentales –como *Transparenc y International* (8), *Consumers International* (9), y *Public Citizen* (10)–, comisiones parlamentarias en Inglaterra (11) y Estados Unidos (12), tribunales en diversos países y numerosos medios de prensa.

El objetivo del presente artículo es contextualizar el problema en el marco histórico particular de la in-

dustria farmacéutica de investigación, y revisar de un modo general algunos de los aspectos más controvertidos de su funcionamiento, con especial referencia a su relación con la práctica clínica y con las fuentes que la rigen; todo ello con el ánimo de aportar a una visión informada del problema.

## MARCO HISTÓRICO

Entre comienzos de la década de 1930 y mediados de la de 1970 los laboratorios de investigación (dentro y fuera de la industria farmacéutica) trajeron al mundo de las terapias farmacológicas los avances de más alto impacto de los últimos 150 años. La penicilina y los antibióticos, la cortisona, la clorpromazina y los antipsicóticos de primera generación, las sales de litio, la levodopa, la carbamazepina, las benzodiazepinas, las tiazidas, el propranolol, la heparina, los primeros antineoplásicos,

la vacuna antipolio y otras, la azatioprina y los primeros inmunosupresores, los antiulcerosos antihistaminérgicos, los anticonceptivos orales y un largo etcétera, introdujeron cambios dramáticos y definitivos en la prevención y el tratamiento de numerosas enfermedades y problemas de salud, y en la expectativa y la calidad de vida de millones de personas. Esta verdadera Revolución Terapéutica, sin embargo, avanzó hacia un inexorable agotamiento, y dio paso a una progresiva sequía productiva: la así llamada Era de los Rendimientos Decrecientes (13) (cuyo único hijo verdaderamente revolucionario sea tal vez el tratamiento antirretroviral para la infección por VIH).

Los factores que contribuyeron a dicho declive son numerosos y complejos. Por un lado, los requerimientos de estándares éticos cada vez más exigentes para la investigación con seres humanos y de parámetros técnicos y estadísticos cada vez más sólidos y confiables para el establecimiento de la eficacia y la seguridad de los nuevos medicamentos –requerimientos que hoy, a más de cincuenta años de la talidomida, han llegado a parecernos obvios–, trajeron como efecto colateral una significativa desaceleración de la innovación farmacéutica. A ello se suma, por otro lado, la creciente complejidad de la investigación en diversas áreas de la medicina moderna, tanto en ciencias básicas como en terapéutica. (El prematuro optimismo despertado por la medicina genómica, por su parte, ha venido a ser temperado por reiterados llamados al realismo y la paciencia (14)).

Otros posibles factores implicados, sin embargo, parecen estar vinculados a políticas de la propia industria. Pues si bien ésta ha hecho algunos esfuerzos por superar la actual crisis de innovación, lo cierto es que ellos se han centrado fundamentalmente en el aumento sostenido de la inversión en Investigación y Desarrollo (I+D), sin atender a la urgente tarea de orientar la investigación en el sentido de las verdaderas necesidades sanitarias de la población (15, 16).

En la práctica, las responsabilidades de las compañías farmacéuticas respecto de sus socios accionistas y el control creciente que sus cargos gerenciales han asumido sobre las líneas de I+D (13), han dado lugar a una reorientación de las mismas hacia mercados más seguros, amplios y lucrativos, por ejemplo, con la producción de un nuevo antihistamínico o un nuevo antihipertensivo, cuyo diseño y desarrollo siga el sendero trazado por los ya existentes, en perjuicio de otras posibles líneas de investigación que pudieran resultar más innovadoras y desafiantes pero comercialmente más riesgosas o menos rentables, como la búsqueda de nuevos tratamientos para enfermedades del tercer mundo, de nuevos antibióticos para infecciones por

gérmenes multirresistentes, o de nuevos senderos farmacodinámicos en la fisiopatología de enfermedades menos prevalentes. En ocasiones, líneas investigativas potencialmente productivas han sido de hecho abandonadas, luego de un pronóstico de rentabilidad desfavorable (17).

Del panorama descrito resulta una doble paradoja. La primera es que a pesar de invertir cada vez más en I+D, en términos de verdadera innovación la industria farmacéutica rinde cada vez menos. De hecho, la proporción de los nuevos medicamentos que es posible considerar como genuinas innovaciones ha mostrado una caída sostenida desde mediados de la década de 1980 (17). Por ejemplo, de los 667 medicamentos aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos durante el periodo 2000-2007, sólo 75 (el 11%) fueron catalogados en su proceso de evaluación como “nuevas entidades moleculares (NEM) que parecen constituir un avance respecto de fármacos previamente disponibles”. El 89% restante correspondió a nuevas formulaciones o combinaciones de drogas previamente disponibles (75%) y a NEM “con cualidades terapéuticas similares a las de una o más drogas disponibles en el mercado” (14%) (18). Diversos análisis han coincidido en este balance (19, 20), cuya tendencia hasta la fecha no ha mostrado signos de variación (21).

La segunda paradoja –acaso más sorprendente– es que a pesar de invertir cada vez más en I+D, y de rendir cada vez menos en innovaciones relevantes, la industria farmacéutica sigue recaudando cada vez más utilidades, manteniéndose invariablemente entre las industrias más rentables del mundo (22).

## MEDICAMENTOS “ME-TOO”

La mayor parte de la producción de la industria farmacéutica está constituida actualmente por los así llamados medicamentos “me-too”, es decir, por alternativas o variaciones más o menos triviales de fármacos previamente disponibles, cuyo mercado está en general bien establecido, es expansible y resulta por tanto lo suficientemente atractivo para las grandes compañías como para decidirse a competir por un porcentaje. Así es como al captopril y al enalapril les siguieron más de doce inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), a la fluoxetina se han sumado al menos cinco inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), la lovastatina fue sucedida por otras siete estatinas, el omeprazol por otros cuatro inhibidores de la bomba de protones, al sumatriptán se sumaron siete triptanes más, etcétera.

Sin embargo, son escasos los estudios bien diseñados que comparen drogas de un mismo grupo en dosis equivalentes, de modo que rara vez es posible tener claridad respecto de cuál constituye realmente un avance respecto de las anteriores. Y si bien la diversidad de perfiles farmacocinéticos permite ajustar el uso de diferentes fármacos de una misma familia a distintos casos particulares, o recurrir a una segunda opción cuando se ha presentado un problema con la primera, este razonamiento parece insuficiente para justificar la cantidad de alternativas disponibles. Resulta digno de notar, por otro lado, que típicamente se trata aquí de medicamentos utilizados en el tratamiento de condiciones más o menos crónicas y de alta prevalencia, lo cual los convierte desde la partida en candidatos a *blockbusters* (designación que reciben los medicamentos que generan más de mil millones de dólares en ventas al año).

En algunos casos, el nuevo medicamento ni siquiera es una auténtica alternativa a otro ya existente, sino simplemente el isómero activo de una mezcla racémica previamente disponible, o el metabolito activo responsable (parcial o totalmente) de la acción de un fármaco más antiguo (23). Con cierta frecuencia, la entrada al mercado de esta aparente novedad coincide con el vencimiento de la patente del fármaco precursor y se acompaña de una agresiva campaña de *marketing* que busca en parte inducir el cambio de tratamiento en los usuarios habituales de la droga original (24). Nuevamente, por regla general no existe evidencia convincente que realmente demuestre que el nuevo producto es más efectivo, más seguro o mejor tolerado que el antiguo (v. gr. esomeprazol vs. omeprazol, levocetirizina vs. cetirizina vs. hidroxizina, desloratadina vs. loratadina, escitalopram (25) vs. citalopram, dexametilfenidato vs. metilfenidato, eszopiclona vs. zopiclona, desvenlafaxina (26) vs. venlafaxina, etc.)

Los índices de prosperidad de la industria farmacéutica, sin embargo, indican que ésta ha logrado generar tasas de prescripción notablemente altas para sus nuevos productos, *aun cuando* se trate habitualmente de medicamentos cuyas supuestas ventajas sobre alternativas más antiguas (no protegidas por patente, y cuyos efectos a largo plazo están más claramente establecidos) resultan cuando menos cuestionables, desde el punto de vista tanto de la Medicina Basada en Evidencia como del análisis de costo-efectividad.

Para comprender este singular estado de cosas, conviene por un lado tener en cuenta que el principal requisito exigido por la FDA para la aprobación de un nuevo fármaco en un determinado uso, es la demostración en dos estudios de fase 3 de que dicho fárma-

co, además de ser suficientemente seguro, supera en eficacia a un placebo. Esto significa que el proceso de evaluación no contempla la comparación de la nueva droga con otras ya existentes (como tampoco considera la cantidad de estudios que tuvieron que ser completados para llegar a la cuota de dos estudios positivos). En la práctica, esto permite la eventualidad de que “el último” antiinflamatorio o “el último” antidepresivo, por ejemplo, sean de hecho peores (i.e. menos efectivos y/o menos seguros) que otros ya “pasados de moda”, disponibles en versión genérica bioequivalente a una fracción del costo.

Por otro lado, cabe preguntarse ¿cómo es que la industria farmacéutica ha logrado convencer a los médicos para que prescriban generalizadamente estos dudosos avances, e infundir en ellos la creencia de que presentan amplias ventajas sobre sus predecesores?

## MARKETING

Un dato relevante y en sí mismo elocuente es que todas las grandes compañías farmacéuticas gastan anualmente en *Marketing* y Administración (M+A) alrededor del 30% de sus ingresos, lo cual corresponde a más del doble de lo que invierten en I+D (13). Tamaño esfuerzo económico tiene sentido en todo caso, pues mientras menos evidentes sean las ventajas de un medicamento, mayor empeño se requerirá para causar una fuerte impresión positiva respecto del mismo y aumentar su prescripción.

Las prácticas de *marketing* (manifiesto o encubierto) son posibles de observar en todos los ámbitos donde la industria necesita generar y mantener una imagen favorable de sus productos y su quehacer, con el fin último de incrementar las ventas. Esto incluye un agresivo trabajo de *lobby* a nivel de los poderes legislativo y ejecutivo en países clave desde el punto de vista comercial y de regulación (incluidos aportes económicos a campañas electorales de lado y lado) (27), un manejo preciso y cuidadoso de la producción y presentación de la investigación científica, una activa y permanente injerencia en los canales de educación médica y puesta al día (congresos, etc.), generosos patrocinios a sociedades profesionales y a agrupaciones de pacientes, y una incansable campaña de persuasión personalizada mediante la visita sistemática a los médicos por parte de representantes de ventas, principalmente. La mayor parte del gasto en *marketing* está enfocada a los médicos; la parte restante apunta entre otros a la población general, en la forma de campañas de divulgación acerca de enfermedades y tratamientos a través de diversos medios (internet, TV, etc.)

El hecho de que tanto el gasto en *marketing* como las utilidades superen ampliamente la inversión en I+D parece refutar el argumento oficialmente esgrimido para justificar los altos precios de los medicamentos. Pero lo realmente preocupante a ojos de muchos observadores es el efecto que tienen las costosas estrategias de promoción sobre la independencia y confiabilidad de la profesión médica (punto sobre el que volvemos más abajo).

## LA INVESTIGACIÓN Y SUS INTERESES

Las compañías farmacéuticas han recurrido tradicionalmente a los investigadores académicos para la conducción de sus estudios en centros clínicos universitarios. Los términos y condiciones de este convenio, sin embargo, han sufrido cambios sustantivos a lo largo de las últimas décadas (28).

Hasta mediados de la década de 1980 las compañías se limitaban a otorgar el financiamiento necesario para la investigación, encomendando a los académicos la tarea de diseñar e implementar los ensayos a su arbitrio. Ambas partes colaboraban entonces a una distancia prudente. Con el tiempo, la creciente dependencia económica de los centros académicos respecto de la industria (29) parece haber contribuido a un progresivo aumento de la injerencia de esta última en el proceso de investigación. Hoy en día, las compañías frecuentemente deciden el diseño de la investigación, asumen la propiedad de los datos, los analizan con sus propios estadísticos, encargan la redacción de los artículos a agencias de “escritores médicos”, revisan y editan los borradores, y deciden si deben o no ser enviados para publicarse y adónde (30). En los ensayos multicéntricos, los investigadores pueden incluso no tener acceso a la totalidad de los datos.

Además, aparte del financiamiento para el estudio, los académicos que lo conducen pueden tener toda clase de vínculos financieros con las compañías patrocinadoras (31, 32). Pueden servir como consultores o conferencistas a las mismas compañías cuyos productos evalúan, formar parte de sus comités asesores, llegar a arreglos sobre patentes y regalías, aceptar aparecer como autores de artículos en cuya preparación han tenido escasa o nula participación (33-35), promover medicamentos en simposios auspiciados por la respectiva compañía, y permitirse aceptar toda clase de obsequios, viajes e invitaciones. Algunos incluso tienen acciones de las compañías patrocinadoras (28).

Por otro lado, paralela a la investigación académica y respondiendo a la necesidad de una investigación más rápida y eficiente, opera un importante rubro de

empresas privadas que se dedican a gestionar ensayos clínicos para las compañías (llamadas “organizaciones de investigación por contrato”).

Para los críticos, tanto el control de la industria sobre los estudios clínicos como los conflictos de interés en quienes los conducen resultan preocupantes, al igual que la idiosincrásica creencia en boga de que la sola revelación es medida suficiente para neutralizar el efecto de dichos conflictos de interés (36). (Por otro lado, consta que la exigencia de revelación es recurrentemente incumplida (37)).

Es un hecho demostrado que la investigación financiada por la industria farmacéutica tiende *sistemáticamente* a arribar a conclusiones favorables a la compañía patrocinadora (38-40). Esto es relevante, ya que la mayor parte de los ensayos clínicos publicados en revistas médicas son financiados por la industria (41), y la mayoría de los meta-análisis disponibles han sido elaborados sobre la base de material publicado. Diversos analistas han llamado la atención sobre el efecto de distorsión que esto tiene sobre el cuerpo de conocimiento que rige y orienta actualmente la práctica clínica.

A este respecto, al menos tres formas de sesgo han sido ampliamente reconocidas: i) *publicación selectiva* (42), pues los estudios positivos tienen una probabilidad significativamente mayor de ser publicados –incluso en forma redundante– que los negativos; ii) *reporte selectivo* (42), donde se escogen los resultados más favorables del estudio a publicar para ser incluidos en el artículo correspondiente, omitiendo o “maquillando” aquellos que resultan menos convenientes; y iii) *sesgos en el diseño de la investigación*, que incluyen los diversos métodos usados para obtener en los estudios los resultados deseados.

## SESGOS DE DISEÑO

Si bien se ha demostrado que las compañías farmacéuticas tienden a obtener los resultados que desean, parece suficientemente claro que no lo hacen a través de la falsificación de datos ni de fraudes metodológicos (la metodología de sus ensayos ha mostrado ser de calidad semejante –o incluso superior– a la de la gran mayoría de los estudios independientes (39)). Más bien, el modo más simple –si bien no el único– como pueden inclinar la balanza a su favor es planteando como punto de partida para sus ensayos clínicos las preguntas “correctas” (41).

Ejemplos relativamente típicos son la comparación del fármaco a evaluar con un tratamiento demostradamente inferior, con un fármaco competidor en dosis

insuficiente o administrado en forma inadecuada (de modo que resulte menos eficaz), o con un fármaco competidor en dosis demasiado altas (de modo que resulte menos seguro o peor tolerado). También es común la comparación con un medicamento de eficacia probada en estudios demasiado pequeños como para encontrar diferencias (y que carecen de validez por no incluir control con placebo, necesario para demostrar la sensibilidad del ensayo).

Incluso los estudios que comparan con placebo un medicamento con efectos adversos ostensibles tienden muchas veces a realzar la eficacia del mismo, gracias a la ruptura del ciego que permiten los efectos molestos tanto a pacientes como a evaluadores (43). Esto es especialmente relevante en cuadros con alta respuesta a placebo, como la depresión mayor. En diversos estudios, la imipramina –por ejemplo– mostró escasa o nula ventaja sobre el placebo cuando en lugar de una píldora inerte se usó como comparador un comprimido de atropina –o “placebo activo”–, que emula parte de los efectos adversos anticolinérgicos del antidepresivo (44). (Dejamos sin tocar aquí el problema nosológico que plantea el constructo “depresión mayor” (45, 46)).

Por otro lado, en las patologías cuyos síntomas y severidad se intenta objetivar a través de escalas, se prefieren aquellas en las que el fármaco muestra un mayor rendimiento. En ocasiones, cuando la diferencia de magnitud del efecto entre fármaco y comparador (v.gr. placebo) es pequeña, la determinación de un punto de corte arbitrario para definir “respuesta a tratamiento” permite establecer diferencias considerables –aunque engañosas– entre el porcentaje de “respondedores” al fármaco y el porcentaje de “respondedores” al comparador (47).

Sackett y Oxman (48), a cuyo artículo remitimos al lector interesado, han resumido ingeniosamente una gran variedad de tácticas utilizadas para obtener resultados favorables en la investigación clínica (y para “evitar que la verdad interfiera con las ventas”).

