



SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 7, VOLUMEN 7, Nº 2 JUNIO DE 2011

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

www.revistagpu.cl

IMPORTANTE

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

El sitio actual de la GPU es: 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

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

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-EDITORES

Dra. Patricia Cordella, Dr. Paul Vöhringer

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

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

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)

NUEVO MIEMBRO DEL CUERPO EDITORIAL

¡BIENVENIDO!



PAUL VÖHRINGER C.

Médico-cirujano USACH. Especialidad Psiquiatría Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B". Profesor Asistente Psiquiatría Departamento Psiquiatría Sede Norte Universidad de Chile. Miembro de la Unidad de Trastornos del Ánimo de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Postdoctorate Research Fellow del Programa de Trastornos del Ánimo del Tufts Medical Center, Boston, Tufts University, USA, bajo la dirección del Profesor Dr. S Nassir Ghaemi. Áreas de interés: Trastornos del Ánimo: Psicopatología, diagnóstico diferencial, mejoría detección en APS, validación de instrumentos de tamizaje.



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 posgrado 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 posgrado 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 posgrado 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. Editor general *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 posgrado 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 posgrado 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 posgrado 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 posgrado 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 DUFÉY DOMÍNGUEZ

Psicóloga, Magíster en Neurociencias (Universidad de Valparaíso), Focusing Oriented Trainer (Focusing Institute, New York), Postítulo en Psioterapia 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

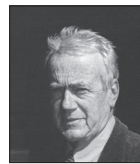
Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

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 posgrado 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 Posgrado 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 drpolivos.googlepages.com

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



GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL

Médica Cirujana. Universidad de Chile. 1979-1985. Especialidad Beca Primaria Ministerial en Psiquiatría de Adultos, Universidad de Chile 1986-1989. Certificado de Especialista otorgado por la Escuela de Posgrado, 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 Posgrado: 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, 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.



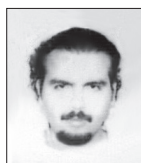
RAÚL RIQUELME VÉJAR

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 Posgrado 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. Magister en Psicología Clínica (Psicología Analítica Jungiana), U. Adolfo Ibáñez. Diplomado en Psicología Jungiana y en Psicología Clínica Humanista-Existencial, Pontificia U. Católica. Formación adicional en psicoanálisis relacional (UNAB), teoría del apego (PUC) y psicoterapia corporal (UCH). Docente de pre y 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
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

131 EDITORIAL

- 131 ¿QUÉ SIRVE PARA QUIÉN? O ¿QUIÉN SIRVE PARA QUÉ?: HACIA UNA PSICOTERAPIA *NEUROBIOLÓGICAMENTE INFORMADA*
Alberto Botto

134 ESCRÍBANOS

- 134 CARTA ABIERTA AL DOCTOR OTTO DÖRR
José Francisco Alcalde Fuenzalida

136 ACADÉMICAS

- 136 11º CONGRESO CHILENO DE PSICOTERAPIA EN REÑACA. CUERPO Y VÍNCULO
- 137 PROGRAMA DE DESARROLLO DE SODEPSI. SEGUNDO SEMESTRE 2011
- 144 II CONGRESO INTERNACIONAL DE LA RED IBEROAMERICANA DE APEGO (RIA). "NUEVAS EVIDENCIAS, MODELOS E INTERVENCIONES EN EL DESARROLLO DEL APEGO A TRAVÉS DEL CICLO VITAL"

148 COMENTARIO DE LIBROS

- 148 SOCIEDAD Y COMPLEJIDAD. DEL DISCURSO AL MODELO
Autor: Manuel Vivanco
Editorial: Lom / Fac. de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Santiago, 2010, 186 pp.
Comentarista: Hernán Villarino
- 151 REPENSANDO LO PSICOSOMÁTICO: DESDE LO CLÍNICO A LO PSICOSOCIAL
Editores: Armando Nader, Cinthia Cassán
Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, 2010, 117 pp.
Comentarista: Patricio Olivos

153 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

159 PRESENTACIÓN DE LIBRO

- 159 LOS PRETEXTOS DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA
Carlos Sciolla

163 COMENTARIO DE ARTÍCULO

- 163 CON UN FILÓSOFO EN EL CONSULTORIO
Jorge Acevedo Guerra

165 ENTREVISTA DE GACETA DE PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

- 165 ENTREVISTA A NELSON COELHO

170 REVISIÓN

- 170 *ENACTMENTS*: UNA PERSPECTIVA RELACIONAL SOBRE VÍNCULO, ACCIÓN E INCONSCIENTE. SEGUNDA PARTE
André Sassenfeld J.

- 183 EMOCIONES BIOLÓGICAS Y SOCIALES
Fernando Maureira y Crystian Sánchez

190 FILOSOFÍA

- 190 ALMA Y AFECTIVIDAD EN ARISTÓTELES
Hernán Villarino

199 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

- 199 DESAFÍOS PARA EL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVA
Fabián Pavez, Sergio Valdivieso

205 SALUD MENTAL

- 205 IMPACTO DE LA ESPIRITUALIDAD EN SALUD MENTAL. UNA PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL EN COLABORACIÓN CON GRUPOS RELIGIOSOS LOCALES
Nicolás Rodríguez del Real

214 INVESTIGACIÓN

- 214 RESULTADOS DE UNA AUDITORÍA DE FICHAS CLÍNICAS DE LOS EGRESOS DEL AÑO 2008 DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ BARAK": LAS EPICRISIS
Rafael Céspedes

221 ANÁLISIS

- 221 REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS EN TORNO AL TERREMOTO
Pablo Santander

227 ENSAYO

- 227 PSIQUE, SOMA E IDENTIDAD FEMENINA
Carmen Gloria Fenieux, Lilian Tuane, Mireya Faivovich

¿QUÉ SIRVE PARA QUIÉN? O ¿QUIÉN SIRVE PARA QUÉ?: HACIA UNA PSICOTERAPIA NEUROBIOLÓGICAMENTE INFORMADA

Alberto Botto

Desde sus inicios la psiquiatría –como rama de la medicina– ha albergado en sus fundamentos una pregunta cuya discusión se mantiene hasta hoy: ¿cuál es el origen de las enfermedades mentales? Es así como gran parte de los avances en psicopatología han surgido en el intento por definir si realmente existe un campo causal que, con propiedad, pueda denominarse *mental*. Hace más de un siglo Sigmund Freud en su *Proyecto de Psicología*¹ se propuso “brindar una psicología de ciencia natural, a saber, presentar procesos psíquicos como estados cuantitativamente comandados de unas partes materiales comprobables, y hacerlo de modo que esos procesos se vuelvan intuibles y exentos de contradicción”. Pero, ¿lo logró? Tal vez la respuesta nos la dé el mismo Freud al referirse a la definición conceptual de la melancolía en el comienzo de un texto ya clásico de 1917²: “La melancolía [...] se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada; y de ellas, algunas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas. [...]. Nuestro material está restringido a un pequeño número de casos cuya naturaleza psicógena era indubitable. Por eso renunciamos de antemano a pretender validez universal para nuestras conclusiones y nos consolamos con esta reflexión: dados nuestros medios presentes de investigación, difícilmente podríamos hallar algo que no fuera típico, si no para una clase íntegra de afecciones, al menos para un grupo más pequeño de ellas”. A partir de esta reflexión podemos avanzar en múltiples caminos; sin embargo sólo tomaremos uno: aquel donde el padre del psicoanálisis renuncia a la validez universal de sus resultados

debido a las restricciones que los medios de investigación de la época le impusieron a su trabajo. Pero, si nos detenemos con más detalle, quizás sea posible pensar que –bajo la mirada actual– Freud no sólo planteaba un problema técnico/tecnológico (es decir, con qué herramientas contaba para investigar) sino también un problema metodológico (es decir, cómo investigar).

El desarrollo del conocimiento neurocientífico ha permitido la exploración de diversas áreas de especial interés para la psicoterapia, tales como la memoria, el aprendizaje y los sustratos biológicos de las emociones, el apego y la intersubjetividad^{3,4}. El estudio de los sistemas emocionales desde una perspectiva integradora entre cerebro, mente y conducta ha dado paso a la elaboración de una *neurociencia afectiva*, a partir de la cual se ha intentado comprender ciertos fenómenos psicopatológicos como la angustia, la depresión, la esquizofrenia o el autismo⁵. Por lo tanto, es posible que a corto plazo sea necesario plantear una psicoterapia *neurobiológicamente informada*⁶ que refleje la naturaleza dinámica de la interacción entre los genes y el ambiente.

El premio Nobel de Medicina y Fisiología 2000 Eric Kandel⁷, en un intento por situar el pensamiento psiquiátrico en el contexto de la biología moderna, ha

¹ Freud S. Proyecto de Psicología. En: Obras Completas. Amorrortu, Buenos Aires, 2001.

² Freud S. Duelo y Melancolía. En: Obras Completas. Amorrortu, Buenos Aires, 2001.

³ Andreasen N. Linking mind and brain in the study of mental illnesses: A project for a scientific psychopathology. *Science*, 1997,275: 1586-1593.

⁴ Fuchs T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Curr Opin Psychiatry*, 2004,17: 479-485.

⁵ Panksepp J. Affective Neuroscience. The foundations of human and animal emotions, Oxford University Press, New York, 1998.

⁶ Gabbard G. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry*, 2000, 177: 117-122.

⁷ Kandel E. A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 457-469.

postulado la necesidad de contar con un nuevo marco conceptual que integre la psicología con las neurociencias reformulando el así llamado *problema mente/cerebro*. Las premisas que sostienen este postulado se resumen en la idea de que todos los procesos mentales derivan de operaciones cerebrales que dependen del patrón de conexiones neuronales determinados por la interacción de los genes con el ambiente. El autor plantea que, dado que la psicoterapia es efectiva y produce cambios conductuales perdurables, es probable que, tal como ocurre con el aprendizaje, ocasione cambios en la expresión génica que modifiquen las conexiones sinápticas y la estructura cerebral. Por lo tanto, si la psicoterapia es conceptualizada como un tipo de aprendizaje entonces es esperable que a través de un efecto neurobiológico sea capaz de modificar la expresión génica y, en consecuencia, las conexiones sinápticas, redes neuronales y estructuras cerebrales.

Los primeros estudios por neuroimágenes que evaluaron los efectos de la psicoterapia fueron desarrollados por Baxter *et al.*⁸ y Schwartz *et al.*⁹ a partir de 1992. Dichos autores demostraron que tanto la psicoterapia (conductual) como la fluoxetina produjeron una disminución del metabolismo de la glucosa en el núcleo caudado derecho en pacientes con diagnóstico de TOC. Desde entonces los estudios se han multiplicado dando paso a la publicación de numerosos textos, la organización de cursos y congresos y, por último, a la creación de una Sociedad de Neuropsicoanálisis, cuya revista homónima se publica desde el año 1999.

Para Kandel¹⁰, en los próximos años, los principales avances provendrán de la identificación (y caracterización en modelos animales) de los genes que hacen a las personas vulnerables a desarrollar diversas enfermedades mentales. Una segunda prioridad será el desarrollo de una nueva neuropatología psiquiátrica, basada en el reconocimiento de moléculas específicas en regiones específicas del cerebro que otorguen una vulnerabilidad para una enfermedad particular. Finalmente, el

desarrollo tecnológico permitirá contar con neuroimágenes cada vez más especializadas y, por lo tanto, capaces de medir en distintos niveles los cambios anatómicos del cerebro de los pacientes antes y después de los tratamientos.

Sin embargo, una de las debilidades del planteamiento de Kandel es que no distingue con claridad a qué se refiere cuando habla de psicoterapia, ni plantea la distinción entre psicoterapia, psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis, combinándolas indistintamente en el desarrollo de sus argumentos. En la actualidad existen más de 250 tipos de psicoterapias descritas, pero son escasas las técnicas que cuentan con un soporte empírico que las avale. A pesar de lo anterior, se sabe que la psicoterapia es efectiva –en algunos casos tanto o más que los tratamientos farmacológicos–, que no existen grandes diferencias entre una técnica y otra y que, además, gran parte de su efectividad se debe a aspectos inespecíficos (es decir, que no son propios de la técnica estudiada) dentro de los cuales el más importante es la alianza terapéutica¹¹. Por lo tanto, en contraposición al modelo médico de la psiquiatría y la psicoterapia –que se focaliza en la especificidad de los tratamientos basada en la formulación de una explicación teórica para un determinado problema, queja o enfermedad–, Wampold propone un modelo contextual que enfatiza los elementos comunes que subyacen a las distintas intervenciones psicoterapéuticas, dentro de las que se cuentan la relación terapeuta/paciente, la creencia –de parte de ambos– en la efectividad de las intervenciones y un encuadre determinado donde se despliegue la intervención.