## PUBLICACIÓN Y REPORTE SELECTIVOS

Si bien en muchos países los productores de medicamentos están obligados a enviar todos los ensayos clínicos realizados a la respectiva agencia reguladora, lo cierto es que no tienen ninguna obligación de publicarlos. De hecho, cuando se trata de resultados desfavorables, la evidencia indica que rara vez lo hacen. Reseñamos a continuación algunos ejemplos de interés para el psiquiatra. Turner *et al* (49) encontraron que de acuerdo con la literatura disponible, el 94% de los ensayos realizados con doce antidepresivos en el

tratamiento de la depresión mayor entre 1987 y 2004 resultó positivo; pero cuando en el análisis se incluyeron los estudios no publicados (requeridos a la FDA mediante la Ley de Libertad de Información americana), la cifra descendió a un 51%. De los ensayos que la FDA catalogó como negativos o cuestionables (casi la mitad del total), un 61% no fue publicado y un 31% fue publicado en artículos que de hecho comunican un resultado positivo. Melander *et al.* (50) llegaron a resultados semejantes, aplicando una metodología análoga a los ensayos de cinco ISRS en depresión mayor enviados a la agencia reguladora sueca, y llamaron la atención sobre el fenómeno de publicación múltiple de los estudios positivos.

El meta-análisis de Kirsch *et al.* (51) examinó la totalidad de los estudios (publicados y no publicados) enviados a la FDA para la aprobación de los seis antidepresivos más usados entonces para el tratamiento de la depresión mayor (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, venlafaxina y nefazodona), y encontró que la diferencia de efecto entre antidepresivo y placebo era en promedio inferior a 2 puntos en la escala de Hamilton (de 51 puntos), sin diferencias significativas entre las drogas evaluadas ni entre las dosis utilizadas. La publicación selectiva de los estudios más favorables y la promoción asociada habían contribuido a generar una impresión muy distinta acerca de su efectividad.

Ghaemi *et al.* (52), por su parte, revisaron los estudios (publicados y no publicados) que GlaxoSmithKline realizó con lamotrigina en trastornos del ánimo, cuyos datos resumidos se encuentran disponibles en el sitio web de la compañía por un arreglo judicial del año 2004 (53) relacionado con el llamado Estudio 329 (ver más abajo). De los 9 estudios revisados, los 2 que resultaron positivos en el retraso de nuevos episodios en trastorno bipolar (TB), y que sustentan su indicación como profiláctico de fase, habían sido publicados. Dos estudios negativos, uno en TB de ciclos rápidos y el otro en depresión bipolar, también habían sido publicados, pero en ambos casos enfatizando los *outcomes* secundarios positivos en lugar de los *outcomes* primarios negativos. Un estudio negativo en TB de ciclos rápidos no fue publicado, como tampoco otros dos ensayos negativos en depresión bipolar ni otros dos también negativos en manía aguda. Según el autor (54), la no publicación de estos estudios contribuyó a fomentar la equivocada creencia de que la lamotrigina tiene efecto antidepresivo.

La información obtenida por vía judicial en diversos casos sugiere que las compañías farmacéuticas no solamente seleccionan los estudios y resultados más favorables para la elaboración y publicación de



sus artículos, sino que en determinados casos definen activamente qué ensayos y qué resultados deben ser suprimidos para no poner en riesgo la imagen de una determinada marca.

Documentos internos obtenidos mediante litigio mostraron que AstraZeneca, por ejemplo, ocultó estudios clínicos con pacientes esquizofrénicos en los que la quetiapina resultó ser menos eficaz que el haloperidol en diversos parámetros, incluyendo productividad psicótica (55). Un correo de un gerente de la compañía señalaba en relación con estos resultados: “Los datos no se ven nada bien. De hecho, no veo cómo podemos sacar un artículo de esto”. En el caso del Estudio 15, efectuado con pacientes en remisión, el haloperidol mostró superioridad tanto en la prevención de nuevos episodios psicóticos como en los puntajes de síntomas. En el artículo publicado, sin embargo, sólo se incluyeron los resultados que mostraron ventajas de la quetiapina en el funcionamiento cognitivo (56). El resumen del artículo afirma que el tratamiento con quetiapina comparado con haloperidol tendría un impacto positivo en áreas del rendimiento cognitivo que se relacionan con el desempeño en la comunidad, sin mencionar el mayor riesgo de recaídas y los peores puntajes en la medición de síntomas.

De modo semejante, la afirmación de que la quetiapina no producía aumento de peso fue ampliamente difundida (57), aun cuando la compañía fabricante ya contaba con los datos que mostraban lo contrario (55, 58).

El mencionado Estudio 329 de SmithKline Beecham (59, 60), uno de tres ensayos clínicos que evaluaron la eficacia y seguridad de la paroxetina en adolescentes con depresión mayor, resultó negativo tanto en los dos *outcomes* primarios como en los seis *outcomes* secundarios del protocolo original. Se incluyeron 19 *outcomes* adicionales, y sólo 4 resultaron positivos. La incidencia de ideación y conducta suicida en el grupo que recibió la droga, por otro lado, superó significativamente a la del grupo control. Es decir, el ensayo resultó negativo para eficacia y positivo para daño. Memos internos de la compañía obtenidos judicialmente señalaban como “comercialmente inaceptable” (53) la admisión de estos resultados, y sugerían “gestionar eficazmente la difusión de estos datos con el fin de minimizar cualquier potencial impacto negativo desde el punto de vista comercial” (61). El estudio finalmente fue publicado (62), pero en el artículo los autores concluyen que la paroxetina “es en general bien tolerada y efectiva para la depresión mayor en adolescentes”. La ideación y conducta suicida, por su parte, fueron consignadas como eventos de “labilidad emocional”. Más tarde, la publicación fue

citada como ensayo positivo en diversos artículos, e incluso considerada en una reciente revisión (63). Por su parte, los Estudios 377 (negativo) y 701 (donde el placebo de hecho superó a la droga) se mantuvieron sin publicar (64).

La búsqueda sistemática de *outcomes* que cumplan con las expectativas de eficacia de los investigadores (o del patrocinador) una vez que los *outcomes* del protocolo original han resultado negativos –como en el caso del Estudio 329–, el planteamiento de nuevas y sucesivas hipótesis una vez obtenidos los resultados de un estudio (análisis *post-hoc*) (65), y la conducción de múltiples análisis de subgrupos en busca del más favorable (41), son todas prácticas que permiten forzar los resultados en el sentido que se desea (sesgo confirmatorio). Mills (66) las llama “tortura de datos” (“torture sus datos por el tiempo suficiente, y acabarán diciéndole todo lo que quiere escuchar”), y subraya que en las publicaciones resultantes pueden resultar imperceptibles.

A partir de 2005 el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas exige a los investigadores registrar sus estudios antes de la inscripción de los participantes como condición para la publicación de los resultados de los mismos en las revistas afiliadas. Esta normativa, sin embargo, no ha logrado solucionar el problema, según lo demuestran las altas tasas de discrepancia entre los *outcomes* primarios de los ensayos clínicos registrados y su subsecuente publicación (67).

La no publicación y minimización de los resultados negativos y la publicación múltiple y exageración de los resultados positivos, generan una distorsión en la imagen de la relación riesgo/beneficio de un medicamento, y contribuyen de tal modo a la sobreprescripción de tratamientos menos efectivos y más riesgosos de lo que los clínicos suponen.

## AMPLIACIÓN DE MERCADOS

La promoción agresiva y pertinaz del uso de un determinado fármaco para una determinada patología –donde ha probado ser más eficaz que un placebo en dos de una cantidad indeterminada de ensayos– constituye sólo una de las estrategias de la industria para incrementar sus ventas. A ella se suman otras que buscan ampliar sus mercados; por ejemplo, la promoción de usos en los que la eficacia y la seguridad del medicamento no están demostradas, o usos *off-label* (no nos referimos aquí a indicaciones con una racionalidad y efectividad evidentes, como el uso de un medicamento con efecto sedante en casos de insomnio).

Si bien los médicos pueden usar fármacos en indicaciones para las cuales no están aprobados (decisión cuyos riesgos y responsabilidad legal asumen individualmente), muchos países prohíben a las compañías farmacéuticas la promoción de dichos usos, buscando evitar el efecto engañoso de recomendaciones no respaldadas por evidencia y prevenir la sobreprescripción y la elevación de los costos de los tratamientos. Pese a esto, la promoción de usos *off-label* es práctica universal.

El caso de la gabapentina es ilustrativo, y está bien documentado (68). Una efectiva campaña de *marketing* e incentivos permitió a Parke-Davis convertir este modesto antiepiléptico coadyuvante (en su momento, única indicación aprobada) en un *blockbuster* multiuso, indicado masivamente y en altas dosis a pacientes con migraña, dolor crónico, neuropatía diabética, fibromialgia, esclerosis lateral amiotrófica, trastorno bipolar, esquizofrenia, ansiedad, déficit atencional, problemas conductuales, síndrome de piernas inquietas y otros. Hoy, tanto la patente como la moda de la gabapentina son parte del pasado (al igual que la millonaria multa pagada por la compañía por promoción ilegal y fraudulenta (69)), pero se tiene la impresión de que no han faltado relevos.

La principal táctica de promoción de usos no aprobados –más rápida, económica y manejable que los engorrosos estudios de fase 4, necesarios para solicitar nuevas aprobaciones– es la publicación de estudios “preliminares” con resultados “prometedores”, realizados habitualmente con un número pequeño de pacientes y sin grupo control. Éstos son divulgados en la forma de reimpressiones a repartir y en conferencias de “líderes de opinión” (70), quienes frecuentemente recomendarán usar la droga en dosis más altas que las habituales y que las probadas en ensayos controlados. (El arte de separar el mensaje del emisor interesado para ponerlo en boca de un tercero aparentemente desinteresado es una práctica de relaciones públicas conocida como “*third party technique*” (71)).

Si bien la historia muestra casos de importantes y efectivos tratamientos que fueron inicialmente *off-label* (como el tratamiento antibiótico de la úlcera péptica), las tasas de prescripción sugieren que en este punto, y especialmente cuando se trata de novedades, el entusiasmo de los clínicos excede en mucho su cautela. Casos como el de la gabapentina y otros obligan a plantear la pregunta acerca de qué es lo que está en juego cuando se incita a los médicos a “hacerse su propia experiencia”, y qué lugar ocupa una recomendación de este tipo en los tiempos de la Medicina Basada en Evidencia.

Una segunda estrategia de la industria farmacéutica para ensanchar sus mercados, según se ha observado (72, 73), es el intento de ampliar las definiciones operacionales de las patologías conocidas, y de introducir nuevos síndromes en el repertorio diagnóstico de los clínicos. Para tal efecto, el rol de los expertos parece central. De hecho, una proporción significativa de los miembros de paneles redactores de guías clínicas tiene algún tipo de interés financiero en los tratamientos que evalúa (28) y, por lo tanto, en la definición de las patologías respectivas. Por ejemplo, en el panel de expertos del *National Institute of Health* americano que recomendó en 2004 disminuir los niveles aceptables de colesterol LDL, ocho de sus nueve miembros tenían vínculos financieros con compañías productoras de estatinas (74). Igualmente, la mayoría de los expertos que participaron en la elaboración del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su cuarta edición (DSM-IV) tenía tratos financieros con la industria (28).

La psiquiatría es terreno especialmente propicio para las ampliaciones e innovaciones diagnósticas, por regir en ella una suerte de “nosología de los acuerdos” y por ofrecer un espacio virtualmente ilimitado para nuevos trastornos. En la práctica, que el “trastorno de ansiedad generalizada”, la “fobia social” (75) o el “trastorno disfórico premenstrual”, por ejemplo, sean considerados entidades nosológicas propiamente dichas no deja de suscitar controversia (76, 77), al igual que las concepciones en boga acerca de la enfermedad depresiva (verdadera pandemia (78)) y el espectro bipolar (79, 80) (incluido el TB infantil (81)).

## VISITAS Y OBSEQUIOS

La así llamada “visita médica” es una de las prácticas de promoción más extendidas en el mundo, y la gran mayoría de los médicos se habitúa a ella muy temprano en su carrera. Junto con escuchar las recomendaciones de los visitantes, los médicos reciben muestras de medicamentos, folletos que ilustran en forma atractiva (y selectiva (82)) las supuestas bondades de los mismos, artículos de escritorio y otros obsequios en general de escaso valor. Ocasionalmente, pueden recibir también ejemplares de revistas, libros de texto, literatura a pedido, invitaciones a conferencias con cena incluida o a congresos en ciudades turísticas dentro o fuera del país (con inscripción, pasajes y/o estadía pagados, según el caso), medicamentos para uso personal o familiar, refrigerios y más.

Tradicionalmente, los visitantes han sido vistos por los médicos como la principal y primera fuente

de información acerca de los nuevos medicamentos. Ello a pesar de que su trabajo no es proveer a los médicos de información fidedigna e imparcial –como la que requieren–, sino aumentar las ventas de sus productos. De hecho, tanto su efectividad para alterar los hábitos de prescripción (83) como la inexactitud de parte importante de sus afirmaciones (84) han sido demostradas.

Pese al propósito y efecto evidentemente persuasivos de la visita médica –como los de toda propaganda–, la mayoría de los clínicos muestra ante ella una actitud básicamente permisiva. Ésta parece estar ligada a una aparente “ilusión de invulnerabilidad” (85) personal frente a sus efectos. Diversas encuestas (86-88) muestran que la mayor parte de los médicos cree que los beneficios y obsequios de la industria farmacéutica influyen sobre las prescripciones de la generalidad de sus colegas, pero no sobre las propias.

Sin embargo, es un hecho probado que los seres humanos (incluidos los médicos) poseemos una natural inclinación a corresponder y retribuir a quienes tienen con nosotros gestos de generosidad, por pequeños que éstos sean (89) (tan pequeños como un lápiz, un tazón o una palabra de halago). La *reciprocidad* es una tendencia instintiva de nuestra especie (90), y opera eficazmente aun en forma inconsciente, al margen de la razón y a pesar de la más honesta intención de neutralidad. Cuando un médico recibe un obsequio de un visitador, se activa un sentimiento de deuda (consciente o inconsciente) en su relación con él, instalándose *ipso facto* un conflicto de interés cuyo efecto más probable es la distorsión del juicio clínico en favor del visitador y sus marcas (91). Ese es justamente el propósito del obsequio. (Incluso, la sola asistencia a un evento auspiciado por una compañía tiene un impacto perdurable sobre las conductas de prescripción (92)).

Entre los médicos, el contacto frecuente con visitadores se asocia en forma probada y significativa (93) a: i) una mayor disposición a recetar nuevos medicamentos; ii) una mayor disposición a prescribir un fármaco que no está clínicamente indicado cuando un paciente lo solicita; iii) una mayor insatisfacción en consultas en las que se proporciona sólo consejo (y no recetas); iv) una mayor receptividad frente a la publicidad y la literatura promocional de las compañías farmacéuticas; v) una tendencia a indicar tratamientos más caros, aun cuando ofrezcan mínimas o nulas ventajas sobre otros más económicos (94); y vi) una mayor disposición a solicitar que se incorporen al formulario de un hospital medicamentos de las compañías con cuyos visitadores se tiene contacto (95).

En un estudio ya clásico (96), el 62% de los médicos señaló que los artículos científicos eran “muy importantes” en la formación de sus opiniones y criterios de prescripción, en tanto que sólo un 20% mencionó a los visitadores como “muy importantes”. Sin embargo, la mayoría entregó opiniones que eran favorables a las compañías farmacéuticas y carecían de apoyo en la literatura científica.

En una muestra de psiquiatras (97), se encontró que el contacto semanal con visitadores estaba fuertemente asociado a un mayor optimismo respecto de la efectividad de los antipsicóticos atípicos (excluida la clozapina) en el tratamiento de síntomas positivos que no han respondido a haloperidol en dosis óptimas. Esto, a pesar de que no existe evidencia clara que justifique dicha expectativa. Notablemente, sólo el 22% de los consultados nombraron a los visitadores médicos como una fuente influyente de información.

Según se ha hecho notar (98), los médicos que dejan de recibir visitadores y asumen la responsabilidad personal de mantenerse informados a través de canales apropiados, no sólo mejoran la calidad de sus prescripciones sino que además tienden a aligerar su carga de trabajo y a mejorar su puntualidad, todo ello en beneficio de sus pacientes. Por lo demás, conviene recordar que son estos últimos quienes asumen finalmente los costos del *marketing* farmacéutico, incluidas las visitas, los obsequios y los auspicios con que las compañías se ganan las preferencias y la buena voluntad de los médicos.

## NECESIDAD DE UN CAMBIO

A lo largo de las últimas décadas, diversos autores han llamado la atención sobre el modo cómo el mundo médico parece haberse habituado a la idea de que las fuentes y canales de información que requiere para mantenerse al día (investigación clínica, instituciones académicas, revistas médicas, sociedades profesionales, congresos, cursos de posgrado, reuniones clínicas, simposios, servicios de búsqueda bibliográfica, etc.) deben –y pueden legítimamente– tener el patrocinio de la industria farmacéutica (5), desestimando la evidente deformación del conocimiento adquirido y el probado efecto que los conflictos de interés emanados tienen sobre las conductas de prescripción y sobre la confiabilidad de la profesión médica a ojos de los pacientes y de la comunidad (99).