Un área de investigación que ha llamado la atención en los últimos años es la que han desarrollado Peter Fonagy y colaboradores en torno al concepto de mentalización *et al.* en la práctica psicoterapéutica. La mentalización, es decir, *la capacidad de entender el comportamiento propio y de los demás en términos de estados mentales*, es un logro del desarrollo que se adquiere en el contexto de una relación de apego seguro y determina la forma en que el individuo se relacionará consigo mismo y los otros a lo largo de su vida. Bateman y Fonagy¹² la definen como aquel proceso a través del cual un individuo interpreta implícita y explícitamente

⁸ Baxter L, Schwartz J, Bergman K, Szuba M, Guze B, Mazzotta J, Alazraki A *et al.* Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 681-689.

⁹ Schwartz J, Stoessel P, Baxter L, Martin K, Phelps M. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 109-113.

¹⁰ Kandel E. *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind*, American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2005.

¹¹ Wampold B. *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings [Kindle Edition]*. LEA; 1 edition, 2009.

¹² Allen J, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1 edition, 2008.

sus actos y los de los otros otorgándoles un significado basado en el reconocimiento de estados mentales intencionales, como deseos, creencias, necesidades y emociones. En la actualidad la mentalización se ha transformado en un constructo que atraviesa distintas teorías (cognitivas, interpersonales, psicoanalíticas) y cuya aplicación en la práctica clínica pareciera ser bastante promisorio no sólo respecto a los resultados –por ejemplo, en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (donde ha sido más estudiada)–, sino también debido a la menor complejidad de su entrenamiento en comparación con otras técnicas como la psicoterapia focalizada en la transferencia propuesta por Kernberg *et al.* De esta manera, para los autores, el logro de la mentalización es el factor de cambio común más importante que atraviesa los distintos tipos de psicoterapias por lo que todos los profesionales de la salud mental podrían beneficiarse de su conocimiento y aplicación clínica.

Por lo anteriormente expuesto pareciera haber dos elementos –aparentemente contradictorios– que es importante considerar en relación con la práctica psicoterapéutica: en primer lugar, distinguir qué tipo de intervención es más efectiva para un determinado paciente o cuadro clínico –esto es, planificar una indicación diferencial: *qué sirve para quién*¹³– y, en segundo lugar, la evidencia empírica que apoya un modelo contextual de psicoterapia. Como vimos, no hay duda respecto a la efectividad de la psicoterapia; sin embargo la evidencia apunta a que entre una técnica y otra no habría grandes diferencias, lo que apoya el valor de los factores inespecíficos, como la alianza terapéutica. Pero –dejando de lado la incertidumbre y las dificultades que persisten en relación con la naturaleza y, por lo tanto, la definición de aquello que llamamos alianza terapéutica– ¿es posible plantear la existencia de otros factores a los que pueda atribuirse el cambio en psicoterapia? y, en ese caso, ¿cómo se produce el cambio?

Mucho énfasis se ha puesto en los elementos propios del paciente y también en los de la relación terapéutica, pero ¿qué ha pasado con la persona del terapeuta? Wampold plantea, de acuerdo al modelo de los factores comunes, que, independientemente de la técnica que se utilice, hay terapeutas que son más efectivos que otros¹⁴. De ser así, ¿qué características o conductas determinan a un buen terapeuta? O, dicho de otra manera: *¿quién sirve para qué?* y, además *¿para quién?* Al parecer, una variable que recientemente ha recibido un mayor soporte en la investigación es la capacidad de establecer una relación terapéutica; es decir, que los terapeutas más efectivos son aquellos capaces de establecer mejores alianzas a través de una amplia gama de pacientes y en forma independiente de la capacidad de éstos¹⁵. En ellos se ha visto que las habilidades sociales –como percibir y sintonizar con los estados emocionales del paciente, reconocer los propios sentimientos en el contexto de una relación colaborativa, etc.– parecieran ser determinantes en la efectividad de las intervenciones.

Sin embargo, si nos detenemos y prestamos una mayor atención a las habilidades descritas ¿no se asemejan a lo que más arriba mencionamos bajo el concepto de mentalización? De ser así, ¿es posible correlacionar la capacidad (del terapeuta) de mentalizar con el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica y, por lo tanto, con una mayor efectividad en sus intervenciones? ¿Es entrenable dicha capacidad? Y, finalmente, ¿es posible medirla a través de parámetros psicobiológicos? Estas son algunas de las innumerables preguntas que se plantea hoy la investigación en psicoterapia.

Para finalizar, una pequeña pero iluminadora anécdota: cuenta Bertrand Russell en su estupenda *Autobiografía*¹⁶ que cuando su abuela descubrió su interés por la metafísica le dijo –medio en serio, medio en broma– que toda la cuestión podía resumirse en este dicho: *What is mind? No matter; what is matter? Never Mind.*

¹³ Roth A, Fonagy P. What Works For Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. The Guilford Press; Second Edition edition, 2005.

¹⁴ Wampold B. The basics of psychotherapy. An introduction to theory and practice. American Psychological Association. Washington DC, 2010.

¹⁵ Baldwin S, Wampold B, Imel Z. Untangling the Alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007; 75: 842-852.

¹⁶ Russell B. *Autobiografía*. Editorial Edhasa, Barcelona, 2010.

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



CARTA ABIERTA AL DOCTOR OTTO DÖRR

José Francisco Alcalde Fuenzalida

Estimado Doctor Dörr:

En el verano del 2004 mi ex compañera de curso y actual esposa, me regaló el libro "Psiquiatría Antropológica". Lo terminé de leer en marzo de dicho año. Luego comencé a conseguirme algunos de los libros mencionados en las referencias del primero. Esto coincidió con las excelentes clases del doctor Pablo Verdier, quien dictaba los primeros cursos de psicopatología durante el tercer año de mi carrera. Comenzaba así una pasión que seguramente han experimentado la mayoría de los lectores.

Después de un año y medio de este "intensivo de psicopatología", descubrí la asombrosa similitud entre distintas enfermedades mentales y ciertos estados psíquicos que suelen presentarse en sujetos normales: el discurso disgregado y los neologismos durante los sueños, la angustia ante la potencial muerte de cualquiera de mis seres queridos experimentada antes de dormir, la ira y la falta de empatía ante un mozo que nos vende bife y que a los veinte minutos dice que están agotados, los pensamientos obsesivos bajo un fuerte dolor de cabeza, el pesado cuerpo que sentí cuando supe del grave accidente de una amiga, la fobia a los aviones, la autorreferencia y la paranoia experimentada en pleno vuelo, etc. Parecía entonces que, bajo ciertas circunstancias, uno podía experimentar los síntomas de una determinada enfermedad mental. La hipótesis fue: la mente es un sistema que transita constantemente por distintos

estados. Estos estados pueden ser descritos en base a ciertas variables. Los sujetos que presentan algún tipo de psicopatología, tendrían alguna(s) variable(s) crónicamente acentuadas.

Pero, ¿cuáles serían estas variables? Creo haber pensado y buscado esto en los últimos mil quinientos días. El resultado es mi actual forma de comprender el fenómeno psíquico. En el año 2007 publiqué en esta misma revista un ensayo sobre la depresión entendida desde mi teoría –la Teoría Psíquica–, y dos años después publiqué la teoría completa, con la ayuda de dos amigos matemáticos quienes formalizaron la teoría llevándolas a un conjunto de ecuaciones diferenciales.

El concepto de "estado" se utiliza en la física. Las variables son la base para saber qué antecede y qué sucede a un estado determinado. Por ejemplo, sólo nos basta saber la posición y el *momentum* (que implica masa y velocidad) de una partícula, para determinar por completo su estado. Abarcar el fenómeno psíquico desde esta perspectiva resultaría especialmente útil para las Ciencias de la Salud Mental. Y tampoco sería tan ilógica la analogía si, en definitiva, somos materia y estamos insertos en el espacio-tiempo.

¿Cómo definir las coordenadas o variables básicas en el fenómeno psíquico? Siguiendo con la analogía anterior, esto puede resolverse volviendo a lo más básico. En física, lo fundamental es el espacio, el tiempo y la materia. En el ser humano, lo "atómico" sería lo material, lo vital y lo intelectual-afectivo. Lo material en el hombre es el propio cuerpo y nuestra vivencia del mismo (Corporalidad). Lo vital –o la interacción con el medio– se manifestaría en la apertura y en las normales variaciones de ésta (Aperturidad). Lo intelectual-afectivo constituiría un mismo

concepto¹, que denominamos Significación. Es evidente que estos tres conceptos estarían intrínsecamente relacionados, y por tanto estaríamos en condiciones de aplicar nuestro modelo.

Doctor: Resulta especialmente emocionante ver –o creer ver– que usted ha formulado en esta misma revista una teoría que busca lo mismo que la Teoría Psíquica, a saber, una clasificación realizada desde las causas formales del fenómeno psicopatológico.

Me animo entonces a generar un diálogo entre ambos modelos teóricos, centrándonos en las dos nociones recientemente planteadas por usted:

1. *La esquizofrenia como una "Logopatía"*: desde la Teoría Psíquica, la alteración del pensamiento y del lenguaje serían manifestación de una problema aún más básico: el de la Aperturidad. El paciente con esquizofrenia presentaría menores variaciones en la oscilación de la Aperturidad, por tanto, no llegaría a volcarse

¹ Lo intelectual y lo afectivo conforman un mismo concepto. Concepto implica afecto y afecto implica concepto. Ejemplos de casos extremos: el bebé recién nacido podría sentir una angustia aparentemente "pura". Sin embargo, ésta es consecuencia de alguna relación de su propio cuerpo con el entorno, lo que también es conocimiento –básico–, pero conocimiento al fin y al cabo. En el otro extremo tenemos las ideas más abstractas (las matemáticas), y en ellas también existirían afectos particulares, como aquellos que encuentran su origen en nuestras primeras clases de matemáticas o las que predominan en las aulas de la Facultad de Matemática de alguna universidad.

por completo hacia su entorno (como los sujetos normales). En otras palabras, estaría crónicamente ubicado en el extremo más “esquizoide”² de la Apertura. Esto trae como consecuencia lógica la incapacidad de aprender correctamente el lenguaje (verbal y no verbal). Así mismo, las Significaciones “normales” (que habitan en el Mundo) no podrían ser internalizadas en estos pacientes, y por tanto *significarían* el entorno y su propia corporalidad de manera extraña y única.

2. *Las enfermedades del ánimo y gran parte de los trastornos de ansiedad pueden ser concebidos como “Timopáticas”.* De hecho, en la Teoría Psíquica, se postula que *todos* los trastornos de ansiedad definidos en el DSM-IV y la depresión tienen en común el mismo fenómeno: la Corporalidad Ego-distónica. Desde un análisis fenomenológico, los pacientes depresivos-ansiosos “sentirían” su propio cuerpo

más que lo normal (desde picazón constante hasta dolores de cabeza; desde irritación de la piel hasta incomodidad del propio cuerpo, etc.). En algunos esto vendría sellado desde el nacimiento, lo que se reflejaría en un temperamento más “difícil” (bebés que suelen llorar mucho sin causas médicas aparentes). En otros se adquiriría a partir de un evento complejo de significar (como un maremoto o un duelo importante) o que implique la alteración severa del propio cuerpo o del de un ser cercano. Por último, puede presentarse también durante la abstinencia de alcohol o drogas. En general, el hecho de sentir el propio cuerpo más que lo normal nos llevaría a quedarnos en un estado intermedio de Aperturidad, porque no podríamos conciliar plenamente el sueño, y tampoco podríamos hacer una vida normal y distendida de relación con otros. Este estado intermedio –denominado “estado

depresivo”– nos dificultaría la capacidad para significar los hechos desde nosotros mismos (lo que suele darse bajo estados esquizoides) o desde los demás en el Mundo (lo que se da bajo estados cicloides o de *volcamiento* externo).