Las relaciones de la industria con las entidades que la regulan y con la investigación que evalúa sus productos, plantean la necesidad de medidas de alto nivel (legislativas y otras) para resolver sus inconveniencias.

En el caso de las relaciones con los médicos y con las instituciones académicas, en cambio, las decisiones individuales e institucionales pueden resultar especialmente efectivas.

Angell (20), entre otros, es partidaria de una completa depuración de las fuentes de enseñanza médica y defiende la implementación de vigorosas políticas de restricción al *marketing* farmacéutico en los centros clínicos de formación. Al respecto, enfatiza que los médicos que se dejan “educar” por la industria no sólo aprenden a ejercer una medicina excesivamente orientada hacia la medicación, sino que además se convencen –sin evidencia suficiente– de que los nuevos fármacos son mejores que los antiguos, y de que pueden usarse en una cantidad de indicaciones en las cuales no han demostrado realmente su eficacia.

En la misma línea, múltiples agrupaciones e iniciativas abogan actualmente por un distanciamiento radical y definitivo entre los clínicos y la promoción farmacéutica, y ofrecen fuentes de información independiente a los médicos interesados: *The Medical Letter* (100), *The Prescription Project* (101), *No Free Lunch* (102, 103), *No Gracias* (104), *Healthy Skepticism* (105), *The American Medical Student Association (AMSA)* (106) y *Worst Pills Best Pills* (10) son algunas de ellas.

Los resultados de un estudio reciente (107) sugieren que son cada vez más los clínicos que optan por no mantener relación alguna con las compañías farmacéuticas. Esto podría estar dando cuenta de un lento pero decidido tránsito hacia un nuevo estado de cosas, impulsado por quienes consideran que las soluciones intermedias (como la determinación de qué tipo de regalos son aceptables o de qué monto, o la proposición de códigos de ética moderados y no vinculantes) son necesariamente insuficientes en un problema de esta gravedad. Desde esta óptica, cuando se trata de la independencia e imparcialidad del juicio clínico, los médicos debiesen regirse por principios análogos a los que rigen universalmente la preparación y protección del campo quirúrgico. La noción de asepsia remite a protocolos y medidas estrictas, claramente establecidas e independientes del criterio personal del cirujano de turno. También la receta médica (capaz de curar y de dañar, como un bisturí) debiese estar –de manera disciplinada, segura y confiable– tan libre de contaminación como sea posible.

Agradecimientos: Agradezco las observaciones del Dr. Andrés de la Cerda sobre los sucesivos borradores de este artículo.

## REFERENCIAS

1. DeAngelis CD, Fontanarosa PB. Impugning the integrity of medical science: the adverse effects of industry influence. *JAMA*. 2008 Apr 16; 299(15): 1833-5
2. DeAngelis CD. The influence of money on medical science. *JAMA*. 2006 Aug 23; 296(8): 996-8
3. Campbell E. Doctors and drug companies – Scrutinizing influential relationships. *N Engl J Med*. 2007; 357: 1796-1797
4. Steinbrook R. Physician-industry relations – Will fewer gifts make a difference? *N Engl J Med*. 2009; 360: 557-559
5. Abbasi K, Smith R. No more free lunches. *BMJ*. 2003 May 31; 326(7400): 1155-6
6. Ferner RE. The influence of big pharma. *BMJ*. 2005 Apr 16; 330(7496): 855-6
7. Henry D. Doctors and drug companies: still cozy after all these years. *PLoS Med*. 2010 Nov 2; 7(11): e1000359
8. Corruption in the pharmaceutical sector. En: *Global Corruption Report 2006*
9. Consumers International. *Drugs, Doctors and Dinners: How Drug Companies Influence Health in the Developing World*, London, 2007
10. <http://www.worstpills.org>
11. House of Commons Health Committee. *The Influence of the Pharmaceutical Industry*, London, 2005
12. United States Senate Committee on Finance, Sen. Charles E. Grassley. *Ghostwriting in Medical Literature*, Washington DC, 2010
13. Pignarre P. *El Gran Secreto de la Industria Farmacéutica*, Gedisa Editorial, Barcelona, 2005
14. Hall WD, Mathews R, Morley KI. Being more realistic about the public health impact of genomic medicine. *PLoS Med*. 2010 Oct 12; 7(10). pii: e1000347
15. Rovira J. Innovación y acceso a los medicamentos: contradicciones y propuestas. *Revista Española de Economía de la Salud*, 2008; 6 (4)
16. Médecins Sans Frontières. *Putting Patients' Needs First: New Directions in Medical Innovation*, Special Report, Geneva, 2008
17. Taylor D. Fewer new drugs from the pharmaceutical industry. *BMJ*. 2003 Feb 22; 326(7386): 408-9
18. Angell M. The truth about the drug companies, President's Lecture Series at The University of Montana, 2009. Conferencia disponible en: [http://wn.com/President's\\_Lecture\\_Series\\_2009-10\\_Dr\\_Marcia\\_Angell](http://wn.com/President's_Lecture_Series_2009-10_Dr_Marcia_Angell)
19. Gillies R, T' Hoen E. Patients' needs are what must drive drug research. *The Financial Times*, May 24, 2006
20. Angell M. *La verdad acerca de la industria farmacéutica*, Bogotá, Grupo Editorial Norma, 2006
21. The new drugs don't work for big Pharma, report shows. *The Guardian*, June 28, 2010
22. <http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune500/2009/performers/industries/profits>
23. Smoke & mirror marketing (& other clever big pharma tricks). *Worst Pills Best Pills Newsletter*, May, 2010
24. Harris G. As a patent expires, drug firm lines up pricey alternative. *Wall Street Journal* 2002 Jun 6; Sect A: 1
25. Svensson S, Mansfield PR. Escitalopram: superior to citalopram or a chiral chimera? *Psychother Psychosom*. 2004 Jan-Feb; 73(1): 10-6
26. Desvenlafaxine for depression. *The Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, May 19, 2008
27. Angell M. Excess in the pharmaceutical industry. *CMAJ*. 2004 Dec 7; 171(12): 1451-3

28. Angell M. Big pharma, bad medicine: How corporate dollars corrupt research and education. *Boston Review*, May/June 2010
29. Campbell EG, Weissman JS, Ehringhaus S, Rao SR, Moy B, Feibelmann S, Goold SD. Institutional academic industry relationships. *JAMA*. 2007 Oct 17; 298(15): 1779-86
30. Sismondo S. Ghost management: how much of the medical literature is shaped behind the scenes by the pharmaceutical industry? *PLoS Med*. 2007 Sep; 4(9): e286
31. Blumenthal D. Doctors and drug companies. *N Engl J Med*. 2004 Oct 28; 351(18): 1885-90
32. Henry D, Doran E, Kerridge I, Hill S, McNeill PM, Day R. Ties that bind: multiple relationships between clinical researchers and the pharmaceutical industry. *Arch Intern Med*. 2005 Nov 28; 165(21): 2493-6
33. Lacasse JR, Leo J. Ghostwriting at elite academic medical centers in the United States. *PLoS Med*. 2010 Feb 2; 7(2): e1000230
34. Göttsche PC, Hróbjartsson A, Johansen HK, Haahr MT, Altman DG, Chan AW. Ghost authorship in industry-initiated randomised trials. *PLoS Med*. 2007 Jan; 4(1): e19
35. PLoS Medicine Editors. Ghostwriting: the dirty little secret of medical publishing that just got bigger. *PLoS Med*. 2009 Sep; 6(9): e1000156
36. Bola JR. Integrity and bias in academic psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2003 Nov; 183: 464
37. DeAngelis CD, Fontanarosa PB. Resolving unreported conflicts of interest. *JAMA*. 2009 Jul 8; 302(2): 198-9
38. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. *JAMA*. 2003 Jan 22-29; 289(4): 454-65
39. Lexchin J, Bero LA, Djulbergovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ*. 2003; 326: 1167-1170
40. Perlis RH, Perlis CS, Wu Y, Hwang C, Joseph M, Nierenberg AA. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2005 Oct; 162(10): 1957-60
41. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med*. 2005 May; 2(5): e138
42. Rising K, Bacchetti P, Bero L. Reporting bias in drug trials submitted to the Food and Drug Administration: review of publication and presentation. *PLoS Med*. 2008 Nov 25; 5(11): e217
43. Rabkin JG, Markowitz JS, Stewart J, McGrath P, Harrison W, Quitkin FM, Klein DF. How blind is blind? Assessment of patient and doctor medication guesses in a placebo-controlled trial of imipramine and phenelzine. *Psychiatry Res*. 1986 Sep; 19(1): 75-86
44. Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1): CD003012
45. Parker G. Classifying depression: should paradigms lost be regained? *Am J Psychiatry*. 2000 Aug; 157(8): 1195-203
46. Ghaemi SN. Why antidepressants are not antidepressants: STEP-BD, STAR\*D, and the return of neurotic depression. *Bipolar Disord*. 2008 Dec; 10(8): 957-68
47. Kirsch I, Moncrieff J. Clinical trials and the response rate illusion. *Contemp Clin Trials*. 2007 Jul; 28(4): 348-51
48. Sackett DL, Oxman AD. HARLOT plc: An amalgamation of the world's two oldest professions. *BMJ*. 2003 Dec 20; 327(7429): 1442-5
49. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008; 358: 252-60
50. Melander H, Ahlqvist-Rastad J, Meijer G, Beermann B. Evidence b(i)ased medicine – Selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ*. 2003 May 31; 326(7400): 1171-3
51. Kirsch I, Moore TJ, Scoboria A, Nicholls SS. The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prev Treat* 2002; 5, article 23
52. Ghaemi SN, Shirzadi AA, Filkowski M. Publication bias and the pharmaceutical industry: the case of lamotrigine in bipolar disorder. *Medscape J Med*. 2008; 10(9): 211
53. Gibson L. GlaxoSmithKline to publish clinical trials after US lawsuit. *BMJ*. 2004 Jun 26; 328(7455): 1513
54. Ghaemi SN. The failure to know what isn't known: negative publication bias with lamotrigine and a glimpse inside peer review. *Evid Based Ment Health*. 2009 Aug; 12(3): 65-8
55. Spielmans G, Parry P. From evidence-based medicine to marketing-based medicine: Evidence from internal industry documents. *Bioethical Inquiry*. 2010; 7: 13-29
56. Velligan DI, Newcomer J, Pultz J, Csernansky J, Hoff AL, Mahurin R, et al. Does cognitive function improve with quetiapine in comparison to haloperidol? *Schizophrenia Research*. 2002; 53: 239-248
57. Brecher M, Rak IW, Melvin K, et al. The long-term effect of quetiapine (Seroquel™) monotherapy on weight in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2000; 4: 287-291
58. <http://www.bnet.com/blog/drug-business/e-mail-astrazene-ca-knew-in-1997-that-seroquel-caused-weight-gain/811>
59. Jureidini JN, McHenry LB, Mansfield PR. Clinical trials and drug promotion: Selective reporting of study 329. *Int J Risk Safety Med*. 2008; 20: 73-81
60. McGoey L, Jackson E. Seroxat and the suppression of clinical trial data: Regulatory failure and the uses of legal ambiguity. *J Med Ethics*. 2009 Feb; 35(2): 107-12
61. Kondro W, Sibbald B. Drug company experts advised staff to withhold data about SSRI use in children. *CMAJ*. 2004 Mar 2; 170(5): 783
62. Keller MB, Ryan ND, Strober M, Klein RG, Kutcher SP, Birmaher B, et al. Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Jul; 40(7): 762-72
63. Moreno C, Arango C, Parellada M, Shaffer D, Bird H. Antidepressants in child and adolescent depression: where are the bugs? *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 115: 184-195
64. [news.findlaw.com/cnn/docs/glaxo/nyagglaxo60204cmp.pdf](http://news.findlaw.com/cnn/docs/glaxo/nyagglaxo60204cmp.pdf)
65. Kerr NL. HARKing: hypothesizing after the results are known. *Pers Soc Psychol Rev*. 1998; 2(3): 196-217
66. Mills JL. Data torturing. *N Engl J Med*. 1993 Oct 14; 329(16): 1196-9
67. Mathieu S, Boutron I, Moher D, Altman DG, Ravaut P. Comparison of registered and published primary outcomes in randomized controlled trials. *JAMA*. 2009 Sep 2; 302(9): 977-84
68. Petersen M. Our daily meds: How the pharmaceutical companies transformed themselves into slick marketing machines and hooked the nation on prescription drugs, New York, Sarah Crichton Books, 2008
69. [http://www.justice.gov/opa/pr/2004/May/04\\_civ\\_322.htm](http://www.justice.gov/opa/pr/2004/May/04_civ_322.htm)
70. Moynihan R. Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise? *BMJ*. 2008 Jun 21; 336(7658): 1402-3
71. Burton B, Rowell A. Unhealthy spin. *BMJ*. 2003 May 31; 326(7400): 1205-7
72. Moynihan R, Doran E, Henry D. Disease mongering is now part of the global health debate. *PLoS Med*. 2008 May 27; 5(5): e106
73. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002 Apr 13; 324(7342): 886-91

74. The National Institutes of Health: Public servant or private marketer? *Los Angeles Times*, December 22, 2004
75. Lane C. *Shyness: How normal behavior became a sickness*, New Haven, Yale University Press, 2007
76. Ghaemi SN. The power of words: the disorder of "disorder". *Psychology Today*, July 9, 2010
77. Ghaemi SN. Imagining a new DSM. *Psychology Today*, August 11, 2010
78. Pignarre P. *La depresión: Una epidemia de nuestro tiempo*, Debate, Barcelona, 2003
79. Paris J. The bipolar spectrum: a critical perspective. *Harv Rev Psychiatry*. 2009; 17(3): 206-13
80. Healy D. The latest mania: selling bipolar disorder. *PLoS Med*. 2006 Apr; 3(4): e185
81. Harris J. The increased diagnosis of "juvenile bipolar disorder": what are we treating? *Psychiatr Serv*. 2005 May; 56(5): 529-31
82. Lexchin J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Can Fam Physician*. 1997 May; 43: 941-5
83. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA*. 2000 Jan 19; 283(3): 373-80
84. Ziegler MG, Lew P, Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA*. 1995 Apr 26; 273(16): 1296-8
85. Sagarin BJ, Cialdini RB, Rice WE, Serna SB. Dispelling the illusion of invulnerability: the motivations and mechanisms of resistance to persuasion. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 37: 217-9
86. Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med*. 2001 May; 110(7): 551-7
87. Brett A, Burr W, Moloo J. Are gifts from pharmaceutical companies ethically problematic? *Arch Int Med* 2003; 163: 2213
88. Castresana L, Mejía R, Aznar M. Actitud de los médicos frente a las prácticas de promoción de la industria farmacéutica. *Medicina (Buenos Aires)*. 2005; 65: 247-251
89. Katz D, Caplan AL, Merz JF. All gifts large and small: toward an understanding of the ethics of pharmaceutical industry gift-giving. *Am J Bioeth*. 2010 Oct; 10(10): 11-7
90. De Waal F. *El mono que llevamos dentro*, Tusquets, Barcelona, 2007
91. McFadden DW, Calvario E, Graves C. The devil is in the details: the pharmaceutical industry's use of gifts to physicians as marketing strategy. *J Surg Res*. 2007 Jun 1; 140(1): 1-5
92. Orłowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *Chest*. 1992 Jul; 102(1): 270-3
93. Watkins C, Moore L, Harvey I, Carthy P, Robinson E, Brawn R. Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study. *BMJ*. 2003 May 31; 326(7400): 1178-9
94. Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Othman N, Vitry AL. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. *PLoS Med*. 2010 Oct 19; 7(10): e1000352
95. Chren MM, Landefeld CS. Physicians' behavior and their interactions with drug companies. A controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA*. 1994 Mar 2; 271(9): 684-9
96. Avorn J, Chen M, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. *Am J Med*. 1982 Jul; 73(1): 4-8
97. Arbuckle MR, Gameroff MJ, Marcus SC, West JC, Wilk J, Olsson M. Psychiatric opinion and antipsychotic selection in the management of schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2008 May; 59(5): 561-5
98. Griffith D. Reasons for not seeing drug representatives. *BMJ*. 1999 Jul 10; 319(7202): 69-70
99. Caputo I. Probing Doctors' Ties to Industry. *The Washington Post*, August 18, 2009
100. <http://www.medicalletter.org>
101. <http://www.prescriptionproject.org>
102. <http://www.nofreelunch.org>
103. <http://www.nofreelunch-uk.org>
104. <http://www.nogracias.eu>
105. <http://www.healthskepticism.org>
106. <http://www.pharmfree.org>
107. Campbell EG, Rao SR, DesRoches CM, Iezzoni LI, Vogeli C, Bolcic-Jankovic D, Miralles PD. Physician professionalism and changes in physician-industry relationships from 2004 to 2009. *Arch Intern Med*. 2010 Nov 8; 170(20): 1820-6

ENSAYO

# COMPRENSIÓN, ARGUMENTACIÓN Y RELEVANCIA. METALECTURA DE UN CUENTO DE BORGES<sup>1</sup>

(Rev GPU 2011; 7; 1: 103-110)

Eduardo Llanos

A continuación se ofrece una metalectura de “Emma Zunz”, cuento de Jorge Luis Borges que fue objeto de una lectura lacaniana por parte de Páramo Ortega. Examinando la calidad de los argumentos esgrimidos en favor de dicha lectura, surgen interpretaciones alternativas que parecen mejor fundadas. Pretendo probar que, según cómo se traten los “hechos” y/o los datos textuales (es decir, cómo se los describa, qué posibles explicaciones se infieran y qué interpretaciones plausibles se planteen), se puede efectuar una serie de lecturas diversas, pero susceptibles de ser jerarquizadas en distintos niveles de validez y profundidad. En “Intento de interpretación psicoanalítica de un cuento de Jorge Luis Borges”, Raúl Páramo Ortega<sup>2</sup> hace varias observaciones agudas, pero partiendo de una premisa cuestionable. A continuación, discutiré su tesis reconociendo sus méritos parciales y proponiendo interpretaciones alternativas. Pero, claro, antes es necesario tener el cuento íntegro a la vista. Helo aquí.