Doctor Dörr: Encuentro muy significativo utilizar la revista GPU como plataforma para comenzar un diálogo. Aquí han sido expuestas sus ideas y las mías. Creo que coincidimos tanto en el método –el fenomenológico– como en el norte –formular una clasificación de la psicopatología justificada desde las causas formales del fenómeno–. Por último, creo que serían varios los lectores de esta revista que estarían interesados en contribuir a la construcción de este nuevo modelo teórico.

Cordialmente,

José Francisco Alcalde Fuenzalida

² En sujetos normales el estado “esquizoide” corresponde a aquel que se da durante el sueño. En el otro extremo de la variable “Aperturidad” está el estado cicloide, propio de sujetos normales que interactúan con otros fluidamente.

11º CONGRESO CHILENO DE PSICOTERAPIA EN REÑACA

CUERPO Y VÍNCULO

CONFERENCE TOWN DE REÑACA
(25 al 28 de agosto de 2011)

Estimadas y estimados colegas:

El Grupo de Trabajo de Psicoterapia de SONEPSYN y el capítulo chileno de la SPR (Society for Psychotherapy Research) lo invitan a participar en el **11º Congreso Chileno de Psicoterapia y 10º Encuentro Chileno de Investigación en Psicoterapia** en el Conference Town de Reñaca del 25 al 28 de agosto de 2011.

En esta oportunidad contaremos con la participación de destacados profesionales internacionales invitados: la psicoanalista intersubjetiva Shelley Doctors (EE.UU.), el psicoterapeuta corporal Maurizio Stupiggia (Italia) y el sociólogo de la corporalidad David Le Breton (Francia). Por otro lado, como es habitual, contaremos además con reconocidos psicoterapeutas e investigadores chilenos y latinoamericanos en conferencias, diálogos, talleres experienciales y talleres de formación.

La investigación en psicoterapia también tendrá un lugar principal a través de conferencias y talleres con los profesionales nacionales e internacionales invitados y, asimismo, a través de los trabajos libres que ustedes podrán presentar en paneles, posters y ponencias. Para enviar sus propuestas y trabajos es necesario contactarse con nosotros por medio del correo electrónico trabajoslibresposters@congresorenaca.cl

No menos importantes serán las actividades sociales que todos los años han formado parte del congreso, incluyendo las performances, en las cuales tendrán la posibilidad por una noche de participar de los talleres de flamenco, salsa y escuela de Rock, y la cena y baile de gala, donde podrán ser el personaje que escojan dentro de la temática "Héroes y heroínas".

De esto, y mucho más, podrán participar en el congreso, de modo que ponganlo en sus agendas y prepárense para formar parte de las actividades en la forma en la que más les acomode.

Pueden encontrar más informaciones en www.congresorenaca.cl y consultar dudas en info@congresorenaca.cl

Las inscripciones pueden realizarse escribiendo a inscripciones@congresorenaca.cl

Los saluda cordialmente el Comité Organizador:

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



PROGRAMA DE DESARROLLO DE SODEPSI SEGUNDO SEMESTRE 2011

El Directorio de SODEPSI ha decidido proponer a los socios y otros interesados un formato para la realización de actividades breves, como Cursos, Seminarios, Grupos de Lectura Dirigida y Talleres, al que hemos llamado “Programa de Desarrollo de SODEPSI” (PDS) y que será certificado por nuestra corporación. La idea es ofrecer un amplio menú de actividades. En los Cursos Breves se imparten clases sobre temas específicos; en los Talleres se aprenden destrezas prácticas; en los Grupos de Lectura se hace exégesis y se debate en grupo y en directo un texto o un autor; en los Seminarios se estudia un tema sobre la base de numerosos textos. Con excepción de los Cursos y Talleres, en las demás modalidades los alumnos exponen el temario sobre la base de la selección de textos realizada por el Coordinador, lo que es discutido posteriormente por todo el grupo

Introducción al psicoanálisis Lacaniano

Una aproximación a partir del Seminario 11 de Lacan

Introducción:

Realizar un seminario introductorio a Lacan no es una tarea fácil, el introducirse a su obra y su estilo implica chocar de frente con un texto elusivo, provocador y complejo. Llegar a él mediante textos introductorios de terceros puede conllevar el riesgo de no llegar a introducirse en la lectura de Lacan o de sus seminarios, sino que quedarse en el tecnicismo de un par de conceptos sin embarcarse en la experiencia psicoanalítica lacaniana. Debido a lo anterior se ha decidido iniciar el trabajo introductorio directamente a partir de la lectura de algunos capítulos de uno de los seminarios de Lacan, donde podemos situar el inicio de la elaboración propiamente lacaniana: se trata del seminario 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis.

Cupo	Mínimo 5 personas - Máximo 10 personas
Duración	10 reuniones quincenales de dos horas de duración
Horario	Sábado de 10:30 a 12:30 hrs.
Inicio	Sábado 20 de Agosto de 2011
Arancel	\$ 185.000.- (en 4 cuotas, 30,60,90 y 120 días)
Local	Av. 11 de Septiembre 181, Of. 204, segundo piso -Metro Pedro de Valdivia
Dirigido a	Psiquiatras, Becados de Psiquiatría, Psicólogos Clínicos, Profesionales que trabajen en el ámbito de la Salud Mental que deseen introducirse en el pensamiento de Jacques Lacan.

Coordinadora:**Ps. Macarena Quiñones**

Psicóloga clínica acreditada, Magister en psicología clínica mención en psicoanálisis, UDP. Psicóloga Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador, Unidad de Trastornos de Personalidad. Miembro asociado del Centro de Estudios Investigación en Psicoanálisis Lacaniano (CEIP)

Programa:

Reunión	Tema
1ra.	Introducción, entrega de material y organización de las presentaciones
2da.	Cap. I.- Excomuniación Cap. II.-El inconciente Freudiano y el nuestro
3ra.	Cap. III.- Del sujeto de la certeza Cap. IV.- De la red de significantes
4ta.	Cap. V.- Tyche y Automaton Cap. X.- Presencia del analista
5ta.	Cap. XI.- Análisis y verdad o el cierre del inconciente Cap. XII.- Sexualidad en los desfiladeros del significante
6ta.	Cap. XIII.- Desmontaje de la pulsión Cap. XIV.- La pulsión parcial y su circuito
7ma.	Cap. XV.- Del amor a la líbido Cap. XVI.- El sujeto y el otro: la alienación
8ava.	Cap. XVII.- El sujeto y el otro (II): afanisis Cap. XVIII.- El sujeto al que se supone saber, de la primera diada y del bien
9na	Cap. XIX.- De la interpretación a la transferencia Cap. XX.- En ti más que tú
10ma.	Síntesis y Conclusiones

Filosofía y Psicología en la Antropología de Karl Jaspers

Introducción:

Aunque las ideas psicológicas de Jaspers son citadas en el ámbito de la psiquiatría, el conjunto de su reflexión filosófica, donde cobran su pleno sentido, no es bien conocida. Sus conceptos filosóficos, sin embargo, constituyen el armazón implícito de la Psicopatología General, en virtud de los cuales se abre el conocer psicológico, al tiempo que se le ponen límites. El objeto de este seminario es explorar la concepción antropológica de Jaspers, poniéndola en relación con autores del pasado y del presente. Al mismo tiempo, se pretende mostrar, a partir de este ejemplo concreto, la forma en que pueden articularse la filosofía con la psiquiatría, y las posibilidades para esta relación en la actualidad.

Cupo	Mínimo 5 personas - Máximo 10 personas
Duración	10 reuniones semanales de dos horas de duración
Horario	Viernes 18:30 a 20:30 hrs.
Inicio	Viernes 19 de Agosto de 2011
Arancel	\$ 185.000.- (en 4 cuotas, 30,60,90 y 120 días)
Local	Av. 11 de Septiembre 181, Of. 204, segundo piso -Metro Pedro de Valdivia
Dirigido a	Psiquiatras, Becados de Psiquiatría, Psicólogos Clínicos, Profesionales que trabajen en el ámbito de la Salud Mental

Coordinador:

Dr. Hernán Villarino

Médico-Psiquiatra (Universidad Complutense de Madrid). Magister en Filosofía (UAH). Master en Bioética (Instituto 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).

Programa:

Reunión	Tema
1ra.	Introducción a cargo del coordinador. El tratamiento de los temas existenciales en la filosofía antigua y en la escolástica. Concepto del ser. Concepto del alma. Concepto de persona. El tratamiento de los temas existenciales a partir de Descartes. La res cogitans. El sujeto trascendental kantiano. La reacción "existencial". Kierkegaard. Heidegger. Marcel. Jaspers
2da.	LO QUE ESTA DADO Y LO ELEGIDO EN LA EXISTENCIA Cuerpo. Carácter. Situación social. El yo mismo
3ra.	EL ADVENIR DEL SÍ MISMO La comunicación empírica y existencial. La verdad. Historicidad. Voluntad
4ta.	LO COGNOSCIBLE DEL HOMBRE POR MEDIO DE LA CIENCIA Naturaleza. Teorías naturales. Leyes naturales. Sinfinito e infinitud
5ta.	LOS COGNOSCIBLE DEL HOMBRE POR MEDIO DEL SABER HISTORICO ¿Qué es la historia?. El esquema jaspersiano de la historia. La era de la técnica y sus consecuencias existenciales
6ta.	LO COGNOSCIBLE DEL HOMBRE POR MEDIO DE LA PSICOLOGIA La propuesta metódica de la psicopatología general. Lo comprensible. Lo explicable. Conciencia. Inconsciencia
7ma.	SITUACION Y SITUACIONES LIMITE El concepto de situación versus el de reacción. Las situaciones límite. El sufrimiento La muerte. La lucha. La culpa. El acaso. El límite, incondicionalidad y absoluto
8ava.	EXISTENCIA Y FE La fe religiosa. La fe filosófica: La operación filosófica fundamental. Los modos del envolvente. Ontología y perijontología. Los contenidos de la fe filosófica. El porqué de la fe filosófica. El diálogo y la lucha entre la filosofía y la religión
9na	LAS CIFRAS La circularidad de la pregunta por la trascendencia: Símbolos. Mitos: La Filosofía como reflexión sobre mitos y símbolos, Las cifras jaspersianas
10ma.	Conclusiones

Introducción al Focusing en psicología experiencial

Introducción:

La Psicología Experiencial entiende la experiencia humana desde una perspectiva dinámica-procesal, la cual enfatiza el nuestro continuo ir viviendo y encarnando situaciones. La diversidad de experiencias vividas van siendo registradas en el aspecto más concreto y primordial del ser: el cuerpo, el cual es una fuente novedosa e inagotable de significados referidos a las diferentes situaciones vividas. El focusing o focalización experiencial es un proceso que se da naturalmente en las personas al atender a esta dimensión sentida de la experiencia y que también puede ser entrenable, lo cual puede ser de enorme utilidad tanto para abrir nuevos registros en la comprensión de la propia vida, como para el trabajo clínico. En efecto, cualquier proceso terapéutico o técnica puede ser trabajada experiencialmente: interpretaciones, confrontación, silla vacía, imagerías y dibujos, entre otras, facilitando la profundización en la experiencia sentida y los significados implicados en cada experiencia. El taller, de carácter esencialmente práctico y aplicado, tiene como objetivo conocer y entrenar la técnica de la focalización experiencial en coherencia con los principios teóricos que guían el Paradigma Experiencial en Psicología, para lo cual se utiliza bibliografía seleccionada que permitirá la discusión conceptual de los procesos vivenciados

Cupo	Mínimo 5 personas - Máximo 10 personas
Duración	10 reuniones semanales de dos horas de duración
Horario	Martes 18:00 a 20:00 hrs
Inicio	Martes 16 de Agosto de 2011
Arancel	\$ 185.000.- (en 4 cuotas, 30,60,90 y 120 días)
Local	Av. 11 de Septiembre 181, Of. 204, segundo piso -Metro Pedro de Valdivia
Dirigido a	Psiquiatras, Becados de Psiquiatría, Psicólogos Clínicos, Profesionales que trabajen en el ámbito de la Salud Mental

Coordinadora:

Ps. Michele Dufey

Psicóloga, Magíster en Neurociencias (Universidad de Valparaíso), Focusing Oriented Trainer (Focusing Institute, New York), Postítulo en Psicoterapia Experiencial (Universidad de Chile). Psicoterapeuta con orientación Experiencial. Académico 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.

Programa:

Reunión	Tema
1ra.	La sensación sentida y sus cualidades. Los símbolos explícitos y los significados implícitos
2da.	La escucha empática. Facilidades e interferencias para escuchar.
3ra.	La conversación empática. Tipos de respuestas empática
4ta. y 5ta.	El acompañamiento experiencial. Los pasos del proceso experiencial
6ta. y 7ma.	El acompañamiento experiencial y la ley de reconstitución experiencial
8ava.	El lenguaje corporal (hablar al cuerpo)
9na	La autoempatía desde el modelo de Robert Lee
10ma.	Autoevaluación, sistematización y cierre

SEMINARIO

La Fenomenología Clínica

Introducción:

La fenomenología es una disciplina filosófica que ilustró a la psiquiatría de la primera mitad del siglo XX y que permitió el desarrollo de la psicopatología que perdura hasta hoy. El objetivo de este seminario es introducir al alumno a textos de los autores originales, tanto filósofos como psicopatólogos, y discutir su relevancia e importancia para el trabajo clínico en la actualidad.

Cupo	Mínimo 5 personas - Máximo 10 personas
Duración	10 reuniones semanales de dos horas de duración
Horario	Miércoles 18:00 a 20:00 hrs
Inicio	Miércoles 17 de Agosto de 2011
Arancel	\$ 185.000.- (en 4 cuotas, 30,60,90 y 120 días)
Local	Av. 11 de Septiembre 181, Of. 204, segundo piso -Metro Pedro de Valdivia
Dirigido a	Psiquiatras, Becados de Psiquiatría, Psicólogos Clínicos, Profesionales que trabajen en el ámbito de la Salud Mental

Coordinador:

Dr. César Ojeda

Se formó como psiquiatra en la Universidad de Chile. Paralelamente a su actividad como psiquiatra, cursó estudios de Filosofía en la Pontificia Universidad Católica de Chile. 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, Subdirector y Director de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría y Presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Actualmente es Director Académico de la Revista "Gaceta de Psiquiatría Universitaria: Temas y Controversias", Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Socio Fundador y Presidente de la Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría (Sodepsi). 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.

Programa:

Reunión	Tema
1ra.	Introducción, entrega de material y organización de las presentaciones
2da.	HUSSERL 1: " FENOMENOLOGIA": ENCICLOPEDIA BRITANICA" (hasta la página 50)
3ra.	HUSSERL 2: "LA OBTENCION DE LAS GENERALIDADES PURAS POR EL METODO DE LA CONTEMPLACION DE LA ESENCIA" (hasta la página 385)
4ta.	HEIDEGGER 1: EL MÉTODO FENOMENOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN (<i>Ser y tiempo</i> , 1927)
5ta.	HEIDEGGER 2: CARACTER METÓDICO DE LA ONTOLOGÍA (<i>Problemas Fundamentales de la Fenomenología</i> , 1927)
6ta.	Jaspers: la corriente investigación fenomenológica en psiquiatría (<i>escritos psicopatológicos</i> , 1963)
7ma.	A. Roa: el método de investigación clínico-fenomenológico en psiquiatría (<i>enfermedades mentales</i> , 1980)
8ava.	H. Ellenberger: introducción clínica a la fenomenología psiquiátrica y el análisis existencial (<i>existencia</i> , 1967)
9na	Binswanger: sobre fenomenología (<i>artículos y conferencias escogidas</i> , 1961)
10ma.	Síntesis y conclusiones

El Burnout de los profesionales de la Salud Mental

Introducción:

Fundamentos: cada vez más nos encontramos con la necesidad de concientizar que la profesión de psiquiatras y/o psicólogos es, en muchos aspectos, insalubre para quienes la ejercitan. Al agobio que representan las cargas horarias, se le suman el contacto permanente con problemas muy graves de l@s pacientes, problemas de remuneración, entre otros, sin que existan espacios para compartir entre terapeutas los efectos de su trabajo en sus propias personas. Este taller tiene como objetivos, por un lado, abrir un espacio de reflexión sobre las múltiples situaciones clínicas que afectan a los profesionales de la salud mental, en sus vidas personales, su salud física y mental y su posibilidad de disfrutar de la profesión que eligieron, y por otro, entregar algunas herramientas de autocuidado. La metodología incluye role-playings, encuestas y ejercicios autoaplicados.

Cupo	Mínimo 5 personas - Máximo 10 personas
Duración	10 reuniones semanales de dos horas de duración
Horario	Lunes 18:00 a 20:00 hrs
Inicio	Lunes 22 de Agosto de 2011
Arancel	\$ 185.000.- (en 4 cuotas, 30,60,90 y 120 días)
Local	Av. 11 de Septiembre 181, Of. 204, segundo piso -Metro Pedro de Valdivia
Dirigido a	Psiquiatras, Becados de Psiquiatría, Psicólogos Clínicos, Profesionales que trabajen en el ámbito de la Salud Mental

Coordinadora:

Ps. Ana María Daskal.

Psicóloga clínica egresada de la Universidad de Buenos Aires. Psicoterapeuta de adultos, parejas y familias. Profesora del Magíster de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Chile. Supervisora en el Magíster de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Chile. Fue Profesora de Pre-grado, postítulo y de Doctorado en diferentes Universidades de Argentina y de Chile. Supervisora del trabajo clínico de diversas instituciones en ambos países, entre otras: Colmena Golden Cross, Instituto Chileno de Terapia Familiar, Instituto Neuropsiquiátrico de Chile. Es autora de libros y de numerosos artículos sobre su especialidad.

Programa:

Reunión	Tema
1ra.	Nosotr@s cuidamos de otr@s, pero ¿quién cuida de nosotr@s
2da.	Expectativas iniciales respecto del rol profesional
3ra.	Relación entre la elección vocacional y la biografía de cada un@
4ta.	Los estilos personales del ejercicio profesional
5ta.	El uso del espacio-tiempo propio
6ta.	La relación con las instituciones. Detección de situaciones clínicas tóxicas para el interventor
7ma.	Detección de situaciones clínicas tóxicas para el interventor
8ava.	Sintomas de burnout
9na	Posibilidades de autocuidado
10ma.	Síntesis y cierre

Psicopatología plasmada en el cine

Introducción:

El cine, como tal, es una de las artes históricas más reveladoras que disponemos, una visión profunda de la *psique* de cada generación, el espejo en el que se ven proyectados los sueños, las mentalidades, los mitos y las pesadillas de las sociedades. El tema de la locura ha estado presente en el cine desde sus orígenes. Aunque no constituye un género por sí mismo, comparable al *western*, la comedia musical, etc. existen un gran número de películas cuyas tramas están relacionadas con las distintas modalidades de afecciones psiquiátricas. De todos los trastornos que recoge el DSM-IV-TR, son muy pocos los que no han tenido aún reflejo en la gran pantalla. Ciertamente, el cine se ha sentido fascinado con la locura y sus manifestaciones; directores y guionistas han encontrado en los trastornos psiquiátricos: la histeria, la obsesión, las fobias, la perversión, la esquizofrenia etc., puestas en imágenes del más variado tipo a lo largo de la historia del cine [Vera Poseck, 2006].

Es así también, como diversos autores del mundo de la psiquiatría, psicología y ciencias humanistas, se han visto atraídos por el séptimo arte y han analizado cómo a través de las imágenes y tramas cinematográficas se representan diversos personajes y sus aspectos psicopatológicos inequívocamente: "Psychiatry and the Cinema" de Glen O. Gabbard; "Psychoanalysis and Cinema" de [E. Ann Kaplan](#) ; "Movies and Mental Illness: Using Films to Understand Psychopathology" de [Danny Wedding](#).

Cupo	Mínimo 5 personas - Máximo 10 personas
Duración	10 reuniones semanales de dos horas de duración
Horario	Viernes 16:00 a 18:00 hrs
Inicio	Viernes 02 de Septiembre de 2011
Arancel	\$ 185.000.- (en 4 cuotas, 30,60,90 y 120 días)
Local	Av. 11 de Septiembre 181, Of. 204, segundo piso -Metro Pedro de Valdivia
Dirigido a	Psiquiatras, Becados de Psiquiatría, Psicólogos Clínicos, Profesionales que trabajen en el ámbito de la Salud Mental

Coordinadora:

Dra. GERALY CARRASCO BARRA

Médico Cirujano Universidad de Concepción, Residente Psiquiatría Adultos Instituto Psiquiátrico. Diplomados Sodepsi 2010 y 2011 (en curso). Diploma de Postítulo "Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria" U. de Chile; 2006. Curso de postgrado "Neurociencias y psicofarmacología desde una perspectiva básico-clínica"; U. de Chile, 2007.

Programa:

Reunión	Tema
1ra.	"AMERICAN SPLENDOR" (2003) = TRASTORNO DEPRESIVO
2da.	"THE TALENTED MR. RIPLEY" = T. DE PD. ANTISOCIAL
3ra.	"CONSPIRACY THEORY" (1997) =T. DE PD. PARANOIDE
4ta.	"THE MAN WHO WASN'T THERE" (2001) =T. DE PD. ESQUIZOIDE
5ta.	"FATAL ATTRACTION" (1987) = T. DE PD. BORDERLINE
6ta.	"AMERICAN BEAUTY" (1999)= T. DE PD. HISTRIONICO
7ma.	"ROGER DODGER" (2002)= T. DE PD. NARCISISTA
8ava.	"FINDING FORRESTER" (2000) =T. DE PD. EVITATIVO
9na	"BOX OF MOONLIGHT" (1996) =T. DE PD. OBSESIVO COMPULSIVE
10ma.	"WHITE OLEANDER" (2002) =T. DE PD. DEPENDIENTE.

Por primera vez se reúnen en Chile destacados exponentes de la Teoría del Apego en el

II Congreso Internacional de la Red Iberoamericana de Apego (RIA)

*“Nuevas Evidencias, Modelos e Intervenciones
en el Desarrollo del Apego a través del Ciclo Vital”*

Santiago de Chile, 9 al 14 de enero 2012

Universidad del Desarrollo, Santiago

El II Congreso Internacional de la RIA busca impulsar la formación y divulgación del conocimiento generado por importantes grupos de investigación en Iberoamérica, sobre las nuevas evidencias e intervenciones basadas en el desarrollo del apego desde la infancia hasta la adultez, y su impacto en el ámbito psicosocial, educacional y de la salud mental.

Los participantes conocerán intervenciones integrales de protección a la infancia que se desarrollan en otros países y se derivan de la investigación aplicada. Así mismo, accederán a las actualizaciones teóricas, investigaciones e intervenciones destinadas a:

- Prevenir psicopatología.
- Fomentar el desarrollo socioemocional en el niño.
- Generar políticas públicas para el fomento de la seguridad del apego
- Intervenir en grupos de alto riesgo.

Esta actividad está patrocinada por la **Red Iberoamericana de Apego (RIA)**, organización sin fines de lucro orientada a promover y potenciar la investigación y la colaboración científica en el estudio del desarrollo del apego a lo largo del ciclo vital desde una perspectiva multidisciplinaria.

Público objetivo

El Congreso convoca a investigadores, profesionales y estudiantes tanto de Chile como de Latinoamérica, del ámbito de la Psicología, Psiquiatría, Educación y áreas afines de la salud, interesados en conocer las nuevas evidencias, modelos e intervenciones basadas en el apego.

Invitados Internacionales destacados

- **Dr. Alan Sroufe, Ph.D.** Una de las figuras de mayor influencia en la Teoría del Apego y referencia mundial en las áreas de la Psicopatología del Desarrollo y de los estudios sobre el Desarrollo Socioemocional del niño. Ha publicado 7 libros y cerca de 140 artículos sobre estos temas. Es profesor Emérito de Psicología Infantil del Institute of Child Development de la Universidad de Minnesota.