## EMMA ZUNZ

El catorce de enero de 1922 Emma Zunz, al volver de la fábrica de tejidos Tarbuch y Loewenthal, halló en el fondo del zaguán una carta, fechada en el Brasil, por la que supo que su padre había muerto. La engañaron, a primera vista, el sello y el sobre; luego la inquietó la letra desconocida. Nueve o diez líneas borronadas querían colmar la hoja; Emma leyó que el señor Maier había ingerido por error una fuerte dosis de veronal y había fallecido el tres del corriente en el hospital de Bagé. Un compañero de pensión de su padre firmaba la noticia, un tal Fein o Fain, de Río Grande, que no podía saber que se dirigía a la hija del muerto.

<sup>1</sup> Una primera versión de este artículo apareció en *Praxis*, Año 8, Nº 9, pp. 77-85. Esta versión distingue seis niveles de apropiación lectora.

<sup>2</sup> Ver AA. VV.: *Psicoanálisis y crítica literaria*. Selección y traducción de Juan M. Azpitarte Almagro: Akal Editor, Madrid, 1981, pp. 137-146.

Emma dejó caer el papel. Su primera impresión fue de malestar en el vientre y en las rodillas; luego de ciega culpa, de irrealidad, de frío, de temor; luego, quiso ya estar en el día siguiente. Acto continuo comprendió que esa voluntad era inútil porque la muerte de su padre era lo único que había sucedido en el mundo, y seguiría sucediendo sin fin. Recogió el papel y se fue a su cuarto. Furtivamente lo guardó en un cajón, como si de algún modo ya conociera los hechos ulteriores. Ya había empezado a vislumbrarlos, tal vez; ya era la que sería.

En la creciente oscuridad, Emma lloró hasta el fin de aquel día del suicidio de Manuel Maier, que en los antiguos días felices fue Emanuel Zunz. Recordó veraneos en una chacra, cerca de Gualeguay, recordó (trató de recordar) a su madre, recordó la casita de Lanús que les remataron, recordó los amarillos losanges de una ventana, recordó el auto de prisión, el oprobio, recordó los anónimos con el suelto sobre «el desfalco del cajero», recordó (pero eso jamás lo olvidaba) que su padre, la última noche, le había jurado que el ladrón era Loewenthal. Loewenthal, Aarón Loewenthal, antes gerente de la fábrica y ahora uno de los dueños. Emma, desde 1916, guardaba el secreto. A nadie se lo había revelado, ni siquiera a su mejor amiga, Elsa Urstein. Quizá rehuía la profana incredulidad; quizá creía que el secreto era un vínculo entre ella y el ausente. Loewenthal no sabía que ella sabía; Emma Zunz derivaba de ese hecho ínfimo un sentimiento de poder.

No durmió aquella noche, y cuando la primera luz definió el rectángulo de la ventana, ya estaba perfecto su plan. Procuró que ese día, que le pareció interminable, fuera como los otros. Había en la fábrica rumores de huelga; Emma se declaró, como siempre, contra toda violencia. A las seis, concluido el trabajo, fue con Elsa a un club de mujeres, que tiene gimnasio y pileta. Se inscribieron; tuvo que repetir y deletrear su nombre y su apellido, tuvo que festejar las bromas vulgares que comentan la revisión. Con Elsa y con la menor de las Kronfuss discutió a qué cinematógrafo irían el domingo a la tarde. Luego, se habló de novios y nadie esperó que Emma hablara. En abril cumpliría diecinueve años, pero los hombres le inspiraban, aún, un temor casi patológico... De vuelta, preparó una sopa de tapioca y unas legumbres, comió temprano, se acostó y se obligó a dormir. Así, laborioso y trivial, pasó el viernes quince, la víspera.

El sábado, la impaciencia la despertó. La impaciencia, no la inquietud, y el singular alivio de estar en aquel día, por fin. Ya no tenía que tramar y que imaginar; dentro de algunas horas alcanzaría la simplicidad de los hechos. Leyó en *La Prensa* que el *Nordstjärnan*, de Malmö, zarparía esa noche del dique 3; llamó por teléfono a Loewenthal, insinuó que deseaba comunicar, sin que lo supieran las otras, algo sobre la huelga y prometió pasar por el escritorio, al oscurecer. Le temblaba la voz; el temblor convenía a una delatora. Ningún otro hecho memorable ocurrió esa mañana. Emma trabajó hasta las doce y fijó con Elsa y con Perla Kronfuss los pormenores del paseo del domingo. Se acostó después de almorzar y recapituló, cerrados los ojos, el plan que había tramado. Pensó que la etapa final sería menos horrible que la primera y que le depararía, sin duda, el sabor de la victoria y de la justicia. De pronto, alarmada, se levantó y corrió al cajón de la cómoda. Lo abrió; debajo del retrato de Milton Sills, donde la había dejado la antenoche, estaba la carta de Fain. Nadie podía haberla visto; la empezó a leer y la rompió.

Referir con alguna realidad los hechos de esa tarde sería difícil y quizá improcedente. Un atributo de lo infernal es la irrealidad, un atributo que parece mitigar sus terrores y que los agrava tal vez. ¿Cómo hacer verosímil una acción en la que casi no creyó quien la ejecutaba, cómo recuperar ese breve caos que hoy la memoria de Emma Zunz repudia y confunde? Emma vivía por Almagro, en la calle Liniers; nos consta que esa tarde fue al puerto. Acaso en el infame Paseo de Julio se vio multiplicada en espejos, publicada por luces y desnudada por los ojos hambrientos, pero más razonable es conjeturar que al principio erró, inadvertida, por la indiferente recova... Entró en dos o tres bares, vio la rutina o los manejos de otras mujeres. Dio al fin con hombres del *Nordstjärnan*. De uno, muy joven, temió que le inspirara alguna ternura y optó por otro, quizá más bajo que ella y grosero, para que la pureza del horror no fuera mitigada. El hombre la condujo a una puerta y después a un turbio zaguán y después a una escalera tortuosa y después a un vestíbulo (en el que había una vidriera con losanges idénticos a los de la casa en Lanús) y después a un pasillo y después a una puerta que se cerró. Los hechos graves están fuera del tiempo, ya porque en ellos el pasado inmediato queda como tronchado del porvenir, ya porque no parecen consecutivas las partes que los forman.

En aquel tiempo fuera del tiempo, en aquel desorden perplejo de sensaciones inconexas y atroces, ¿pensó Emma Zunz *una sola vez* en el muerto que motivaba el sacrificio? Yo tengo para mí que pensó una vez y que



en ese momento peligró su desesperado propósito. Pensó (no pudo no pensar) que su padre le había hecho a su madre la cosa horrible que a ella ahora le hacían. Lo pensó con débil asombro y se refugió, enseguida, en el vértigo. El hombre, sueco o finlandés, no hablaba español; fue una herramienta para Emma como ésta lo fue para él, pero ella sirvió para el goce y él para la justicia. Cuando se quedó sola, Emma no abrió en seguida los ojos. En la mesa de luz estaba el dinero que había dejado el hombre: Emma se incorporó y lo rompió como antes había roto la carta. Romper dinero es una impiedad, como tirar el pan; Emma se arrepintió, apenas lo hizo. Un acto de soberbia y en aquel día... El temor se perdió en la tristeza de su cuerpo, en el asco. El asco y la tristeza la encadenaban, pero Emma lentamente se levantó y procedió a vestirse. En el cuarto no quedaban colores vivos; el último crepúsculo se agravaba. Emma pudo salir sin que lo advirtieran; en la esquina subió a un Lacroze, que iba al oeste. Eligió, conforme a su plan, el asiento más delantero, para que no le vieran la cara. Quizá le confortó verificar, en el insípido trajín de las calles, que lo acaecido no había contaminado las cosas. Viajó por barrios decrecientes y opacos, viéndolos y olvidándolos en el acto, y se apeó en una de las bocacalles de Warnes. Paradójicamente su fatiga venía a ser una fuerza, pues la obligaba a concentrarse en los pormenores de la aventura y le ocultaba el fondo y el fin.

Aarón Loewenthal era, para todos, un hombre serio; para sus pocos íntimos, un avaro. Vivía en los altos de la fábrica, solo. Establecido en el desmantelado arrabal, temía a los ladrones; en el patio de la fábrica había un gran perro y en el cajón de su escritorio, nadie lo ignoraba, un revólver. Había llorado con decoro, el año anterior, la inesperada muerte de su mujer —juna Gauss, que le trajo una buena dote!—, pero el dinero era su verdadera pasión. Con íntimo bochorno se sabía menos apto para ganarlo que para conservarlo. Era muy religioso; creía tener con el Señor un pacto secreto, que lo eximía de obrar bien, a trueque de oraciones y devociones. Calvo, corpulento, enlutado, de quevedos ahumados y barba rubia, esperaba de pie, junto a la ventana, el informe confidencial de la obrera Zunz.

La vio empujar la verja (que él había entornado a propósito) y cruzar el patio sombrío. La vio hacer un pequeño rodeo cuando el perro atado ladró. Los labios de Emma se atareaban como los de quien reza en voz baja; cansados, repetían la sentencia que el señor Loewenthal oiría antes de morir.

Las cosas no ocurrieron como había previsto Emma Zunz. Desde la madrugada anterior, ella se había soñado muchas veces, dirigiendo el firme revólver, forzando al miserable a confesar la miserable culpa y exponiendo la intrépida estratagema que permitiría a la Justicia de Dios triunfar de la justicia humana. (No por temor, sino por ser un instrumento de la Justicia, ella no quería ser castigada.) Luego, un solo balazo en mitad del pecho rubricaría la suerte de Loewenthal. Pero las cosas no ocurrieron así.

Ante Aarón Loewenthal, más que la urgencia de vengar a su padre, Emma sintió la de castigar el ultraje padecido por ello. No podía no matarlo, después de esa minuciosa deshonra. Tampoco tenía tiempo que perder en teatralerías. Sentada, tímida, pidió excusas a Loewenthal, invocó (a fuer de delatora) las obligaciones de la lealtad, pronunció algunos nombres, dio a entender otros y se cortó como si la venciera el temor. Logró que Loewenthal saliera a buscar una copa de agua. Cuando éste, incrédulo de tales aspavientos, pero indulgente, volvió del comedor, Emma ya había sacado del cajón el pesado revólver. Apretó el gatillo dos veces. El considerable cuerpo se desplomó como si los estampidos y el humo lo hubieran roto, el vaso de agua se rompió, la cara la miró con asombro y cólera, la boca de la cara la injurió en español y en ídich. Las malas palabras no cejaban; Emma tuvo que hacer fuego otra vez. En el patio, el perro encadenado rompió a ladrar, y una efusión de brusca sangre manó de los labios obscenos y manchó la barba y la ropa. Emma inició la acusación que había preparado («He vengado a mi padre y no me podrán castigar...»), pero no la acabó, porque el señor Loewenthal ya había muerto. No supo nunca si alcanzó a comprender.

Los ladridos tirantes le recordaron que no podía, aún, descansar. Desordenó el diván, desabrochó el saco del cadáver, le quitó los quevedos salpicados y los dejó sobre el fichero. Luego tomó el teléfono y repitió lo que tantas veces repetiría, con esas y con otras palabras: *Ha ocurrido una cosa que es increíble... El señor Loewenthal me hizo venir con el pretexto de la huelga... Abusó de mí, lo maté...*

La historia era increíble, en efecto, pero se impuso a todos, porque sustancialmente era cierta. Verdadero era el tono de Emma Zunz, verdadero el pudor, verdadero el odio. Verdadero también era el ultraje que había padecido; sólo eran falsas las circunstancias, la hora y uno o dos nombres propios.

## HACIA UNA LECTURA LITERAL

Para facilitar la metalectura propuesta, citaré el resumen del cuento que el propio Páramo Ortega ofrece en su artículo:

“Emma Zunz recibe la noticia de la muerte de su padre, que se suicidó por la depresión originada por una falsa acusación de desfalco hecha por el verdadero autor, un tal Loewenthal. Emma Zunz decide vengarse de Loewenthal matándolo. Para ello escoge como explicación para librarse de la justicia, el que supuestamente Loewenthal la había violado. En realidad Emma Zunz se había dejado ‘violar’ antes por un marinero desconocido para, así, dar mayor verosimilitud al falso motivo para el homicidio.

Emma Zunz da a entender que mata a Loewenthal porque Loewenthal la ha violado, cuando en realidad Emma Zunz lo mata para vengarse de la acusación falsa que Loewenthal había hecho contra su padre años atrás”.

Por ahora, nos bastará la síntesis precitada y la asumiremos como una descripción de los hechos. Esto es sólo una operación provisional, un recurso meramente didáctico para ejemplificar un primer nivel de lectura: el “literal”, que expresa una comprensión del cuento más bien ingenua. Sin embargo, luego nos veremos obligados a impugnar el resumen de Páramo Ortega, pues demostraremos que no constituye un mapeo adecuado del territorio y que sesga el análisis en favor de la hipótesis interpretativa de Páramo Ortega.

## LA HIPÓTESIS DE PÁRAMO ORTEGA

Una vez más, cito textualmente al autor del comentario:

“El núcleo de la hipótesis interpretativa es el siguiente: Emma mata en Loewenthal (el acusador falsario de su padre) a sí misma, en virtud de aquello de que todo homicidio es un suicidio (y viceversa). Se mata por sentimiento de culpa de por fin haber cedido a la tentación de haberse acostado con su padre (en el pellejo del marinero finlandés o sueco a quien se entrega). Al matar a Loewenthal, mata también a su padre por haberla violado: ‘Tú, padre, me violaste, no es que yo haya tenido deseos de acostarme contigo’. Emma Zunz ve simbólicamente[,] tanto en Loewenthal como en el marinero, la figura de su padre. Hacia el marinero desplaza su impulso sexual y

hacia Loewenthal su agresión al padre[,] en quien primero proyectó su deseo de comercio sexual” (p. 140).

Antes de discutir la hipótesis recién citada, se impone examinar críticamente tres supuestos discutibles que Páramo Ortega desliza al sintetizar la trama: (1º) Asume como veraz la versión del padre, en el sentido de que Loewenthal lo habría acusado *fraudulentamente* de un desfalco de su propia autoría, aunque en rigor el texto no permite saber si efectivamente el padre contó la verdad a su hija. (2º) Da por sentado que el padre realmente se suicidó. (3º) A partir de tales convicciones, el comentarista aventura un diagnóstico (depresión) que es todo lo probable que se quiera, pero que de ningún modo está respaldado por el texto. En suma, da como *hecho probado* lo que es sólo una *versión* de los hechos; asume como *certeza* una simple *conjetura*, y confunde lo *verdadero* con lo *verosímil*.

Nuestro autor hace varias acotaciones perspicaces para respaldar su hipótesis, si bien ello no la torna más convincente. Por ejemplo, destaca que, tras leer la noticia, la primera impresión de Emma Zunz haya sido “malestar en el vientre”, e insinúa que esa reacción tendría connotación sexual. También sugiere que las analogías entre el padre y Loewenthal permiten a Emma racionalizar como venganza lo que sería un deseo incestuoso, pero no aduce pruebas para respaldar semejante atribución.

## PROPUESTA DE METALECTURA

Como el mismo Páramo Ortega observa, el cuento de Borges está sembrado de ambigüedades. Citaré tres de las apuntadas por Páramo Ortega, formularé otras tantas por mi cuenta y luego interpretaré esos hechos en una línea divergente, que estimo más simple, menos especulativa y mejor fundada.

4.1.- Emma Zunz aparece asociada a tres hombres: el padre, Loewenthal y el marinero, que efectivamente tienen algunos rasgos análogos. Para empezar, los tres presentan cierta dualidad identitaria: mientras vivía en Argentina, el padre se llamaba Emmanuel Zunz, pero en Brasil pasa a llamarse Manuel Maier; por su parte, Loewenthal había sido gerente de la fábrica y ahora era codueño de la misma (bajo el nombre de Tejidos Tarbuch y Loewenthal); finalmente, el marinero que Emma eligió estaba acompañado por otro –el descartado–, que era más joven.

Todo lo antedicho es cierto, pero también se podría argumentar que son recursos narrativos para intensificar la atmósfera de soledad que rodea a Emma.

Por otra parte, podríamos agregar que incluso quien firma la carta también aparece rodeado de cierta ambigüedad: “un tal Fein o Fain, de Rio Grande”. En cualquier caso, ¿qué demostraría todo eso? Nada, o apenas el regusto de Borges por la dialéctica entre el yo y el otro (uno de sus poemarios se titula *El otro, el mismo*) y/o la virtual indistinción entre realidad y sueño (tópico literario por excelencia) y/o la tendencia al paralelismo propia de todo creador. Así, quizás no sea necesario explorar el inconsciente de Borges para “ver indicios de lo reprimido”, pues el cuento admite también otras lecturas más sencillas. Por ejemplo, ambigüedades muy similares se dan en “El sur”, relato que parece escrito en clave autobiográfica, pero cuya riqueza rebasa con mucho esa condición.

4.2.- Con los idiomas ocurre otro tanto: el padre debió hablar español, pero en Brasil tendrá que arreglárselas con el portugués; por su parte, tras ser baleado, Loewenthal injurió a Emma “en español y en ídich”; por último, el marinero no hablaba español y no se sabía bien si era sueco o finlandés.

Por cierto, todo lo anterior está en la línea de las ambigüedades ya anotadas, pero de ningún modo aporta *pruebas* que abonen la hipótesis de una violación paterna o siquiera *indicios* de un deseo incestuoso por parte de la hija.

4.3.- Emma rompe la carta en que se le informa de la muerte de su padre, como también más tarde romperá los billetes que le canceló el marinero. “En este punto –afirma el analista– pretendemos ver que Borges deja asomar el hecho de que cada personaje del cuento encierra en realidad otro”. Luego se pregunta: “¿Y por qué Emma Zunz escogió precisamente un marinero, es decir, a alguien no residente en su población? Esta circunstancia nos lleva al hecho de que su padre –por lo menos últimamente– no reside en la ciudad de Emma”.

Creo que la argumentación del analista se vuelve un tanto circular, y en cualquier caso dista mucho de ser concluyente. De hecho, resulta plausible una explicación más sencilla o, como dicen los metodólogos, más “parsimoniosa”: quizás Emma eligió a un marinero simplemente porque él partiría al día siguiente y entonces sería muy difícil ubicarlo y citarlo a declarar en un eventualísimo juicio.

Por otro lado, volviendo al doble gesto de romper la carta y luego el dinero, parece obvio que en ambos casos Emma está reaccionando con violencia simbólica ante experiencias dolorosas y decisivas: la muerte del padre y la pérdida de su virginidad. ¿Hacen falta todavía más explicaciones?

4.4.- Por lo demás, el cuento ofrece también otros paralelismos. Por ejemplo, tras leer la carta, Emma “recordó la casita de Lanús que les remataron, recordó los amarillos losanges de una ventana”; del mismo modo, al entrar al hotel donde perderá su virginidad, reparó en una vidriera “con losanges idénticos a los de la casa en Lanús”. Una vez más, ambas escenas (el duelo por el padre y el sacrificio de su virginidad para simular una violación) están asociadas al dolor. Un dolor silencioso, por cierto, pero que tiñe toda la historia.

4.5.- Páramo Ortega parece no percibir que las señales de ambigüedad marcan también el carácter de Loewenthal. De hecho, el narrador nos informa que, si bien para sus íntimos era un avaro, también “era, para todos, un hombre serio”. Nótese bien: *para todos*. Y éste no es el único indicador de dualidad narrativa: recordemos que se lo muestra “incrédulo” ante Emma, pero también “indulgente”, al punto que sale a buscar un vaso de agua para ella. Por cierto, tal amabilidad no resulta trivial, ya que facilitó su propia muerte (se recordará que Emma aprovechó ese momento para sustraer el revólver desde el cajón del escritorio). Más aún: parece muy probable que Loewenthal supiera que a su vez Emma sabía dónde guardaba él esa arma, puesto que eso “nadie lo ignoraba”. En consecuencia, cabe presumir que, al dejarla a solas unos segundos, él estuvo consciente del riesgo que corría.

4.6.- El analista acierta al observar que el nombre de Emma Zunz está contenido en el nombre del padre: *Emma[nuel] Zunz*. Pero esta suerte de anagrama da también una posible pista para otra lectura más bien opuesta, sobre todo si la articulamos con lo apuntado en el párrafo anterior. En efecto, si Loewenthal era culpable de haber calumniado y dañado gravemente al cajero Emmanuel Zunz, ¿cómo es que no asocia ese nombre al de la obrera casi homónima que por añadidura trabaja en la misma fábrica donde lo hizo el padre? ¿No temía acaso que la verdad aflorara alguna vez, sobre todo manteniendo tan cerca a la hija del presunto calumniado? ¿Cómo explicar semejante descuido en un hombre tan precavido y que ahora, siendo codueño de la fábrica, tiene más poder que antes?

## EN POS DE LA RELEVANCIA

Así como debería llamar la atención de Loewenthal el que Emma trabaje allí donde su padre fuera acusado de desfalco, a nosotros también deberían llamarnos la atención algunos otros hechos. Por ejemplo, ¿qué clase de padre es Emmanuel Zunz como para irse a otro país abandonando a su única hija? ¿Por qué ella, mirando retrospectivamente su propia acción, “repudia

y confunde" hoy "ese breve caos" de ayer? ¿Acaso está arrepentida de haber vengado a su padre?

Desde luego, no hay cómo contestar tales preguntas con datos indubitables, pero resulta interesante al menos formularlas. En cualquier caso, hay otra pregunta clave: ¿cómo explicar tanta sangre fría, tanto cálculo y esa enorme capacidad de simulación de parte de Emma? Intentemos responder a partir de datos más seguros. En primer lugar, sabemos bien que rasgos de esa índole –cálculo, simulación, sangre fría– son aprendidos y no innatos o instintivos. En segundo lugar, la narración indica que Emma apenas tiene un vago recuerdo de su madre, lo cual sugiere que no fue clave en su crianza. En contraste, sabemos que para Emma "la muerte de su padre era lo único que había sucedido en el mundo y seguiría sucediendo sin fin"; también sabemos que, tras recibir la carta que le comunicaba su deceso, ella "lloró hasta el fin de aquel día". Ahora bien, si el padre había sido el principal y casi único modelo para Emma, ¿no es lícito hipotetizar que quizás ella aprendió vicarialmente de él tales características? ¿Acaso es descabellado conjeturar que Emmanuel Zunz puede haberse fingido víctima de una maquinación para salvar su imagen de padre? ¿Por qué descartar incluso que él haya simulado un suicidio para gozar luego del botín en otro lugar? Al fin y al cabo, no deja de ser sospechoso que cambiara de identidad (ya no se llama Emmanuel Zunz, sino Manuel Maier) y también de país (reside en Brasil, no en Argentina).

Por cierto, esas son sólo hipótesis o incluso conjeturas; no obstante, en medio de tanta ambigüedad, tales preguntas se tornan pertinentes y razonables. De hecho, el propio narrador incrementa la carga de ambigüedad alternando sus actitudes. En efecto, emplea un estilo omnisciente durante casi todo el relato, de modo que sabe no sólo qué hizo Emma sino también qué recordó, pensó o sintió; sin embargo, extrañamente, en ciertos pasajes el narrador adopta un estilo conjetural, como si su omnisciencia presentara vacíos. Por ejemplo, repárese en este pasaje:

"En aquel tiempo fuera del tiempo, en aquel desorden perplejo de sensaciones inconexas y atroces, ¿pensó Emma Zunz una sola vez en el muerto que motivaba el sacrificio? Yo tengo para mí que pensó una vez y que en ese momento peligró su desesperado propósito [...]"

Si estas alternancias del narrador pudieran parecer aisladas o casuales, recordemos que hay otras previas, como cuando el narrador afirma su omnisciencia y luego finge perderla:

"Emma vivía por Almagro, en la calle Liniers; nos consta que esa tarde fue al puerto. Acaso en el infame Paseo de Julio se vio multiplicada en espejos, publicada por luces y desnudada por los ojos hambrientos, pero más razonable es conjeturar que al principio erró por la indiferente recova... Entró en dos o tres bares, vio la rutina de otras mujeres [...]"

¿Estará Borges jugando con sus lectores? Luego de lucir una omnisciencia plena ("nos consta que esa tarde fue al puerto"), de pronto se torna vacilante ("Acaso en el infame paseo de Julio se vio multiplicada en espejos...") y después, como autocorrigiéndose, decide "conjeturar que al principio erró por la indiferente recova..."; para luego reasumir su rol de narrador que todo lo percibe y todo lo sabe. Esto parece desorientador.

Pero si reparar en tantos matices supone cierto "costo" atencional, también nos aporta notorios beneficios cognitivos: comprender que el autor fue intencionalmente ambiguo, y que ello desautoriza de entrada cualquier conclusión taxativa.

## DE VUELTA A LA LITERATURA

Hacia el final de su interpretación, Páramo Ortega afirma: "El cuento de Borges no es, naturalmente, una historia, es un cuento, es un producto de la fantasía[,] y la fantasía puede ser usada como un auxiliar para controlar el instinto" (p.145). Por mi parte, diría que una obra literaria es ante todo un ejercicio de la *imaginación* más que de la fantasía, y es en esa condición que nos interpela. Así, en lugar de conjeturar qué quiso decirnos Borges con su cuento –información de nula pertinencia para el goce estético–, y antes que espiar su inconsciente en una suerte de fisgoneo intrapsíquico, resulta preferible explorar su cuento como una "obra abierta", una suerte de entrada libre al baile de la creatividad. Una invitación tal se acepta o se declina, pero es impropio usarla para ocupar la pista de baile filmando o diagnosticando a quienes sí se atrevieron a bailar.

Por otra parte, *explicar* no equivale a *comprender*, tal como *enigma* no es sinónimo de *misterio*. Si contemplamos el arte como muestra de talento antes que como un muestrario de síntomas, podremos afinar nuestra percepción y abrirnos a múltiples lecturas. En tal caso, la hipótesis psicoanalítica recién examinada sería rescatable *como una de varias posibles*, y ni siquiera como la mejor argumentada. Por cierto, ninguna obra puede prescindir del lector, pero cada lector debe controlar sus propias especulaciones, pues sobreinterpretar equivale a anular, y ni la obra más genial está inmune contra ese virus.

Desde luego, cabe destacar una ambigüedad mayor que las ya apuntadas y que el analista pasó por alto: Emma planificó con todo detalle su crimen, pero al momento de ejecutarlo *no logró* revelarle a Loewenthal la razón de su muerte: “No supo nunca si alcanzó a comprender”. Es decir, cometió un crimen perfecto, pero una venganza fallida. ¿Concluiremos entonces que Emma asesinó a un inocente? Al menos está claro que no fue instrumento de justicia alguna, ni humana ni divina. Lejos de eso, se encapsuló en un denso autoengaño; cometió asesinato premeditado –que es delito gravísimo– e incurrió en la soberbia, pues se arrogó la facultad de conocer la voluntad de Dios. Y es notable cómo se correlacionan e imbrican mutuamente esos tres fenómenos con tres planos de existencia: el *error* (autoengaño) implica un sesgo *psicológico*; el *delito* (asesinato) comporta un daño *cívico*; el *pecado* (soberbia) supone un contrasentido *espiritual*.

Por último, hace falta recordar que la actitud y la acción de Emma son *el efecto de un decir paterno*. El lector no tiene cómo averiguar quién dijo la verdad: el padre o Loewenthal; de hecho, el relato consiente ambas interpretaciones. Lo que sí importa es que, al escuchar al padre exculparse e incriminar a Loewenthal, la hija creyó su versión y más tarde cobró venganza. Otro tanto vale para Loewenthal: su acusación podría ser veraz, fingida o incluso sincera y errónea. En ambos casos las personas no sólo hablaron sino que *actuaron* mediante la palabra. Aun sin ser debidamente acreditados, tales actos de habla tuvieron efectos pragmáticos que de seguro nadie esperaba.

## HACIA LA AUTOCOMPRENSIÓN

Creo haber mostrado una jerarquía de varios niveles de lectura, desde los más sencillos hasta otros más profundos. Se trata de un recorrido de seis estaciones, que ahora puedo explicitar con mayor nitidez:

1ª) *Lectura literal*.- Este primer nivel toma la forma de un resumen de “contenidos”. En el caso de textos narrativos o dramáticos, supone muy poco más que describir personajes, hechos, lugares y circunstancias de la trama; en el caso de textos explicativos o argumentativos (columnas de opinión, monografías, ensayos, artículos, etc.), la lectura literal describe el *tema* (de qué trata el texto), señala cuál es la *tesis* del autor y distingue si ella está *implícita* o *explícita*.

2ª) *Lectura inferencial*.- Consiste en elucidar lo implícito a partir de lo explícito, pero aplicando el razonamiento. Por ejemplo, en este caso cabe inferir que Loewenthal es judío; que el padre de Emma *huyó* a Brasil, puesto que quedarse en Buenos Aires implicaba el

riesgo de ser apresado, y que su cambio de nombre (de Emmanuel Zunz a Manuel Maier) es una maniobra para eludir la acción policial.

3ª) *Lectura interpretativa*.- Comienza allí donde terminan las inferencias seguras o muy probables, e implica inevitablemente un menor grado de certeza. En cualquier caso, las interpretaciones deben ser al menos plausibles y fundadas, pues de otro modo desvirtuarán la búsqueda de sentido. Por ejemplo, en las páginas previas formulé preguntas cuyas respuestas orientan la lectura en una línea opuesta a la de Páramo Ortega, y espero haber demostrado que tales interpretaciones son más “sencillas” y sin embargo –y al mismo tiempo– más plausibles.

De todos modos, esto no significa que toda interpretación sea un acto impropio que debamos evitar a cualquier precio. Muy por el contrario: a menudo resulta casi indispensable interpretar, pues tanto la lectura como la vida muchas veces nos empujan hacia una hermenéutica natural o “silvestre”. ¿De qué se trata, entonces? Pues de procurar que nuestras interpretaciones iluminen el texto sin violentarlo con supuestos ajenos a él. Por ejemplo, siguiendo la línea psicodinámica ya impugnada, alguien podría observar que las sílabas iniciales del nuevo nombre del señor Zunz forman la palabra “mama” (*Manuel Maier*), que parecería remitir a la palabra *mamá*; luego podría derivar de eso toda una teoría acerca de la culpa del padre por no haber sabido reemplazar a la madre de Emma, etc. Respecto a una interpretación tal, cabría preguntar si nos ilumina o nos confunde.

4ª) *Lectura valorativa*.- Se traduce en juicios evaluativos acerca del texto como globalidad o sobre algunos aspectos de él. Por ejemplo, podemos considerar este cuento como uno de los mejores del autor o de la literatura argentina o de toda la lengua; o evaluar también qué tan verosímil resulta, de qué calidad es la prosa o el estilo, cuán original es su trama, si funciona bien o mal el suspenso, etc.

Idealmente, uno debería abstenerse de emitir juicios valorativos sin haber alcanzado un nivel razonable de comprensión en los tres niveles previos (literal, inferencial, interpretativo). En cualquier caso, para que los juicios de valor no sean meras opiniones subjetivas, tendrían que estar fundados y expresados de tal modo que otros puedan a la vez someterlos a una suerte de metaevaluación.

5ª) *Lectura introspectiva*.- Apunta hacia la auto-comprensión del lector, mediante preguntas tales como: ¿Qué aprendo yo de mí mismo al leer esta historia? ¿Me comprendo ahora mejor que antes? ¿Qué puedo extrapolar? En este caso concreto, un lector reflexivo

podría preguntarse si no estamos todos –hasta cierto punto– en la situación de Emma Zunz, pues ¿qué tan fiables son las versiones que hemos recibido de nuestra familia, nuestra clase y nuestro entorno? ¿Nos hemos inclinado a veces a favor o en contra de alguien o de una causa sólo a partir de versiones contadas y sin examinarlas críticamente? ¿Hemos tal vez actuado vengativamente creyendo –como Emma Zunz– que éramos instrumentos de la “Justicia de Dios”?