- **Dr. Charles H. Zeanah, M.D.**, Profesor Sellars Polchow de Psiquiatría y vicedirector de Psiquiatría del Niño y Adolescente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tulane, en Nueva Orleans. Es considerado uno de los principales impulsores y creadores de la Salud Mental del Bebé, y actualmente es el principal investigador sobre los efectos de la privación e institucionalización temprana, en el desarrollo del apego y la psicopatología.
- **Dra. Karlen Lyons-Ruth**. Ph.D en Psicología del Desarrollo en la Universidad de Harvard. Realizó sus estudios posdoctorales en el Departamento de Psiquiatría Infantil de la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston. Es considerada actualmente una de las principales expertas mundiales en la relación entre apego y psicopatología, con más de 70 artículos y capítulos publicados.
- **Dra. Elizabeth Carlson**. Profesora adjunta e investigadora asociada del Institute of Child Development, Universidad de Minnesota. Co-directora del Programa de Salud Mental en la Infancia Temprana del mismo instituto. Considerada como referente principal en el uso de la Situación Extraña para la evaluación del apego infantil y es experta mundial en el estudio del Apego Desorganizado.
- **Dra. June Sroufe**. Reconocida terapeuta con más de 30 años de experiencia clínica. Obtuvo su PhD en Psicología en la Universidad de Minnesota. Actualmente es una de las principales certificadoras y expertas en la Entrevista de Apego de Adultos (AAI). Ha publicado numerosos artículos sobre apego y relaciones familiares.
- **Dr. Germán Posada**. Profesor asociado de Estudios del Desarrollo de la Universidad de Purdue. Ph.D de la State University de New York. Experto mundial en la metodología Q-Sort para la evaluación del apego, y es considerado el investigador de mayor renombre en Latinoamérica, a través de sus estudios de diferencias culturales en el apego.

También participarán 15 investigadores y especialistas en Apego de Argentina, Colombia, España, México, Panamá, Perú, Uruguay y Chile.

Agenda del Congreso

Talleres Pre-Congreso, 9 y 10 de enero, 2012

- Evaluación del Apego a través de la Situación Extraña. **Dr. L. Alan Sroufe.**
- Evaluación del Apego Desorganizado. **Dra. Elizabeth Carlson.**
- Procedimiento Observacional para la evaluación del Apego en la infancia temprana y edad preescolar: Q-Sort. **Dr. Germán Posada.**
- Entrevista de Apego Adulto (AAI). **Dra. June Sroufe y Dra. Sonia Goffman.**

Congreso, 12 al 14 de enero, 2012

Líneas Temáticas

- Metodologías de Evaluación y Modelos de Intervención basadas en el Apego a través del ciclo vital.
- Investigación básica y aplicada en el desarrollo del Apego.
- Trayectorias desviadas en el Apego.
- Políticas públicas centradas en el fomento del Apego Seguro.

Presentación de Póster- Inscripciones abiertas

Normas y Plazos

1. Los trabajos pueden incluir temas teóricos, empíricos y/o de intervención sobre la Teoría del Apego, a través del ciclo vital (infancia temprana, edad preescolar, edad escolar, adolescencia y adultez).
2. De preferencia, deben tratar temas relacionados con la aplicación de la Teoría del Apego en los niveles anteriormente mencionados.
3. Cada propuesta debe incluir obligatoriamente la siguiente información:
 - a. Título del póster o cartel.
 - b. Autores: las personas que figuren como autores deben asumir la responsabilidad del contenido intelectual del trabajo.
 - c. Consignar un autor de correspondencia, incluyendo su dirección postal y electrónica (e-mail).
 - d. Afiliación: se debe indicar el nombre de la institución a la que pertenecen el o los autores.
 - e. Un resumen del trabajo presentado con un máximo de 250 palabras.
 - f. Breve CV del autor principal o del autor de correspondencia.
4. La propuesta debe ser enviada al correo electrónico: lascanio@udd.cl, Asunto: **Poster Congreso RIA**, y adjunta la propuesta en un documento Word, utilizando letra Time New Roman, tamaño 12.
5. La fecha límite para la recepción de los trabajos es el **15 de septiembre 2011**.
6. La aceptación/rechazo de los trabajos se dará a conocer el día **15 de noviembre 2011**.
7. Los autores de trabajos aceptados recibirán la normativa oficial para confección de póster o cartel.

Le recordamos que debe estar inscrito en el Congreso para la presentación de trabajos.

Comité Organizador

Director del Congreso

Ps. Felipe Lecannelier Acevedo

Presidente de la Red Iberoamericana de Apego (RIA)

Director del Centro de Estudios Evolutivos e Intervención en el Niño (Ceein-UDD)

Coordinadoras Generales

Ps. Lorena Ascanio Moreno

Ps. Leila Jorquera Soto

Comité Científico

Dr. Alan L. Sroufe, EE.UU.

Ps. José Causadillas, Panamá

Ps. Cristian Christian Herreman, México

Para registrarte y recibir información acerca del Congreso

E-mail: congresoria@udd.cl.

Fonos (56-2) 327 9426 / (56-2) 327 9278 / (56-2) 327 9170

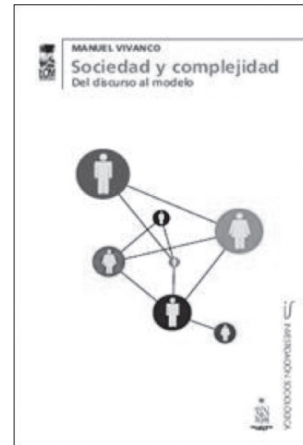
Fax: (56-2) 327 9281

SOCIEDAD Y COMPLEJIDAD. DEL DISCURSO AL MODELO

Autor: Manuel Vivanco

Editorial: Lom / Fac. de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Santiago, 2010, 186 pp.

(Rev GPU 2011; 7; 2: 148-150)



Hernán Villarino

El autor es Doctor en Sociología, Profesor de Análisis Estadístico de la U. de Chile y miembro del Instituto Chileno de Filosofía y Ciencias de la Complejidad, que dirige el Prof. Pablo Razeto. Conceptualmente, su texto se divide en dos partes. En una se exponen las definiciones, orígenes, características, principios generales e historia de la ciencia de la complejidad (recuérdese que dos de los más destacados representantes de esta corriente, Maturana y Varela, son chilenos). En la otra, habla de la forma en que esta disciplina se ha empleado en las ciencias sociales. La parte general de la investigación brinda un compendio breve pero inteligible de una disciplina de la que se habla mucho, pero que en general es poco conocida, y a veces, además, comprendida de un modo aleatorio por la extrañeza, singularidad y exotismo de sus términos. Esta porción de la obra sirve, a nuestro juicio, para introducirse con bastante precisión en la problemática de la complejidad, dejando por delante un campo abierto, despejado y en orden, a partir de lo cual se puede seguir, trocha a trocha, profundizando. A pesar de lo árido del asunto, el autor salpimenta su exposición con abundantes agudezas, de modo que en conjunto su lectura es fácil y grata, y el texto, a la postre, resulta altamente enjundioso y muy recomendable.

La ciencia de la complejidad, a juicio del autor, constituye una nueva *episteme* (en el sentido tradicional del término *episteme*, no en el actual de estirpe foucaultiana, como Vivanco se encarga de remarcar). Esta nueva *episteme* no ha sido construida con un fin

consciente sino que ha surgido necesaria e imprevistamente a partir de ciertos descubrimientos de la ciencia que le precedió y que hizo posible su aparición, tales como las geometrías no euclidianas, la matemática de la información, la cibernética, la teoría general de sistemas, la inteligencia artificial, la geometría fractal, la tetradimensionalidad del espacio-tiempo, el teorema de incompletitud de Gödel, etc. La nueva *episteme*, agrega el autor, está constituida, a la sazón, por una amplia gama de enfoques, invenciones, perspectivas y descubrimientos, convergentes dentro de su multiplicidad pero no unificados, o por lo menos no unificados todavía. A nuestro entender, si bien la unificación puede ser una legítima esperanza, como también lo fue en la antigua *episteme*, una esperanza no garantiza ningún suceso real.

Todas aquellas disciplinas emergentes, enunciadas más atrás, tenían en común, a juicio de Vivanco, el constituir un reto para el entendimiento humano, porque superaban la posibilidad de comprensión de lo real a partir del tradicional modelo reduccionista y analítico empleado en la *episteme* tradicional. Ocurre, sin embargo, que lo contradictorio, lo borroso, lo impredecible, etc., son también parte de la realidad, aunque, a su juicio, esto no era ni bien percibido ni fácilmente aceptado por la antigua *episteme*. En cambio, respetar la complejidad fenoménica, como hace la ciencia compleja, supone articular el todo y la parte; lo uno y lo múltiple; el orden y el desorden, el objeto y el entorno; la entropía y la neguentropía; lo continuo y lo

discontinuo; lo determinado y lo aleatorio; lo abstracto y lo concreto; el ego y el alter; lo preciso y lo impreciso; lo complementario y lo antagonico, etc.

Éstas y otras ideas son tratadas o aludidas con claridad y concisión en el texto; claro que aquí, como se comprende fácilmente, hemos de renunciar a exponerlas con detalle. Quisiéramos, más bien, centrarnos en algunos de los problemas filosóficos que han surgido a raíz de esta nueva *episteme*, y que Vivanco trata sucintamente ya sea de modo directo o indirecto. Pero, sobre todo, quisiéramos explorar, en el sueño y la vigilia, cuáles son los eventuales límites de su uso en la psiquiatría.

En primer lugar, ¿constituye la nueva ciencia de la complejidad una revolución científica? El concepto de revolución científica, dice el autor, es dependiente del concepto de paradigma, término que tiene 39 sentidos distintos ya en el famoso texto de Kuhn donde fue acuñado, sin contar todos los que le añadió la discusión posterior. La desprestigiada y artificiosa palabra “revolución” se desgastó primero en el ámbito social; por fortuna, parece haber caído en desuso también en el de la ciencia. Por lo demás, las nociones de Kuhn, dice el autor, “difícilmente se aplican a una comunidad de practicantes científicos, que teniendo más coincidencias que diferencias, no acumulan hacia un horizonte único de sentido ni promueven un canon común único”.

En segundo lugar, es inevitable preguntarse si la ciencia de la complejidad debe entenderse como una o como múltiple. Vale decir, la complejidad que se observa en el universo, ¿responde a un patrón homogéneo, de modo que sería posible construir un modelo formal universal que dé cuenta de ella? ¿O es específica de cada sector de la realidad, y debe ser entendida localmente, con herramientas locales? En este último caso, entender la complejidad genética no serviría para entender la social ni la del cerebro, por ejemplo. Ahora bien, la pregunta que subyace aquí, y que en el ámbito de la ciencia compleja divide a los que el autor denomina particularistas (que tienen algo de nominalistas) de los universalistas, es la misma que ya se formulaba con la antigua *episteme*, que Jaspers enunciaba de esta manera: ¿es posible obtener una imagen científica total del mundo, o sólo es posible conocer perspectivas dentro de él? ¿Puede el mundo ser deducido a partir de un principio lógico o científico, o sólo podemos tener imágenes parciales, nunca totalizadas ni totalizables? Tanto en la antigua como en la actual *episteme* se suscita, y está necesitada de respuesta, la siguiente idéntica pregunta: ¿es la ciencia el camino para obtener una imagen de la totalidad del mundo, o del mundo como totalidad?

Otro aspecto que divide filosóficamente a los cultores de la ciencia compleja, como en su día enfrentó

también a los de la antigua *episteme*, es el lugar donde radica la complejidad. Para algunos, que podríamos denominar realistas, la complejidad es fenoménica, es decir, empírica, está concretamente en la realidad, de modo que la descripción de lo complejo por la ciencia compleja es la aprehensión y descripción de lo real. Para otros, que responderían mejor al mote de idealistas, lo complejo es un producto lógico, por ende está más bien en nuestra mente que en la realidad.