6ª) *Lectura heurística*.– En este plano se trata de ir más allá del texto y avanzar hacia intertextos imaginativos; intentaremos entonces imaginar variantes para la trama, los personajes, los diálogos o incluso los mecanismos expresivos y el estilo. Se trata, pues, de ejercitar activamente la creatividad –y no sólo la fantasía o la mera ensoñación–, con arreglo a los propósitos formativos que presidan el curso o la unidad temática. Así, los estudiantes de psicología podrían preguntarse cómo abordarían a Emma Zunz en caso de ser ella una paciente que les confiesa el asesinato; alguien que estudie derecho podría preguntarse con qué recursos argumentativos desbarataría las coartadas de Emma, o cómo la defendería ante el tribunal; quienes estudian cine podrían intentar hacer un guión o el *story board* de una eventual filmación de la historia; quienes estudian o cultivan la literatura o el teatro podrían preguntarse cómo actuaría Emma en una hipotética continuación del cuento que retomara su vida veinte o treinta años después.

Para ilustrar más claramente la lectura heurística e imaginativa, consideremos un ejemplo concreto. La prensa especializada informó hace poco que Jaime Begazo (Lima, 1957), profesor de literatura residente en Nueva York, publicó la novela *Los testigos* (2006), que tiene como personaje a Borges. En ella el narrador argentino recibe la visita de un profesor de literatura que le formula preguntas sobre su cuento “Emma Zunz”, incluyendo una acerca de Milton Sills. Se recordará que este personaje aparece apenas mencionado –y sólo una vez– en el cuento que estamos analizando: “[...]”

debajo del retrato de Milton Sills, donde la había dejado la antenoche, estaba la carta de Fain”. Sin embargo, y para sorpresa del entrevistador y narrador de la novela de Begazo, su admirado personaje Borges hace varias revelaciones inesperadas sobre Milton Sills, lo cual induce al protagonista a seguir esa pista. Así descubre que Milton Sills sostenía cierto romance con Emma Zunz y que era un cómplice del asesinato que ella había cometido.

Pero si bien un texto literario –como el arte todo– nos remite por vía intertextual a otros textos, también nos reenvía a la vida misma y nos sugiere que aprendamos a convivir con su carga de ambigüedad e incertidumbre. Por cierto, la conducta humana puede ser objeto de interpretaciones y hasta requerirlas. Sólo que, para ser plausibles, dichas interpretaciones deben resultar congruentes con los datos seguros. De otro modo, ¿cómo distinguiremos entre una interpretación bien fundada, una conjetura razonable, una especulación o un delirio? ¿Y cómo podríamos realmente concebir, cultivar y valorar la paz y la justicia sin interiorizar esas distinciones elementales?

Vemos, pues, que la lectura cuidadosa puede estimular hábitos más maduros y propicios para la convivencia y la participación auténticamente democráticas. No es poco.

POST SCRIPTUM [2010].– Ciertamente, la jerarquía de niveles de comprensión recién propuesta es una entre varias posibles. De hecho, es afín al *close reading*, y debe no poco a la taxonomía de objetivos educacionales (Bloom, 1956; Anderson y Krathwohl, 2001), a las propuestas de Gardner y Perkins respecto a la Enseñanza para la comprensión (EpC) y al modelo de Guilford sobre la estructura del intelecto. Se la puede articular también con las fases del desarrollo cognitivo (Piaget), del discernimiento moral (Kohlberg) y de la comprensión del arte (Parsons). Pero todo eso requiere un nuevo artículo.

## ÉTICA

# EL SUICIDIO: REFLEXIONES ÉTICO-HISTÓRICAS

(Rev GPU 2011; 7; 1: 111-120)

Camilo Barrionuevo<sup>1</sup>, Rodrigo Brito<sup>2</sup>, Álvaro Wolfenson<sup>3</sup>

**En el presente artículo se realiza un recorrido histórico, mostrando la evolución del concepto de suicidio, desde el comienzo del siglo XIX hasta nuestros días, estableciendo los rasgos distintivos de las tres posiciones principales al respecto: posiciones estándar, psiquiátrica y sociológica. Posteriormente se revisan los planteamientos acerca del suicidio al interior de la psicología humanista-existencial, para concluir con una reflexión ética sobre este fenómeno, con el fin de abrir una discusión crítica sobre esta problemática existencial.**

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende reflexionar en torno a la siguiente pregunta: ¿Es el suicidio *necesariamente* el resultado de un trastorno psicopatológico? Esta tesis, propia del *modelo médico-psiquiátrico imperante*<sup>4</sup> hoy en día, se traduce en una posición paternalista que pone en tela de juicio ciertas concepciones éticas sobre la persona humana. Nociones tales como las de autonomía, responsabilidad y, principalmente, la idea de un sentido de la vida en sí misma, se convierten en temas de reflexión que no siempre son fáciles de aclarar por medio de una visión objetivista y valórica en pro del valor irrestricto de la vida en todos los casos. Esta

investigación se enmarca en el contexto de una problemática ético-histórica que sirve de sustento para una reflexión clínica comprensiva que no reduzca la complejidad del fenómeno, el que representa el caso límite más evidente y difícil dentro de cualquier tratamiento psicoterapéutico.

La relevancia de esta reflexión radica en varios aspectos. Por una parte, en la puesta al descubierto de la conexión que hay entre el fenómeno del suicidio y su contexto histórico de comprensión, apreciándose que incluso en una cuestión tan fundamental como la de decidir sobre la continuidad de la propia vida ha habido y hay distintas posiciones. Por otro lado, en la manifestación de las implicancias existenciales que están en

<sup>1</sup> Psicólogo clínico.

<sup>2</sup> Psicólogo clínico, Licenciado en filosofía. E-mail: rbritopastrana@gmail.com.

<sup>3</sup> Médico Psiquiatra. E-mail: alvarojwr@gmail.com.

<sup>4</sup> Este discurso (como se explicará con mayor detalle más adelante) tiene como supuesto fundamental que toda ideación, intento o consumación suicidas surgen de una persona mentalmente perturbada, carente de racionalidad y, por tanto, que no es capaz de decidir en forma soberana sobre sí misma. Como lo señala Cohen, comentando la posición de Feinberg, se trata aquí de una "posición de la medicina que, en última instancia, se funda en un argumento sin salida, circular: un suicidio es moralmente permisible si es racional. Pero como es causado por un trastorno psíquico, ningún suicidio es racional. En consecuencia, si somos consistentes con esta posición, ningún suicidio es moralmente permisible". (Cohen, 2007, p. 282).

juego cada vez que hablamos del suicidio, implicancias que se expresan en una meditación en torno a las ideas de libertad, de responsabilidad, de sentido existencial, entre otras. Por último, pero no menos importante, en la relevancia ético-clínica de una reflexión sobre la naturaleza y legitimidad de esta decisión extrema, que puede llevar un tratamiento psicoterapéutico a una compleja encrucijada.

La presente investigación ha de dar los siguientes pasos a fin de alcanzar la reflexión ético-clínica que se proyecta como su horizonte y propósito de fondo: 1) Presentar las posturas históricas más importantes respecto del fenómeno del suicidio desde principios del siglo XIX hasta nuestros días. El corte histórico dice relación con la aparición en esa época del discurso psiquiátrico especializado, momento desde el cual se puede pensar en el suicidio como una tendencia arraigada en la subjetividad humana, más acá de toda explicación mítico-trascendental. 2) Exponer los rasgos principales de la discusión actual en torno a la naturaleza y motivación del suicidio, especialmente al interior de los enfoques humanista-existenciales de psicología. 3) Ofrecer una reflexión ética respecto de este fenómeno que sirva para abrir el diálogo en el contexto de la labor clínica en general.

## POSICIONES HISTÓRICAS SOBRE EL SUICIDIO

### La posición estándar

Una revisión prolija y detallada de los antecedentes filosóficos que sustentan la tesis de la posición conocida bajo el nombre de "estándar", esto es, que *no todos los suicidios son causados por enfermedad mental*, sería demasiado extensa y escaparía a los marcos del presente trabajo. Sin embargo consideramos fundamental al menos incluir brevemente los postulados del filósofo escocés David Hume, por ser el representante paradigmático del pensamiento liberal moderno en torno a la legitimidad del suicidio.

Hume rebate las tesis religiosas y morales centrales de la época que condenan y repudian el suicidio. De hecho, la mayor parte de su ensayo *Sobre el suicidio* (1988) es una argumentación vehemente contra la tesis que el suicidio es una afrenta contra Dios y nuestros deberes hacia él como criaturas. Crítica en esto fundamentalmente a Santo Tomás (1960), quien señala que el suicidio es contrario a la ley natural y al orden sagrado del mundo. Si se nos ha dado la facultad de obrar e incluso intervenir en decidir el propio destino, reflexiona Hume, cada acción, cada movimiento de lo humano podría suponer una interrupción del orden natural (Hume, 1988).

En ese sentido sería tan criminal y transgresor intervenir para quitar la vida como intervenir para preservarla e incluso cualquier otra acción concreta sobre el mundo. De igual forma rebate el segundo argumento de Santo Tomás (el que se encuentra presente ya en Aristóteles) quien consideraba al suicidio como un atentado contra la comunidad, dado que el hombre que se mata a sí mismo daña también a la sociedad por dejar de servirle y serle útil. Hume replica diciendo que el suicidio puede incluso llegar a ser un acto "altruista" social: con la autoeliminación el suicida le quitaría un peso a la comunidad en el caso de estar privado de ser un ente productivo para ella. En el peor escenario, afirma Hume, el suicida deja de ser un bien social, un aporte, mas no un daño. Sostiene que debe existir una relación de intercambio benéfica tanto para la sociedad como para el individuo, y éste no estaría obligado entonces a soportar una larga condena padeciendo un gran mal personal por otorgar sólo un pequeño bien común (Hume, 1988).

Hume en síntesis invita a re-pensar el suicidio y defiende la tesis que éste puede ser un acto racional y legítimo, no necesariamente ligado a la locura, como comienzan a sostener variados pensadores y filósofos modernos<sup>5</sup>.

Dentro del campo de la psiquiatría en el siglo XIX es impensable revisar la historia del suicidio sin referirnos a Esquirol. Es justamente en su pensamiento que curiosamente podemos ver reflejadas las contradicciones y polémicas centrales respecto a este delicado tema. Esto porque en distintos momentos de su obra y con acentos disímiles podemos encontrar manifestada tanto la tesis psiquiátrica: el suicidio es expresión de una enfermedad mental, como la posición estándar: algunos suicidios son resultados de patología, otros no. De ahí que, como señala Berríos en su revisión histórica de los síntomas de los trastornos mentales (2008), ambas posturas señalan a Esquirol como el precursor de esa línea discursiva.

En lo concreto, Esquirol dijo sobre el suicidio que es un fenómeno complejo que puede observarse en las más variadas circunstancias y enumeró las formas en que puede presentarse: desde el morir por causas elevadas, a los delirios sociales, por emoción impulsiva, y delirium orgánico, entre otras (Esquirol, 1821). Por la falta de etiología clara y definida y la imposibilidad de

<sup>5</sup> Siguiendo una línea ético-reflexiva que va desde los griegos pre-socráticos, pasando por los modernos ilustrados de Montesquieu y Voltaire hasta desembocar en contemporáneos que revisaremos a continuación como Nietzsche y Camus, entre otros.



discernir una unidad taxonómica coherente, concluyó que el suicidio: “no puede considerarse como una enfermedad. [Y que] la experiencia ha demostrado que las conclusiones a las que se llegó por considerar el suicidio como una enfermedad *sui generis* eran erróneas” (Esquirol, 1821, p. 214).

Aunque con el tiempo Esquirol parece haber acochado más su postura, acercándose así a la tesis psiquiátrica, siempre dejó abierta la posibilidad que el suicidio se presente en casos donde no se encuentran presentes monomanías (Berríos, 2008), e incluso llegó a considerar el papel de los factores sociales respecto al suicidio (Blondel, 1933). Significativas son entonces las distinciones hechas por Berríos (2008) al señalar los posibles errores interpretativos sobre Esquirol, dado que comúnmente usó términos imprecisos y con difícil traducción. Es así que se refiere a *folie* de manera amplia para designar varios estados de locura y a *délire* como un trastorno complejo que no necesariamente implicaba un diagnóstico de locura ni menos un síndrome orgánico cerebral (fue traducido al inglés como *delirium*). De esta forma cuando relaciona el suicidio con *délire de passion*, no se refiere a una enfermedad específicamente (ni mucho menos a la locura clásica) sino más bien a un estado emocional súbito y de corta duración, un estado mental que si bien es alterado no necesariamente es patológico (Berríos, 2008).

En la misma línea Étoc-Damazay (1846) planteó su concepto de *aberration morbide passagere* en relación con la conducta suicida y rechazó la idea que todos los suicidas fuesen enfermos mentales. Muy en la ética moderna *humana* concluye: “la insistencia con que algunos autores quieren considerar el suicidio como una forma de alienación mental surge de una exagerada afición humana a la vida” (Étoc-Damazay, 1846, p.362).

Por otra parte y como señala Berríos (2008) fue Lisle quien redujo al absurdo la idea de que todo suicidio es una forma de locura aplicando el mismo razonamiento al homicidio. Acusa a los representantes de la posición psiquiátrica de usar el razonamiento inductivo sin hacer uso de la evidencia empírica al respecto y negó la existencia de una “monomanía suicida” (Berríos, 2008).

Hacia finales del siglo XIX parece haber un claro predominio de la posición estándar y se produce una especie de consenso entre la mayoría de los alienistas europeos (Griesinger, 1861; Prichard, 1835; Bucknill y Tuke, 1858) en: a) La imposibilidad de definir el suicidio como una entidad patológica en sí misma, b) La constatación que el suicidio aparece en distintos estados mentales que incluso pueden ser opuestos, y c) Puede darse incluso en sujetos que gozan de un perfecto estado de salud mental (Berríos, 2008).

Relatos como el de Thich Quang Duc, monje vietnamita que se autoinmoló en 1963 como protesta por los abusos de los que era testigo, alumbran esta tesis: la posibilidad de considerar más complejamente el fenómeno del suicidio, el que puede llegar incluso a concebirse como un acto de compasión y amor, como en el caso de los ayunos de Gandhi en la India, y como se considera en el sacrificio de la figura de Cristo y distintos mártires en la tradición católica (Han T, 1996). Si bien esta posición no niega la evidente relación entre psicopatología y suicidio, ponen el foco en la posibilidad de considerar el suicidio como un fenómeno humano no reductible por completo a la enfermedad mental.

### *Antecedentes filosóficos en el humanismo existencial*

En este subapartado dentro de la posición estándar, revisaremos esquemáticamente algunos de los hitos centrales del pensamiento filosófico moderno de siglos XIX y XX, que alimentan de manera más o menos directa la visión del humanismo existencial como corriente dentro de la psicología.

Es así que encontramos ya en Schopenhauer, en pleno siglo XIX, una visión ética crítica sobre la condenación social del suicidio y una legitimación del mismo como una respuesta plausible al problema de la tragedia del sufrimiento en la vida. Afirma directamente que la creencia popular de que el suicidio es una cobardía, es un sinsentido que no se hace cargo seriamente de la radicalidad de la experiencia del dolor humano (Schopenhauer, 1996). Por otra parte, sostuvo el original argumento que el suicida con su acto está negando las *condiciones en que se le presenta la vida* y no a la vida misma. De esta forma, el suicida no es condenable ni actúa inmoralmemente por realizar un acto en el que, paradójicamente, afirma su deseo de vida (Schopenhauer, 1997).

En el mismo siglo, el filósofo alemán Friedrich Nietzsche desarrolla una interesante distinción respecto a los posibles tipos de suicidas y los juicios éticos respecto de ellos. Por una parte, el suicidio no era justificable cuando se trataba de un acto irracional, donde (en sus términos) el *ser* domina al *yo*. Se refería a estas personas como “*los detractores del cuerpo*” (Nietzsche, 2002). Señala al respecto: “Dice el propio ser al yo: ¡Siente aquí dolor!, y entonces el yo sufre y trata de buscar una manera de poner término a su sufrimiento. Y precisamente para tal fin debe pensar [...] Su propio ser quiere perecer, ¡y por eso les ha convertido en detractores del cuerpo!, pues ya no son capaces de superarlos creando” (Nietzsche, 2002, pp. 25-26). Claramente para Nietzsche este tipo de suicida está directamente emparentado con la enfermedad mental. Sin embargo,

distingue otro tipo de suicida haciendo alusión a la idea de *muerte soberana*. Por ella entendía la muerte racional y sopesada, en la que el sujeto se preparaba para ella, la premeditaba y la ejecutaba por sí mismo, solemnemente, en el momento justo (Nietzsche, 2002). De esta forma el suicidio podía llegar a ser una expresión de la autonomía y libertad del sujeto, quien se rebelaba contra la prohibición social del suicidio “Tenemos derecho a quitarle la vida a un hombre, pero no a quitarle la muerte: esto es pura crueldad” (Nietzsche, 1993, p. 69).