El último dilema filosófico que vamos a mencionar, y que en la antigua *episteme* estuvo representado por la pugna entre conceptualistas y operacionalistas, lo expone Vivanco en estos términos: “¿Qué tienen en común la entrada discursiva de Morin, Jantsch, Capra, Rosen, Roszak, con el enfoque experimental de Kauffman, Wolfram, Langton, Holland? Son cooptados por el paradigma emergente de la complejidad en virtud de que despliegan nuevas claves de intelección. Pero no todos ellos comparten los mismos supuestos ontológicos, estructuras cognitivas y normas de procedimiento. Los discursivos enfatizan aspectos lógicos y los experimentales dispositivos instrumentales”.

A partir de estos tópicos, escogidos a modo de ejemplo y que ciertamente se podrían prolongar con otras muchas cuestiones de diversa índole filosófica, se puede afirmar que en la ciencia compleja se siguen suscitando tantos problemas filosóficos como en su día se suscitaron en la antigua *episteme*, lo que contradice la idea de que el desarrollo científico anula o hace innecesaria la reflexión o discusión filosófica. En cambio, ciertas prácticas, quehaceres, y modos de comunicación entre los científicos de la complejidad, constituyen una manera de hacer las cosas tan diferente a como se entendió la ciencia en el pasado, que supone una inesperada dificultad de comprensión.

Wolfram, por ejemplo, un importante teórico de la ciencia compleja, escribió un libro sobre autómatas celulares, de 1.197 págs., donde, curiosamente, no aparece citado ningún otro autor! Por otro lado, según refiere Vivanco, en el ámbito anglosajón jamás se menciona a Morin, el mayor de los autores franceses en este terreno. ¿Por qué ocurre esto? ¿Acaso por ignorancia, mezquindad, pereza o desinterés? La verdad es que aunque Vivanco consigna estos detalles, no aventura ninguna hipótesis explicativa. Esta práctica, sin embargo, era inimaginable en el pasado. Desde Aristóteles, cualquier exposición científica que se pretendiera original suponía dar cuenta de todo lo que se hubiera dicho y escrito previamente sobre el tema. En cambio, el autor abunda en nuevos antecedentes de este extraño asunto: “Cada miembro parte desde cero, aun en dominios colindantes. La presencia de orden y desorden en los sistemas

es tematizada por Prigogine (estructuras disipativas); Von Foerster (orden a partir del ruido); Kaufman (el orden es gratis); Morrow (extropía); More (orden sin ordenadores) y Atlan (el azar organizador) sin que exista ninguna referencia mutua". Deshistorizar la ciencia, matar la polémica y el debate, pretender empezar todo de cero, etc., ¿no conducirá a la ruina del pensamiento, y por ende al colapso de la ciencia, tanto nueva como vieja? Para nosotros, las respuestas a estas misteriosas cuestiones, inherentes a la ciencia compleja, quedan, en todo caso, "blowing in the wind".

El autor se muestra ostensiblemente irónico, y notoriamente despectivo, con las tentativas de importar la ciencia de la complejidad realizada, últimamente, tanto por la psicología como por la literatura. Sorokin, en la década de los cincuenta del siglo pasado, envió un aviso perenne a quienes pretendieran entender y explicar la vida psicológica con la ciencia natural corriente. Y la ciencia compleja, a nuestro entender, sigue siendo una "ciencia natural corriente", con toda la ambigüedad que denota este título. Creemos que su diferencia con la antigua es que ésta se escoraba excesivamente hacia el mecanicismo, tanto, que incluso pretendió, por medio del conductismo o de ciertas formas de biologismo, transformar el espíritu en mecanismo. La ciencia compleja, en cambio, ha espiritualizado, o des-mecanizado, a la materia, dotándola de propósitos, como la evolución y de memoria, como la información y la retroacción, aunque sean inconscientes e indeliberados. (Por cierto, la lectura de algunos textos de esta corriente deja la engañosa sensación de que se está ante escritos esotéricos, religiosos o incluso místicos. Por eso, quizá, el autor enfatiza que la ciencia compleja es ese tipo de *episteme* que se ocupa con la materia, aunque así él mismo caiga en contradicción, toda vez que la considera aplicable a la sociología.) El mentado Sorokin, como

dijimos previamente, antes aún que nuestro autor, se encargó de comprobar cómo los términos científicos procedentes de la física, la química o la matemática, no significaban lo que en el origen, y en realidad no significaban nada, cuando se los trasladaba a la psicología. Por lo demás, a finales del siglo XIX Bergson demostró el carácter metafórico de cualquier concepto espacial referido a la vida psíquica.

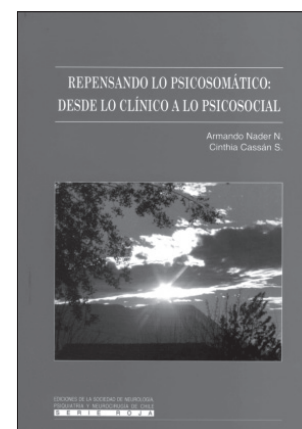
Culminada muy tarde la lectura de este libro, nos adormecimos por el ajetreo y el cansancio acumulado durante el día. Permítasenos contar el sueño, que quizá al modo de Escipión, soñamos entonces. En una desanglada habitación, uno de los interlocutores de un corro de contertulios repetía que la ciencia de la complejidad, paradójicamente, brindaría quizá renovados argumentos a quienes, de acuerdo con una larguísima tradición, pensaban que la *res cogitans* era una sustancia simple (carente de partes), o que sin ser sustancia era no obstante eminentemente simple, en todo caso, lo más opuesto que concebirse pueda a la sustancia compuesta y en interacción, no sólo mecánica sino también informacional, evolutiva, etc., que parece ser el renovado modo como, a la luz de la complejidad, se entiende hoy a la *res extensa*. Y así, el *elán* vital bergsonian (que seguramente compareció en el sueño porque Vivanco lo menciona y demoniza en su texto), el *elán* vital, continuó la sombra parlante, que ya fue rechazado en su día por la ciencia mecanicista pre-compleja del pasado, y que continúa siendo reluctante para la ciencia compleja de la actualidad, bien pudiera ser, concluía, que dicho concepto, que no es propiamente físico ni psicológico, termine siendo un medio, entre otros, para representar el nómeno irrepresentable que yace tras de lo físico y de lo psicológico; lo mismo que, a su modo, podría ocurrir con el aludido concepto de simplicidad referido a lo puramente psicológico.

REPENSANDO LO PSICOSOMÁTICO: DESDE LO CLÍNICO A LO PSICOSOCIAL

Editores: Armando Nader, Cinthia Cassán

Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, 2010, 117 pp.

(Rev GPU 2011; 7; 2: 151-152)



Patricio Olivos

La Dra. Cassán nos presenta la amplitud del campo de la psicosomática actual. Incluye no sólo las clásicas siete enfermedades que describió Alexander sino también el área de la psiquiatría de enlace que se realiza en los hospitales generales, además de las patologías actuales. Este libro recoge la experiencia en el trabajo cotidiano de sus autores, y tiene su origen en un simposio del mismo nombre, como diálogo interdisciplinario, lo que se puede apreciar en la diversidad de los temas que aborda, así como en la concisión y organización de su estilo, que recuerda su origen en el formato de los *power points* característicos de las conferencias médicas, por supuesto aquí con mayor elaboración, en las que el cuerpo aparece presentando un padecimiento que es del mismo y de su mente o inconsciente; la sexualidad; anorexia-bulimia; cáncer; automutilaciones, cirugías plásticas y accidentes reiterados; trasplantes.

Así como la medicina ha avanzado hacia la ultraespecialización, también ha avanzado en cuanto a la relación médico-paciente y en la consideración del paciente como un sujeto que puede ser partícipe de su proceso de salud-enfermedad y que influye sensiblemente en el proceso de evolución y curación de la enfermedad en general, y en la psíquica-psicosomática en particular. Los estudios sobre el hospitalismo de Spitz y la teoría del apego de Bowlby han influido decisivamente en los servicios de pediatría; la fertilización asistida incorpora cada vez más la influencia de lo inconsciente y psicoso-

cial; la psicocardiología, psicooncología, psicoprofilaxis prequirúrgica y psiconeuroinmunología están en pleno desarrollo, así como la disponibilidad cada vez mayor de quienes trabajan en psicosomática de integrarse a equipos de otras especialidades médicas para favorecer la integración cuerpo-mente.

El Dr. Nader plantea que el drama del cuerpo enfermo en el paciente psicosomático transcurre en diversos escenarios de la vida, y que su guion es la dificultad de percibir y expresar sentimientos, la alexitimia. Nos muestra cómo se presenta en el escenario de la entrevista psiquiátrica y en la entrevista familiar o de pareja. También en el escenario clínico de las enfermedades inmuno-reumatológicas, que ha estudiado con su equipo multidisciplinario, y en su relación con los trastornos de la personalidad. En dicho estudio los obsesivo-compulsivos aparecen en primer lugar, luego los limitrofes, los narcisistas, paranoides y dependientes, algo semejante a lo encontrado en la literatura. En general se presentan como personas de afectos y cogniciones confusas, sin identidad estructurada, inestables, potencialmente impulsivos, algo conflictivos, con dificultad para estar solos, por ello dependientes de los otros y con dificultad para tolerar la angustia conscientemente, por lo que para sobrevivir se rodean de una rígida máscara que los defiende del mundo externo e interno.

La Dra. Cassán nos presenta una visión, desde el psicoanálisis, del cuerpo y su tratamiento como objeto en la posmodernidad. El cuerpo es fragmentado,

instrumentalizado, intervenido estéticamente, muchas veces con la intención inconsciente de llenar el vacío existencial. Presenta una lectura comprensiva, con aportes de teorías psicoanalíticas, de las automutilaciones y las cirugías estéticas reiteradas proponiéndolas como adicción, y planteando un trabajo en la dirección de la cura que implica ir diferenciando “las ganas” del “deseo”. Las ganas van de la mano del goce y de lo pulsional, mientras que el deseo va del lado de la ley y la castración. El advenimiento de un sujeto deseante es lo que favorece el acto psicoanalítico.

La Dra. Ximena Torregrosa, del Programa de Trasplante de Corazón y de Trasplante Renal del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, nos presenta un estudio, desde la Psiquiatría de Enlace, sobre los trasplantes de órganos y su impacto psicosocial en sus actores: el donante y su familia, el equipo médico y el receptor del órgano en cuestión.

El Dr. Ismael Mena, Profesor Emérito de la Universidad de California, desarrolla el tema de la hiperfrontalidad en el Neurospect y sus consecuencias en la conducta. Nos presenta sus hallazgos imagenológicos en el Trastorno Bipolar, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, el Déficit Atencional, la Esquizofrenia con sintomatología positiva, el Estrés Post Traumático, así como en individuos normales sometidos a estimulación auditiva.

El Dr. Juan Enrique Sepúlveda nos presenta un enfoque evolutivo de lo psicosomático desde la psiquiatría infanto-juvenil, poniendo de relieve el temperamento como un primer eje modulador de la capacidad de vivenciar la realidad, y de este modo cómo el cuerpo se constituye en reflejo de la vida emocional de un niño.

La Dra. María Elisa Irarrázaval, Jefa de la Unidad de Psicooncología de la Fundación Arturo López Pérez, nos da una visión experta sobre la depresión en el paciente oncológico. Un desafío frecuente para el psiquiatra general es hacer el diagnóstico diferencial entre una reacción normal frente a la enfermedad, una depresión o efectos secundarios derivados de los tratamientos de ésta, y la autora nos entrega elementos

clínicos ordenadores para poder realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuados en las diversas etapas del enfrentamiento del cáncer.

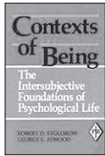
La psicóloga Verónica Langdon presenta una revisión bibliográfica del trabajo del filósofo y terapeuta alemán Bert Hellinger, quien realizó una integración desde el psicoanálisis, las teorías sistémicas, el psicodrama y las culturas tribales para desarrollar lo que se denomina “Constelaciones Familiares”, y que permite la comprensión y el abordaje terapéutico de los componentes transgeneracionales en las dolencias físicas y psíquicas, y lo ilustra con su experiencia en el tratamiento de un paciente con colitis ulcerosa.

La Dra. Mireya Castro hace una revisión de lo que constituye la hipnosis terapéutica: su historia, los acercamientos teóricos y su neurobiología, así como aquellas áreas de la medicina en que ha sido utilizada exitosamente. Y presenta un caso clínico de una paciente psicosomática en que el uso de la hipnosis fue de gran ayuda diagnóstica y terapéutica.

Finalmente el Dr. Reinaldo Bustos analiza las dificultades de una definición de medicina psicosomática, en tanto “no existe una medicina que no sea psicosomática”, al mismo tiempo que señala las dificultades epistemológicas que hasta hoy parecen insalvables en la medida que no tenemos una respuesta a la pregunta por la relación cuerpo-mente, más allá de una simple aposición de una relación bio-psico-social. Concluye que en los últimos 50 años ha resurgido un interés por lo psicosomático de la mano del psicoanálisis, enriqueciéndose incluso a nivel filosófico, en un continuo diálogo con las neurociencias y las ciencias humanas, haciendo del campo psicosomático un referente teórico y práctico en medicina que camina en muchas direcciones a la vez y que está lejos de agotarse. La comprensión de la unidad irreductible de un psique-soma poroso a las influencias de la cultura y del medio abre perspectivas novedosas a la investigación psiquiátrica, de lo clínico a lo social, pero también desde lo social hacia lo clínico, como se ha recogido en este libro.

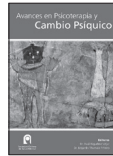
CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

Editores: 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



LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



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

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



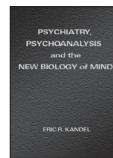
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



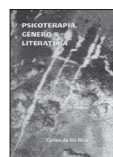
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



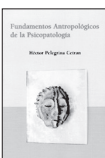
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

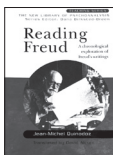


SCHIZOPHRENIC SPEECH

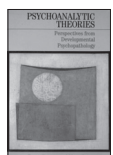
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh
Ed: Cambridge University Press, London, 2005
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232
Compra: www.amazon.com



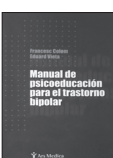
TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



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



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



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



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



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



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



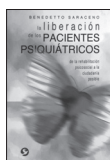
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



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



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



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



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



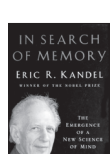
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



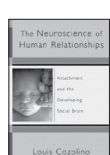
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



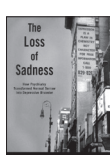
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



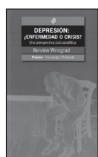
THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN
 Autor: Louis Cozolino
 W.W. Norton & Company, New York, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244
 Disponible en: www.amazon.com



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



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



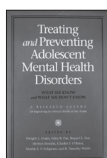
DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benzió Winograd
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254
 Compra: www.paidos.com



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



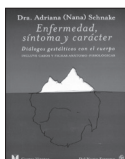
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



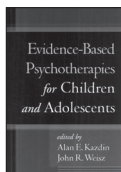
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



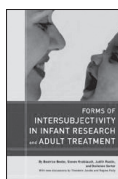
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



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



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



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



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



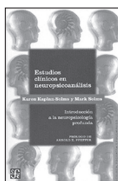
SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO
 Autor: Pedro Torres-Godoy
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34
 Compra: www.psicodrama.cl



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



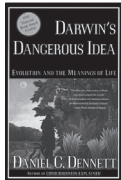
GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
 Editor: Dr. Hernán Silva
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile;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



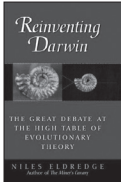
ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164
 Compra: www.libreriasdelfondo.com



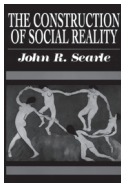
EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS DE LA FEMINIDAD
 Autora: Emilce Dio Bleichmar
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166
 Compra: www.libreriangeles.com.mx



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



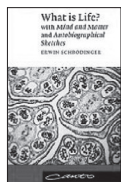
LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS
 Tome II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.
 ISBN : 2213605939
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



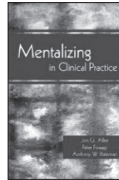
EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS
 Tomo II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.
 ISBN : 950-12-3809-1
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



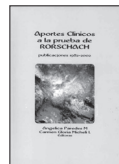
THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE
 Autor: Daniel Siegel
 Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391
 Compra: www.amazon.com



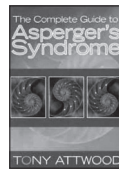
WHAT IS LIFE?
 Autor: Erwin Schrödinger
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396
 Compra: www.mediterraneo.cl



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



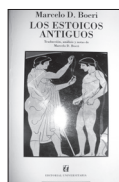
WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING
 Autor: Enrique Jadresic
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23
 Compra: www.amazon.com



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



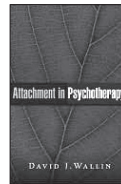
KARL JASPERS: LA COMUNICACIÓN COMO FUNDAMENTO DE LA CONDICIÓN HUMANA
 Autor: Hernán Villarino
 Editorial: Mediterráneo, Santiago, 2008, 372 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 26-28
 Compra: www.mediterraneo.cl



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



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



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



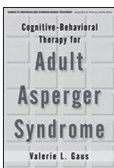
ATTACHMENT THEORY AND RESEARCH IN CLINICAL WORK WITH ADULTS
 Editores: Joseph Obegi y Ety Berant
 Guilford Press, New York, 2009
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 301-302
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



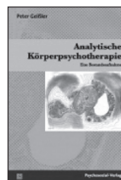
ENCUENTRO CON LA PSICOTERAPIA. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA RELACIÓN Y EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PARADOJA DE LA VIDA
 Autor: Jean-Marie Delacroix
 Editorial: Cuatro Vientos
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 177-179
 Compra: www.cuatrovientos.cl



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



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



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



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



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



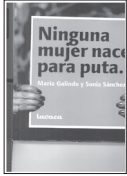
ESTRUCTURAS PSICÓTICAS, LÍMITROFOS Y NEURÓTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL TEST DE RORSCHACH

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



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



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



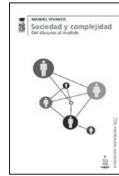
EMBUDOS MÁGICOS. DE METÁFORAS Y TERAPIAS: LA ESTRATEGIA METAFÓRICA

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



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



SOCIEDAD Y COMPLEJIDAD. DEL DISCURSO AL MODELO

Autor: Manuel Vivanco
Editorial: Lom / Fac. de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Santiago, 2010, 186 pp.
Comentario: Rev GPU 2011; 7; 2: 148-150



CREATIVIDAD, GENIO Y PSIQUIATRÍA

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



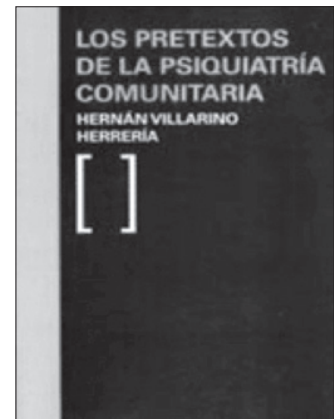
REPENSANDO LO PSICOSOMÁTICO: DESDE LO CLÍNICO A LO PSICOSOCIAL

Editores: Armando Nader, Cinthia Cassán
Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, 2010, 117 pp.
Comentario: Rev GPU 2011; 7; 2: 151-152

LOS PRETEXTOS DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Autor: Hernán Villarino
Editorial: LOM, 2010

(Rev GPU 2011; 7; 2: 159-162)



Carlos Sciolla

A modo de presentación profesional podría comentar que inicié mi formación psiquiátrica en Valdivia a comienzos del año 1990 (el mismo año de la Declaración de Caracas (DC¹), trabajé los siguientes 3 años en la ciudad de Los Ángeles y desde hace catorce años que me desempeño en el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel (HPPP), como médico tratante en los Servicios de Urgencia, Corta y Mediana Estadía y, hace 2 años además como perito forense. Previamente había contacto con diversas ciencias afines como ayudante en los Laboratorios de Neuroanatomía y Neurofisiología en la U. de Chile, y contacto con la rehabilitación en un Instituto para niños con autismo y en centros semi-cerrados para adultos con enfermedades neuropsiquiátricas severas en la ciudad de Milán.

Ahora tengo la grata misión de presentar el reciente libro del colega Hernán Villarino ante la comunidad científica, labor que no sólo constituye por sí misma un privilegio sino que me ha permitido esclarecer los puntos confusos que hasta ahora detenían mi propio intento de esclarecer el desarrollo de los acontecimientos que ha involucrado el proceso de la llamada "reforma" de los servicios psiquiátricos (a partir de la DC), que incluye dar énfasis a la atención ambulatoria primaria por sobre la especializada u hospitalaria² que

debiera acaecer en todo caso al interior de los Hospitales Generales, con ventajas y desventajas ya descritas en otra parte³, y la defensa de los derechos humanos de los pacientes^{4,5}.

El propósito del libro es develar y esclarecer precisamente el rol jugado en el despliegue de la citada "reforma" de la así llamada: Psiquiatría Comunitaria (PC). Se parte del estudio de su esencia y se termina con la descripción de sus efectos, que en definitiva traducen un hegemónico ejercicio del poder. Es por lo demás ingrato ahora darme cuenta que fui uno de los que cayó seducido por su discurso, que no pasó de ser una propuesta política coyuntural. Por otra parte, no era fácil predecir los efectos que lo acompañarían, a diferencia

control y supervisión social más que médico sobre las personas allí asiladas.

¹ http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

² Se asume que todos los hospitales psiquiátricos se comportan como sus antecesores, los asilos o manicomios, donde no hay duda que se ejercía preferentemente un

³ Larrobla C. "Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años". Rev Psiquiatr Urug, 71 (2): 125-134, 2007.

⁴ Al respecto me vienen a colación ejemplos de tratamiento "involuntarios" como los cometidos por el psiquiatra español Francisco Lopez-Ibor respecto del hijo de Marcial Maciel alias "Raúl Rivas" (ver extracto entrevista a Carmen Aristegui en el Periódico La Jornada: <http://www.jornada.unam.mx/2010/03/04/index.php?section=politica&article=003n1pol>).

⁵ Cabe recordar que el año 2001 entró en vigencia el nuevo Reglamento de Internación Psiquiátrica que protege los derechos de las personas durante su hospitalización.

de quienes la sustentaron y se beneficiaron ocupando altos cargos administrativos y académicos.

Entrecruzándose con este desarrollo se encuentra el complejo escenario que enfrentó el HPPP tras Febrero 27, ya que en cierto punto se consideró cerrar parte del mismo, por lo que me resultó tan trascendental entender en definitiva lo que ha implicado la PC y este libro terminó por aclararme su significado y consecuencias.

El libro está dividido en 3 partes: "Antecedentes de la PC", "Los resultados prácticos de la PC" (capítulos cinco al siete) y "Discusión sobre los fundamentos teóricos de la PC" (capítulos ocho al trece). Describiré brevemente cada capítulo, para finalizar con un comentario a modo de cierre de este texto.

Iniciando la 1ª Parte: "Antecedentes de la PC", desde el crucial Capítulo Uno [*La Psiquiatría Comunitaria: una optimista visión desde dentro de ella misma*] destaca la acuciosa revisión por parte del autor del material bibliográfico ofrecido por los sostenedores del modelo. En particular cita el texto del psiquiatra español J. M. Caldas de Almeida⁶ acerca de la "reforma" de los servicios psiquiátricos en Latinoamérica y el Caribe, a 15 años de la Declaración de Caracas, concluyendo en lo sustancial que no se han cumplido sus presupuestos; más aún, se proyecta que seguirá ahondándose la brecha de insatisfacción de los usuarios de los sistemas de salud públicos respecto del nivel de atención al que pueden acceder.