Herederos de estos filósofos románticos está la posición de los pensadores existencialistas propiamente tal. Dentro de ellos destaca por la profundidad de la reflexión en torno al suicidio, Albert Camus, quien postula la primacía de la pregunta sobre el suicidio respecto a otras cuestiones filosóficas: “No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no vale la pena vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía. Las demás, si el mundo tiene tres dimensiones, si el espíritu tiene nueve o doce categorías, vienen a continuación. Se trata de juegos; primeramente hay que responder” (Camus, 1985, p. 5). Concede que rara vez la gente se suicida por reflexión y que por lo general la causa se encuentra en afectos incontrolables que irrumpen violentamente desencadenando el suicidio. Pese a esto, señala que suicidarse es “confesar” la absurdidad de la existencia y la inutilidad del sufrimiento humano, cortando con el hábito existencial de vivir por pura costumbre mecánica (Camus, 1985). En ese sentido el suicidio se emparenta a la noción existencial de la vida como absurdo, carente de un sentido en sí misma, aunque es cuidadoso de afirmar que negarle un sentido propio a la existencia no equivale a decir que la vida no vale la pena vivirla (Camus, 1985). De ahí la potencia metafórica con que se refiere al mito de Sísifo en paralelo con la absurdidad de la vida del hombre. Absurdidad que cuando se la enfrenta y asume directamente, cuando se la hace consciente (como el hombre respecto de su existir, como Sísifo consciente de su calvario y castigo) se transforma en una potencialidad de pura libertad humana frente a su destino, transformándolo existencialmente: “la clarividencia que debía constituir su tormento consume al mismo tiempo su victoria. No hay destino que no se venza con el desprecio” (Camus, 1985, p. 60).

Otro filósofo crucial para el pensamiento existencial es el francés Jean Paul Sartre, quien se refiere en términos muy distintos al suicidio. Básicamente lo considera un acto de *mala fe*, en el sentido de ser un acto deshonesto, una acción que intenta evadirse de la necesidad de encontrarle sentido a la existencia. Esto queda patente en el caso de suicidas que fallan su ten-

tativa de autodestrucción, donde la continuidad de su vida termina por demostrar la plausibilidad de otras soluciones vitales. De esta forma, el suicidio se constituye como un absurdo, al ser un acto que pretendiendo dar sentido a la vida la sumerge en la absurdidad, violentando la vida misma (Sartre, 1966). Junto con esto, Sartre propone una concepción de la responsabilidad que tiene grávidas consecuencias para una comprensión ética del suicidio, al afirmar que cada vez que elegimos algo lo hacemos bajo el supuesto implícito de que eso elegido no sólo es bueno para mí sino para la humanidad entera: “lo que elegimos es el bien, y nada puede ser bueno para nosotros sin serlo para todos [...] eligiéndome, elijo al hombre” (Sartre, 2002, p. 15). La consecuencia natural de esta tesis consiste en que si deseamos nuestra propia aniquilación, en el fondo, propiciamos la aniquilación de la humanidad, situación que contradice la propuesta sartreana de ser creador de mi propia vida por medio de mis actos concretos.

Finalmente podemos destacar la tesis de Karl Jaspers al respecto, quien piensa el suicidio como una salida justa ante problemáticas vitales significativas. De esta forma señala que no puede ser la voluntad de Dios el imponerle al hombre un largo tormento de sufrimiento, y estaría permitido para él entonces poner fin a su vida cuando no es capaz de actividad alguna o está en una situación vital desfavorable y dramática (Jaspers, en Eva, 2001).

### La posición psiquiátrica

Para médicos y psiquiatras el suicidio ha sido considerado históricamente como un fracaso terapéutico. Actualmente en estudios en torno al tema se piensa que cerca de la mitad de los suicidas había consultado a su médico de atención primaria en el mes anterior a su muerte, y tres de cada cuatro lo habían hecho durante el año previo (Luoma, 2002). Así, el suicidio desde este punto de vista es un problema de salud pública, ya que se trataría de una conducta prevenible, y que al intentarse o concretarse consumiría considerables recursos (Levi *et al.*, 2003).

Históricamente hablando, es a partir de la década de 1820 que el debate moral acerca del suicidio pasó a ser “medicalizado”, es decir, fue configurado por cambios en la noción de enfermedad mental y en la teoría psicológica (Berríos, 2008). Si bien ya a finales del siglo XVIII el suicidio dejó de ser condenado sobre la base de una tradición inspirada en la religiosidad, se siguió considerando como una amenaza para la sociedad, por lo que se invitó a la psiquiatría a que se hiciera cargo de él (Lantéri-Laura y Del Pistoia, 1970). Así, desde comienzos

del siglo XIX hubo importantes transformaciones en el concepto de enfermedad mental, que se expresaron en la desintegración del concepto de "insanía total", surgiendo las concepciones de monomanía y lipemanía (insanías parciales) que ofrecieron una nueva forma médica de explicar el suicidio. A su vez fueron importantes los cambios de la teoría psicológica: con el surgimiento de la psicología de las facultades se hizo posible la existencia clínica de insanías no intelectuales, o sea aquellas cuyo trastorno primario había de encontrarse en las emociones o la volición (Berríos, 1988). Con estos conceptos se generó una nueva explicación médica de la conducta suicida, puesto que se podía llamar "insanos" o "alienados" a los suicidas, sin que de hecho tuvieran que padecer de delirios o alucinaciones (Berríos, 2008). No obstante, como revisamos anteriormente, no existió acuerdo respecto a los argumentos expuestos durante la primera mitad del siglo XIX en relación con el postulado de que todos los actos suicidas eran resultado de una conducta "patológica". A pesar de esto, en la década de 1890 Durkheim se animó a decir que la concepción "psiquiátrica" del suicidio era un credo absoluto entre los alienistas del siglo XIX (Berríos, 2008).

También puede indicarse a Esquirol como uno de los iniciadores de la tesis psiquiátrica; ya en 1838 planteó que el suicidio presentaba todas las características de la alienación mental, y que era un síntoma de ésta. Además su postura refería que el suicidio puede estar relacionado con todo tipo de situaciones clínicas, siendo frecuentemente secundario al delirium agudo y a los estados delirantes crónicos (Esquirol, 1838).

La llamada "tesis psiquiátrica" tuvo diversos defensores, durante la primera mitad del siglo XIX, uno de ellos fue Cazauvieilh, quien planteó el concepto extremo de que había tres tipos de suicidio, y que todos eran trastornos psiquiátricos. Así en la más pura tradición de la psicología de las facultades enumeró algunos suicidios resultantes de trastornos del pensamiento, el afecto y la volición. Definió los suicidios "reales" como actos acompañados por deseo y clara conciencia, considerando "accidentales" todas las muertes en los "insanos" cuando no había un intento deliberado de morir. Leal a Esquirol, defendió el concepto de monomanía que por entonces ya había sido cuestionado (Cazauvieilh, 1840).

Como habíamos enunciado ya, se puede observar que a fines del siglo XIX el debate psiquiátrico respecto a si el suicidio se debía siempre a una enfermedad mental se fue inclinando a favor de la llamada "opinión estándar" (Berríos, 2008). No obstante, en la década de 1930 prendió nuevamente la controversia en Francia. Ésta se había iniciado en 1926 con la publicación de Maurice de Fleury, donde se actualizaba la tesis

psiquiátrica pero esta vez con la novedosa incorporación de las "neurosis" (Fleury, 1926). Este nuevo alegato en pos de la tesis psiquiátrica quería incorporar particularmente los estados de ansiedad. Debido a esto es que más tarde Deshaies afirmó que casi una tercera parte de las causas psiquiátricas del suicidio estaba dentro de aquella categoría (Deshaies, 1947). Esta incorporación en la concepción de "trastorno mental" de las "neurosis" y los trastornos de personalidad ocurrió claramente a partir de la obra de Janet y de Freud (Berríos, 2008).

En la actualidad, desde la psiquiatría se plantea que el suicidio es raro en sujetos que no presentan trastornos psiquiátricos (Ros y Arranz, 2006). En los estudios en los que se ha realizado la autopsia psicológica se ha demostrado que el 90% de los suicidas presentaba un trastorno psiquiátrico en el momento del suicidio (Harris y Barraclough, 1997); además se plantea que este porcentaje podría ser incluso mayor, ya que el diagnóstico posmortem depende en gran medida de la información que proviene del medio del fallecido (Ros y Arranz, 2006). Los trastornos afectivos son los trastornos más frecuentes entre los sujetos suicidas, llegando al 60% de éstos (Ros y Arranz, 2006). Prácticamente todos los trastornos psiquiátricos, con excepción del retraso mental y las demencias, conllevan un incremento del riesgo suicida (Harris y Barraclough, 1997). Sin embargo, es un hecho que la mayoría de los pacientes psiquiátricos no se suicidan, por lo tanto podemos decir que la psicopatología en general es un factor necesario, pero no suficiente, para cometer un suicidio (Ros y Arranz, 2006).

### La posición sociológica.

Hacia finales del siglo XIX (1897), Emile Durkheim lleva a cabo un giro novedoso en la manera de comprender el fenómeno del suicidio, trascendiendo el ámbito de la discusión usual desarrollada hasta entonces. Este debate, como hemos visto, se centraba básicamente en la resolución de la cuestión de si todo suicidio es el resultado de un trastorno psicopatológico o si pueden haber casos en que esta explicación no da cuenta de la verdadera motivación del suicida. El suelo común para ambas concepciones es la creencia de que el suicidio es un acto llevado a cabo por un individuo basado en sus características "psíquicas" singulares. Este supuesto es cuestionado en el planteamiento de Durkheim.

Comencemos analizando las siguientes palabras del proto-sociólogo francés: "La constitución moral de la sociedad es lo que determina en todo momento el contingente de muertes voluntarias. Existe por tanto para cada pueblo una fuerza colectiva, de una energía determinada, que empuja a los hombres a matarse".

(Durkheim, 1897, pp. 327-328). De aquí podemos establecer lo siguiente: 1) El suicidio puede ser explicado desde la "tasa social", comprendiendo lo social como una realidad autónoma, como una fuerza externa efectiva, capaz de influir en los individuos por medio de la actitud moral de una determinada sociedad. Esto explica por qué pese a la enorme variabilidad de los individuos, la tasa social se mantiene constante. 2) Lo que interesa, desde esta perspectiva, es llevar a cabo una aproximación etiológica, es decir, causal, siendo la causa del suicidio, como ya se dijo, la constitución moral de una determinada sociedad, expresada en sus supuestos valóricos y en sus creencias religiosas, principalmente. Un ejemplo de esto está representado por la distinción que establece Durkheim entre el catolicismo y el protestantismo, en relación con su incidencia en el aumento de suicidios en el contexto de este último. La explicación va en la línea de un mayor fomento del individualismo que socava las bases de la cohesión social, habiendo menos soporte de pertenencia y de sentido para los individuos, a diferencia de la cosmovisión más bien comunitaria y pro cohesión del catolicismo.

En base a esta orientación sociológica y etiológica, Durkheim distingue tres tipos de suicidio: el egoísta, el altruista y el anómico. La clave hermenéutica consiste en no olvidar que los tres tipos de suicidio no son más que una manifestación o "eco" de la estructura y del funcionamiento social en el que se dan.

### *Suicidio egoísta*

Tiene lugar cuando la cohesión social fundada en la religión, el estado y la familia se debilita a favor de una exacerbación de los intereses liberales individuales, quedando el individuo arrojado a su propia suerte, sin referencia a trascendencia alguna. En palabras del autor que estamos revisando: "el hombre no puede vivir si no se vincula a algo que le sobrepase y que le sobreviva [...] Por tanto, cuando no tenemos otro objetivo que nosotros mismos, no podemos escapar a la idea de que nuestros esfuerzos están finalmente destinados a perderse en la nada a la que estamos abocados" (Durkheim, 1896, p. 220). El acto suicida se hace eco aquí de una desintegración social y de una radical sensación de soledad.

### *Suicidio altruista*

"Ya que hemos llamado *egoísmo* al estado en que se encuentra el yo cuando sólo vive su vida personal y no obedece más que a sí mismo, la palabra *altruismo* expresa bastante bien el estado contrario, aquel en que

el yo no se pertenece, en el que se confunde con algo distinto a sí mismo, en el que el norte de su conducta se encuentra fuera de su alcance [...]" (Durkheim, 1986, p. 233). Cuando el colectivo tiene más valor que el individuo y la vida de éste se subordina a los mandatos sociales al punto de desdibujarse toda motivación individual, entonces el acto suicida se hace eco de una desintegración de la sensación de la propia individualidad quedando en una situación de radical alienación. Un ejemplo conocido de esto lo constituye el suicidio del japonés que prefiere la muerte a la deshonra social, apuñalándose frente a una quiebra económica.

### *Suicidio anómico*

Estamos aquí ante un suicidio cuya causa es la falta de regulación y de normativa social en algún ámbito de la vida, como puede darse, por ejemplo, en tiempos de crisis económica o en revoluciones políticas. El factor determinante aquí no es el individualismo sino la falta de regulación social respecto de los deseos e impulsos humanos, favoreciendo el caos y la desorientación. Se distingue del suicidio egoísta en que aquél tiene que ver con una existencia cuya reflexión ha quedado desarraigada y a su propia suerte, mientras que éste manifiesta una desorganización concreta de la vida práctica debido a un colapso de las reglas del juego social.

Estas tres líneas de pensamiento, estándar, psiquiátrica y sociológica, en torno al suicidio han sido las predominantes desde comienzos del siglo XIX hasta la actualidad dentro del ámbito académico, y han permeado en mayor o menor grado las creencias y normativas socioculturales sobre este central problema humano. La presente revisión quedará como trasfondo histórico desde el cual desarrollaremos en adelante la segunda parte de este trabajo, a saber, la discusión actual dentro del humanismo existencial y una propuesta de reflexión ética al respecto.

## **POSICIONES AL INTERIOR DE LOS ENFOQUES HUMANISTA-EXISTENCIALES DE PSICOLOGÍA**

A continuación haremos un breve y esquemático recorrido por los planteamientos centrales sobre el suicidio dentro de las psicologías humanistas-existenciales. Este recorrido no pretende en modo alguno ser exhaustivo y categórico sobre lo que distintos autores cercanos o afines a esta orientación clínica han expuesto sobre esta materia. Más bien constituye un intento de mostrar gráficamente la multiplicidad de conceptualizaciones teóricas y posicionamientos sobre este controvertido tema.

Comenzaremos con los planteamientos del psiquiatra suizo Carl Gustav Jung, inspirador del movimiento del humanismo simbólico. Jung (1959) definió ciertas circunstancias para que el acto suicida se produjese. Desde su marco teórico señala la necesidad que el yo se vea envuelto y sobrepasado por alguna condición anímica intensa (esto es, se haya constelado algún complejo de lo inconsciente) y que exista un resentimiento de proporciones asesinas hacia una persona, por lo que también relaciona el suicidio con un intento de lidiar con dichos deseos asesinos. Desde otro ángulo, Jung hipotetizó sobre los efectos nocivos que puede tener para el yo la experiencia de lo inconsciente profundo a través del vínculo con el Selbst. Como este arquetipo tiene aspectos luminosos y oscuros, para un yo inmaduro o frágil, la relación con los aspectos oscuros del arquetipo pueden ser muy difíciles de integrar, de manera tal que la experiencia de lo numinoso sea intolerable para éste y pueda devenir el suicidio (Jung, 1959).

Por su parte, Perls hace una reelaboración de la teoría freudiana sobre el suicidio presente en duelo y melancolía<sup>6</sup> en términos gestálticos (De Casso, 2003). Describe el mecanismo neurótico de la retroflexión, donde el yo vuelca contra sí mismo un impulso que va dirigido a otro, relacionándolo con el suicidio: “retroflexionar significa que una función, originalmente dirigida desde el individuo hacia el mundo, cambia su dirección y se tuerce hacia atrás en dirección a su originador... cuando una joven, desilusionada por su amante, se mata, lo hace porque su deseo de matarlo a él se retroflexiona debido al muro de su conciencia. El suicidio es un sustituto del homicidio o el asesinato” (Perls, 1975, p. 68). En ese sentido, existencialmente hablando, la retroflexión siempre implica una escisión de la personalidad en una parte activa y otra pasiva (y por tanto una existencia neurótica no integrada). Perls considera a la retroflexión como un peligroso mecanismo de defensa, por la posibilidad de la autoeliminación que conlleva.

Lowen (2001) se refiere al suicidio (y en términos generales a la depresión) como producto de una existencia inauténtica, dada por una falta de contacto corporal interior nutritiva. Hace un análisis social respecto

a las condiciones ambientales y culturales del modelo de vida capitalista, centrado en el éxito y las apariencias externas, como fuente fundamental de enfermedad mental (Lowen, 2001). De esta forma, relaciona la enfermedad mental, desde el punto de vista existencial (rigidez caracterológica, pérdida de regulación orgánica, falta de espontaneidad y vitalidad, tendencia a la manipulación ambiental y poco contacto con las necesidades personales, etc.) con la conducta suicida. Al igual que Perls y Jung, no se plantea (al menos explícitamente) la posibilidad de un suicidio “legítimo” sin que acaezca enfermedad mental.

Por último, uno de los defensores más tajantes del valor de la vida y de la irracionalidad del suicidio, al interior de la psicología humanista-existencial, la constituye la propuesta de Frankl. Piensa que la consumación del suicidio sólo sirve para evitar la resolución del problema de la vida, sin dar la oportunidad para revertir la situación, ya que jamás podemos predecir cómo han de ser las cosas un tiempo después. He aquí una posición racionalista y existencial, en el sentido de que la vida, entendida como proyecto, siempre está abierta y, por tanto, siempre es impredecible. En palabras del autor: “Bastaría con que uno solo entre los muchos que intentan suicidarse convencidos de que se encuentran en una situación sin salida no tuviera, a la postre, razón: con que sólo uno de estos desdichados, al salvar su vida, encontrase más tarde la salida en que no creía antes, para condenar como ilegítima toda tentativa de suicidio” (Frankl, 2002, p. 95). No obstante esta concepción, tan emparentada con la “posición psiquiátrica”, el psiquiatra vienés realiza un aporte decisivo para la comprensión del suicidio, atendiendo a una de sus causas más importantes, ya no psicopatológica, sino existencial: la depresión resultante de una neurosis noógena. Siguiendo en esto a Vial (1999), esta “neurosis” se caracteriza por una pérdida del sentido de la propia vida y por la emergencia de cuestionamientos existenciales profundos que, lejos de dar cuenta de un trastorno, ponen de manifiesto profundos y angustiantes interrogantes sobre el sentido de la existencia en general. Sin embargo, puede derivar desde aquí una opacidad existencial cuyos rasgos más característicos serían: 1) La indiferencia (“nada vale la pena”), 2) El fatalismo (“nada depende de mí”), 3) El pensamiento colectivista (“ellos tendrán la razón”) y 4) El fanatismo (“nada es sagrado”).

Dentro del ámbito clínico de orientación existencial y con una opinión abiertamente pro-suicidio destaca el psiquiatra húngaro Thomas Szasz, quien ha sido vinculado al movimiento antipsiquiátrico por sus polémicos postulados. Szasz realiza una ácida crítica a las entidades médicas y psiquiátricas de Estados Unidos

<sup>6</sup> Sirva la presente cita como antecedente de los postulados de Perls: “Ahora, el análisis de la melancolía nos enseña que el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la dirección originaria del yo hacia al mundo anterior. (Freud, 2000, p. 249).

por haber declarado unilateralmente y de forma dictatorial que todo aquel que piense en suicidarse es considerado como un enfermo mental (Szasz, 2002a). De esta forma señala que hay que “desprejuiciar” el suicidio y volver a pensar en él como un hecho humano y no como algo propio de la locura. Señala que el suicidio no puede explicarse por las condiciones mentales actuales de la persona, sino que más bien éste se constituye en lo que tiene de dimensión futura: “Quitarse la vida es una acción orientada al futuro, una anticipación, una red de seguridad existencial. La gente ahorra no porque sea pobre sino para evitar llegar a ser pobre. La gente se suicida no porque sufra sino para evitar un sufrimiento futuro” (Szasz, 2002a, p. 56). En su reflexión sobre el suicidio se reconoce abiertamente “hereje” y plantea de manera directa su posición en torno a él: “Si una persona no sabe qué hacer con su vida puede conservarla para uso futuro o decidir que es inútil y desecharla. Consideramos una cosa razonable al desechar un trasto inútil; pero consideramos un síntoma de enfermedad mental el desechar una vida inútil” (Szasz, 2002, p. 88). Siendo este autor uno de los pocos que abierta y honestamente legítima como perfectamente racional el suicidio en ciertos casos, cabe destacar su inquietante interpretación acerca de las motivaciones implícitas que estarían en la base, tanto de la persona auténticamente suicida, como del tratante y su “furor curandis”. Esta interpretación va en la línea de un juego de poder y de una negación por parte del “tratante” respecto de su propia vinculación con el problema existencial del sentido de la vida. Al respecto, señala Szasz: “El paciente, al menos es honesto acerca de lo que desea: quiere tener el control sobre su vida y su muerte, siendo el agente de su propio fin. Pero el médico es completamente deshonesto acerca de sus intenciones: sostiene que sólo quiere ayudar al paciente, cuando en realidad lo que quiere, concluye este polémico autor, es tomar el control para salvarlo y tratar de solucionar sus propias dudas acerca del valor de su propia vida” (Szasz en Cohen, 2007, p. 245).

## REFLEXIONES FINALES: LA ENCRUCIJADA ÉTICA

Comencemos esta breve meditación epílogar en base a las siguientes palabras de Cohen:

“En nuestro horizonte cultural, la muerte voluntaria comenzó siendo calificada de pecado, luego se volvió un crimen y, de allí en más, sería caratula-da como la expresión de una enfermedad mental: confrontados con un itinerario tan tortuoso como marginal, reflexionar sobre ese acontecimiento

último e irrevocable resulta de suyo desbrozar una construcción social que falseó y hasta ocultó, como en una suerte de juego de prestidigitación, su esencia misma” (Cohen, 2007, p. 293).

A partir de esta cita podemos decir que el suicidio ha sido calificado, desde los diferentes discursos socio-históricos (casi sin excepción), como algo moralmente indebido o como síntoma de una patología mental. En todo caso, lo que tienen en común estas aproximaciones es su modo de proceder impersonal, en tercera persona, al pretender comprender a la persona suicida desde parámetros objetivos externos, saltándose así lo crucial de una decisión de esta envergadura: las verdaderas motivaciones *íntimas* de esa persona en particular. Se revelan así las limitaciones de la ciencia (en especial del enfoque médico-psiquiátrico predominante<sup>7</sup>) a la hora de enfrentarse con una cuestión existencial que atañe a cada quien en lo que tiene de más singular. De aquí que la intención del presente trabajo no sea la de otorgar orientaciones clínicas generales para cualquier caso suicida, sino llevar a cabo una reflexión ética<sup>8</sup> que haga justicia a la complejidad del fenómeno.

Pero Cohen habla también de un falseamiento, de un ocultamiento, de la esencia del suicidio. ¿A qué se refiere? Aunque parezca irónico decirlo a estas alturas, en rigor, no es el suicidio (la muerte voluntaria de alguien) el que debiera darnos qué pensar, sino sus supuestos, sus implicancias, las preguntas fundamentales que desde su silencio nos plantea. Las auténticas problemáticas *éticas* tienen que ver con (entre otras) la pregunta por la autonomía de una persona, por su responsabilidad inserta en un mundo de relaciones y por la difícil cuestión del sentido de la vida, todas ellas interrogantes que atañen entrañablemente a lo más íntimo de un ser humano, aunque con evidentes implicancias sociales (incluso legales).

La pregunta por la *autonomía* de la persona problematiza el abordaje paternalista imperante desde el

<sup>7</sup> Pero también de la propuesta de Durkheim, que en su clasificación de los tres tipos de suicidios sitúa en el centro de su comprensión algo tan abstracto e impersonal como la “tasa social” de los suicidios, dejando enteramente de lado la pregunta por las motivaciones íntimas.

<sup>8</sup> La dimensión clínica tiene que ver con los discursos y los procedimientos que, de hecho, se aplican a los casos concretos de personas que han manifestado (de una u otra forma) su intención de suicidarse. Una reflexión ética se ocupa, más bien, de plantear una *discusión crítica* que oriente una toma de *posición personal* ante dilemas complejos, que no admiten una solución objetiva e irrevocable.

modelo médico-psiquiátrico institucionalizante, que puede ser entendido como el tomarse la atribución de cuidar la vida de otro, bajo el supuesto de que este otro no está en condiciones de hacerlo por sí mismo (Cohen, 2007). La dificultad ética radica aquí en cuáles son los criterios para determinar que la autonomía intrínseca del otro ha caducado (aunque sea temporalmente). ¿Qué sucede en aquellos casos donde la vida, por efectos de una enfermedad terminal y progresivamente deteriorante, se convierte en un martirio y la persona, con plena lucidez y consciente de las consecuencias, opta por una muerte voluntaria? ¿Con qué legitimidad podemos negar su autonomía soberana? Pero, pongamos un caso más ambiguo y, por tanto, más polémico: el de aquella persona que no teniendo ninguna limitante física sería ni inhabilitante, por las circunstancias de su vida o por simple convencimiento personal decide que no vale la pena seguir viviendo. Pudiera ser (en efecto) que se encuentre obnubilado temporalmente por un afecto derivado de una determinada condición pasajera. Pero podría también ser algo más que un sentimiento pasajero; una auténtica y lúcida renuncia a la existencia. El hombre es un ser ontológicamente libre, al punto que le ha sido dado decidir incluso sobre la continuidad o aborto de la propia vida. ¿Cómo determinar (ya no desde una posición impersonal) si estamos ante una auténtica autonomía?

Otro elemento importante a considerar lo representa la *responsabilidad*. Ser responsable, como señala el existencialismo (Sartre, 2002), es responder por nuestra propia vida, dar cuenta de ella, asumir (sin excusas) mis logros y fracasos. Pero se trata de algo más. Como autor del mundo en que habito, debo responder también por ese mundo, es decir, debo rendir cuentas a las personas que he elegido como mis compañeros(as) de viaje, a los proyectos que he construido, a la humanidad en general para la cual me puedo convertir (potencialmente) en modelo de vida. Si aceptamos la afirmación sartreana según la cual elegir mi vida es elegir al hombre en general, entonces, decidir suicidarse es querer eso mismo para la humanidad entera. Sin embargo, sigue siendo una decisión personal, pues de los otros depende el tomar ese gesto como ejemplo o como contraejemplo. Ser responsable implica la capacidad para prever las consecuencias de mis actos y asumirlas como tales. A la vez, ser responsable implica considerar el efecto que mis decisiones puede acarrear para las personas que conforman el propio mundo. En nuestro afán de sembrar preguntas, cabe interrogarse por la autenticidad de una decisión que se toma exclusivamente en consideración de otros, sin un convencimiento íntimo. ¿Qué produce más daño a largo plazo:

el ya no estar más como consecuencia de una decisión sopesada o el ir cargando con la vida e irradiar ese hastío a quienes nos rodean?

Por último, el suicidio nos interpela sobre el *sentido* de la propia vida. Sin lugar a dudas una de las cuestiones más difíciles y urgentes, tal como lo plantea Camus (1985), respecto de la cual hay versiones encontradas. A este respecto nos encontramos con dos posturas básicas: la de quienes sostienen que la vida tiene sentido por sí misma y, más aún, que el sentido aumenta en la medida que la misión que debemos cumplir en la vida sea más ardua y desafiante (Frankl, 2002)<sup>9</sup>. Desde esta posición, nos encontramos con la importante idea según la cual la vida en su propio valer absoluto demanda algo de nosotros, por lo que la cuestión crucial sobre el sentido es si somos capaces de comprender y seguir este mandato: “la misión que el hombre tiene que cumplir en la vida existe siempre, necesariamente, aunque el interesado no la vea, y es siempre, necesariamente, susceptible de ser cumplida” (Frankl, 2002, p. 101).

Frente a esta posición, en el otro polo, encontramos posturas como las de Camus (1985) y Sartre (1966), según las cuales la vida no tiene en sí misma ni a priori sentido alguno ya que es absurda. Todo depende del modo cómo se vaya forjando el propio proyecto existencial, el que está siempre e irrevocablemente, amenazado por la falta total de sentido. El sentido (o el sin-sentido) no puede darse por supuesto, sino que es algo que debe ser conquistado, cual héroe trágico que lucha por hacer de lo insignificante algo extraordinario, sin que pueda garantizarse el éxito de tamaña empresa. “Según Améry, quienes escogieron la muerte voluntaria, desafiando a una cultura que santifica la vida, probaron con su ‘acto absurdo’ que la vida no es el bien supremo. Más aún: han resuelto la contradicción vivir-morir, aun cuando debieron pagar el precio de una contradicción más terrible: muero, luego soy” (Améry en Cohen, 2007, p. 291).

Reconociendo la dificultad que plantea el abrir una puerta a la legitimidad del suicidio en ciertos casos específicos, es preciso confesar (ya hacia el final) que una distinción crucial que ha estado presente en el trasfondo de las reflexiones precedentes se relaciona con la diferencia que hay entre la concepción usual de la existencia entendida *a priori* como algo valioso, destinado a dar (necesariamente) buenos frutos, estandarizando y objetivando así lo que de suyo no es otra cosa que enigma e incertidumbre: la vida misma; y una concepción más abierta al misterio que significa existir, con

<sup>9</sup> Cfr. en especial las páginas 97 a 104.

todo lo que ahí hay de excepcionalidad e incomprendible para la lógica racional. Sabemos por experiencia que no basta con vivir (al modo como una planta o un animal), sino que anhelamos existir plenamente, desplegar nuestro ser todo cuanto sea posible. Pero, ¿qué significa esto? Y, sobre todo, ¿es siempre algo efectivamente posible?

## REFERENCIAS

1. Aquino T. (1960). *Suma teológica*. España: Editorial biblioteca de autores cristianos
2. Berríos G. (1988). Historical background to abnormal psychology, en E. Miller y J. Cooper (eds.), *Adult Abnormal Psychology*. (pp. 26-51). Edimburgo: Churchill Livingstone
3. Berríos G. (2008). La Autoagresión. En Berríos G., *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. (pp. 537-549). México: Fondo de Cultura Económica
4. Camus A. (1985). *El mito de Sísifo*. Barcelona: Alianza editorial
5. Cazauvieilh J. (1840). Du Suicide et L'Aliénation Mentale et des Crimes contra les Personnes, Comparés Dans leurs Rapports Reciproques. Recherches sur ce Premier Penchant chez les Habitants des Campagnes. París: Bailliere
6. Cohen D. (2007). *Por mano propia*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica,
7. De Casso P. (2003). *Gestalt, terapia de autenticidad*. Kairós
8. Deshaies G. (1947). *Psychologie du Suicide*. París: Presses Universitaires de France
9. Durkheim E. (2004). *El suicidio*. Buenos Aires: Editorial Losada
10. Esquirol E. (1838). Des Maladies mentales Considérées sous les Rapports Médical, Hygienique et Médico-legal. 2 vols., París: Balliere
11. Eva P. (2001). El suicidio, en: *El dolor, la muerte y el morir*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo
12. Fleury M. (1926). De L'Angoisse Humaine, París: Les Editions de France
13. Freud S. (2000). *Duelo y Melancolía*. En Freud S. Obras completas, tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu editores
14. Frankl V. (2002). *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*. México: Fondo de cultura económica
15. Han T. (1996). *Buda Viviente, Cristo viviente*. Kairos
16. Harris E, Barraclough B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br. J. Psychiatry, 170: 205-228
17. Hume D. (1988). *Sobre el suicidio y otros ensayos*. Madrid: ME Editores
18. Jung C. (1959). *The meaning of death*. New York: McGraw-Hill Book Copany Inc
19. Lantéri-Laura G, Del Pistoia L (1970). Structural análisis de suicidal behaviour. Social Research, 37: 324-347
20. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK, et al. (2003). Trends in mortality from suicide, 1965-99. Acta Psychiatr. Scand., 108: 341-349
21. Lowen A. (1987). *Narcisismo, o la negación de nuestro verdadero ser*. México: Ed. Pax
22. Lowen A. (2001). *La depresión y el cuerpo*. Barcelona: Alianza editorial
23. Luoma J, Martin C, Pearson J. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. Am J Psychiatry 159, 909-916
24. Nietzsche F. (1993). *Humano demasiado humano*. Madrid: ME Editores
25. Nietzsche F. (2002). *Así hablaba Zaratustra*. México: Editores Unidos Mexicanos
26. Perls F. (1975). *Yo, Hambre y Agresión*. México: Fondo de cultura económica
27. Ros S, Arranz F. (2006). Conducta Suicida. En Vallejos J.: *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. 6ª ed., pp. 271-294. Barcelona: Maisson
28. Sartre J. (1966). *El ser y la nada*. Buenos Aires: Editorial Losada
29. Sartre J. (2002). *El existencialismo es un humanismo*. Buenos Aires: Editorial Losada
30. Schopenhauer A. (1996). *Respuestas filosóficas a la ética, a la ciencia y a la religión*. México: Ed. Coyoacán
31. Schopenhauer A. (1997). *El amor, las mujeres y la muerte*. México: Ed. Coyoacán
32. Szasz T. (2002). *Herejías*. México: Ed. Coyoacán
33. Szasz T. (2002). *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós
34. Vial W. (1999). *La antropología de Viktor Frankl*. Santiago: Editorial Universitaria



## FE DE ERRATAS

**GPU Año 6, Vol. 6 N° 3, Septiembre de 2010**

DIAGNÓSTICO OPERACIONALIZADO: INDICACIÓN Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN PSICOTERAPIA  
PSICODINÁMICA

*Guillermo de la Parra Cienciwa<sup>1</sup>, José Pinedo Palacios<sup>2</sup>, Valentina Plaza Stuardo<sup>3</sup>, Luis Alvarado Paiva<sup>4</sup>*

Dice:

<sup>4</sup> Médico Psiquiatra, Departamento de Psiquiatría, Sede Oriente, Universidad de Chile.

Debe decir:

<sup>4</sup> Médico Psiquiatra, docente del Departamento de Psicología, Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Chile, y Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