Pero más allá que la PC pueda destacar algunos logros como propios, por ejemplo que algunos países posean un Plan de Salud Mental (en Chile el último data del año 2000, referido básicamente a la etapa adulta), al amparo del desarrollo de su visión política una de cuyas banderas ha sido la defensa de los derechos de los pacientes, se ha favorecido el posicionamiento de sus sostenedores en la cúspide de la pirámide decisional en las principales instancias gubernamentales, vale decir, los Ministerios de Salud y la OMS/OPS, e incluso ha conducido a determinadas reformas judiciales como en la provincia de Río Negro en Argentina. Sin embargo, como lo demuestra Villarino, la mirada hegemónica de este planteamiento termina generando un retroceso notable en todas las instancias donde opera, ya sea

obstaculizando el desarrollo científico ante cualquier propuesta que se base en un supuesto modelo biogizante, o mediante el imperceptible impedimento de la participación de los usuarios o sus representantes. En lo único que podríamos estar de acuerdo con Caldas de Almeida es que más allá de las acciones emanadas desde los Ministerios de Salud, debieran existir políticas de orden social lideradas por un hipotético Ministerio Social. Lo cierto es que no he percibido una disminución de los efectos del trato discriminatorio que afecta a los enfermos mentales, el llamado *estigma*, y menos se ha resuelto su adversa situación social, más allá de recibir una pensión equivalente a medio sueldo mínimo.

Siguiendo con su análisis de las fuentes bibliográficas que redundan en la PC, en el Capítulo Dos [*Origen de la demanda de una revolución cultural comunitaria*] pasa revista a las conceptualizaciones de Marconi, en sintonía con una época cargada de ingentes movimientos sociales; por evidentes motivos sus propuestas de traspaso del poder curativo a las propias comunidades tuvieron corta vida. Simultáneamente se desarrollaba en USA la bioética, sentando como uno de sus precedentes la responsabilidad intransferible del médico hacia sus pacientes y el desarrollo de la conciencia por los derechos humanos en el sentido amplio del término.

Luego en los Capítulo Tres y Cuatro pasa revista a otras experiencias, desde Franco Basaglia en Italia –muerto prematuramente para ver los contradictorios efectos de su propuesta– a Hugo Cohen, en Río Negro, quien logra el cierre del Manicomio local reemplazándolo por una veintena de Servicios de Corta Estadía al interior de sendos Hospitales Generales⁷. En este último ejemplo el autor demuestra lo determinante que puede llegar a ser para una propuesta sanitaria el que se instale desde un control político hegemónico. Ahorra comentarios su pública exposición en Chile ante importantes autoridades, al *demonstrar* el efecto que provocan en los familiares de los enfermos las prácticas comunitarias, entremezclando argumentos a ratos obvios y a ratos antojadizos, como el concepto de rehabilitación centrada en las capacidades y no en los déficit, o que la sola presencia de los enfermos al interior de la *comunidad* bastaría para que se rehabiliten.

Iniciada la 2ª Parte: "Los resultados prácticos de la PC", en el Capítulo Cinco [*Las dificultades en el área*

⁶ José Miguel Caldas de Almeida. Capítulo 1.2 "Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas". La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Publicación OPS, 2007.

⁷ Autores anglosajones similares aceptan un sistema mixto o integrado, ver: "What are the arguments for community-based mental health care?"; Thornicroft y Tansella, *WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)* August 2003.

de demostración de la PC], resulta elocuente el aporte del autor, máxime si se desempeña desde hace 15 años en el “*área de demostración*”, sector sur de Santiago. Por tanto, logra con conocimientos de causa relacionar las propuestas teóricas: *multicausalidad, atención integral, preocupación por la rehabilitación psicosocial*, con la exigencia de una “demostración” en los hechos. En este aspecto se incluye la dificultad de obtener la participación de los supuestos actores “comunitarios”, que incluye profesionales de la atención primaria, o los efectos perversos de la aplicación de las políticas del plan AUGE. En fin, se observa una imposibilidad de llevar a la práctica estos postulados puesto que no se conciben con suficientes niveles de aplicabilidad, requisito necesario para poder evaluar el impacto de una medida y obtener así validación científica y acceder por ende al financiamiento necesario. Por tanto, resulta extraño que aún persistan iniciativas de este tipo y que incluso hayan prosperado programas de capacitación profesional en algunas universidades, pero que tarde o temprano requerirán de un soporte diferente a despecho de eventualmente caer con estrépito en el desprestigio.

En los Capítulos Seis [Los Modales totalitarios y la lucha contra el Hospital Psiquiátrico] y Siete [La violencia en PC], se da cuenta, entre otros temas controversiales, de las consecuencias nefastas que tendría para el desarrollo científico de la especialidad la pérdida de centros de especialización, o de la aplicación de normas legales coercitivas como las de “Contención Física” y “Esterilización” de pacientes mentales, o el rol que pasarían a ocupar las familias por lo que con razón la PC debiera llamarse Psiquiatría Familiar, con lo cual el autor continúa dando ejemplos del divorcio existente entre la teoría y la práctica de la PC.

Al adentrarnos en la 3ª Parte: “Discusión sobre los fundamentos teóricos de la PC”, el texto pasa revista exhaustiva y documentada a los principales aportes que habrían emanado desde la PC, para finalizar con un análisis del contrapunto que se produce entre el enfoque de la PC tal como se encuentra en estado natural y algunos intentos de rescate desde el análisis de sus fundamentos teóricos.

En los Capítulos Ocho [La inexistencia de métodos de evaluación y de información], resulta lapidario revisar el Informe Final de Evaluación del Programa de Salud Mental, efectuado por la DIPRES el año 2002⁸, que

entre sus conclusiones y recomendaciones finales, ante la carencia de un sistema de información y evaluación que permita medir la eficacia y eficiencia del programa, señala:

“a) Se prevé necesario diseñar un sistema de información para que la USM del MINSAL y otros involucrados tengan posibilidades de mejorar los procesos de toma de decisiones a partir del mejor y oportuno conocimiento de la realidad y de los efectos e impactos de las intervenciones efectuadas por el Programa.”
 b) Si bien puede considerarse parte de la recomendación anterior, por su importancia se explica la urgente necesidad de establecer un sistema de registros de origen y de procesos intermedios y finales “deben estar disponibles para diversos agentes privados, universidades y otros” (pag. 73). “En forma similar a la recomendación de un sistema de información, es necesario establecer un sistema de evaluación en los diferentes ámbitos del Programa” (pag. 75).

Además este estudio señala una serie de inconsistencias, por ejemplo en el modelo de atención dado que aparece en un 83% de las atenciones efectuadas por médicos psiquiatras, lo que “*atenta contra la idea básica del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que tiene en el trabajo multidisciplinario un pilar central*”. Como trabajo en un componente de la red, y luego de revisar la literatura disponible (materia de un artículo que espero publicar), no logro vislumbrar que hasta ahora se hayan corregido estas deficiencias.

Abundan las referencias al desconocimiento de parte de la PC de la historia de la Psiquiatría, donde ciertamente se sentaron las bases de la prevención, de la rehabilitación y de la reinserción social de un gran contingente de casos tratados. Cabe mencionar que de las cerca de 1.000 personas trasladadas al HPPP al inicio de la década de los setenta desde la capital, pero cuya proveniencia era de todo Chile, un grupo mayoritario presentaba retraso mental y otras patologías neuropsiquiátricas, sumado a la deficitaria red social de sustento.

En los Capítulos Nueve [La indefinición de los equipos de trabajo en PC] se pasa revista al “*Manual de trabajo de equipos de psiquiatría ambulatoria en el modelo comunitario de salud mental*” de Cecilia Vera. Partiendo por la dificultad de encontrar definiciones operativas testeables, la *dilución* de responsabilidad por parte de los miembros del equipo técnico y la falta de un sostén teórico que se traduzca en dictámenes y que éstos a su vez generen conocimientos, todos y cada uno de estos hechos se contraponen a las normas éticas vigentes.

Quizá es en el Capítulo Diez [El fracaso del modelo biopsicosocial y de los esfuerzos integradores comunitarios] donde he sentido el mayor impacto como lector,

⁸ Informe Final de Evaluación, Programa de Salud Mental, DIPRES, año 2002: http://www.dipres.cl/574/articulos-14877_doc_pdf.pdf.

al descubrir con cuánta ingenua voracidad digerí conceptualizaciones que, tras un examen crítico, se advierte fácilmente su inconsistencia. Es el caso del mentado modelo bio-psico-social, el que no pasa de ser un mero juego de palabras –por lo que por ahora no queda otra cosa que aceptar el limitado modelo médico–; aun así continuo aspirando a encontrar una base conceptual que me permita navegar junto a las diferentes disciplinas que aportan al entendimiento de los problemas de la especialidad, y que me ayude a evitar perderme en los detalles cometiendo errores tipo II, o dejar fuera elementos discriminantes cometiendo errores tipo I. Intuyo que la respuesta podría estar en el contenido del siguiente capítulo.

En el Capítulo Once [Oposición entre PC y razón comunicativa] se expone uno de los temas a mi gusto centrales en este libro: la discusión del concepto de la acción y la racionalidad comunicativas, de acuerdo con los planteamientos que hace Habermas⁹, el que se opondría a la racionalidad instrumental, empírica, objetiva o externa, con todos los presupuestos lógicos y éticos que esta conceptualización conlleva, y que se efectúa a través de diversas réplicas a un escrito del autor publicado en la GPU¹⁰.

En el Capítulo Doce [La ausencia de fundamentos prácticos de la PC] se aborda la pretensión de algunos autores, como el español Desviat, que intentan convencernos que las deficiencias del modelo pueden explicarse por lo singular del objeto de estudio, o finalmente sustentarse en la calidad de sus actividades prácticas más que de puras teorizaciones, dejando sin considerar la riqueza de la vivencia humana que comporta simultáneamente la capacidad de *experimentar* en 1ª persona y al mismo tiempo *concienciar* en 3ª persona. Por último, aunque la psiquiatría no sea una ciencia y se beneficie de las ciencias naturales y espirituales, no necesita avergonzarse de sus debilidades siempre y cuando reconozca su singular posición ética frente a cada individuo en particular.

Es esta singularidad la que enfatiza el autor en el Capítulo Trece [La ética comunitaria: ¿imposición de preferencias particulares?], y es que en cada acto médico se pone en juego la preparación del psiquiatra ante las exigencias de tipo ético, a partir del modo fluctuante en que el paciente pueda tener conculcadas sus facultades, pero sin que se afecten sus derechos básicos, es que se acrecienta la exigencia de alcanzar en ese acto médico altos estándares éticos, además de asumir toda la incertidumbre y la necesidad de dictar criterios con prudencia.

A modo de comentario final, parafraseando el Epílogo: “La caída de la PC o el comienzo del fin”, si nos encontramos en la 3ª generación de *reformas* lo que se traduce en el predominio de lo curativo y financiero, ante una ya fragmentada red de atención y desprotección social en que se encuentran los discapacitados, sería deshonesto manifestar mi desagrado ante ese vaticinio. Desde la posición en que me encuentro, que llamo “*la trinchera*”, son palpables los efectos de dejar en un segundo plano todo enfoque dirigido a la prevención, las estrategias de salud pública y el abordaje intersectorial, los supuestos pilares de la PC. Ni hablar de poder reenfocar el interés de los programas públicos a los factores de riesgo psicosocial en la primera infancia, dada su alta susceptibilidad a las acciones preventivas, ni tampoco impactar en el nivel de la calidad de vida de los discapacitados.

En resumen, no se ha podido comprobar los aciertos que dieron cuerpo doctrinario a la PC, y tampoco se ha dado solución a los problemas de los enfermos mentales graves, incluyendo el “cuello de botella” que representa encontrar cupo para un tratamiento hospitalario, y al mismo tiempo no se ha podido evitar el fenómeno de la “puerta giratoria” al volver los mismos pacientes a requerir una y otra vez de esos servicios, todo lo cual ya ha sido mostrado en la realidad de los países anglosajones, fenómeno conocido como *revolving door*, en el sentido que se mantiene su situación residencial crítica y, por otra parte, ha facilitado la inflación de ofertas privadas.

⁹ Jürgen Habermas, “Teoría de la acción comunicativa”, Ed. Taurus, 1992.

¹⁰ Villarino, H. “La Psiquiatría Comunitaria, otra conceptualización”. GPU. 2006; 2; 1: 47-54.

CON UN FILÓSOFO EN EL CONSULTORIO¹

Autor: Ricardo Aranovich

(Rev GPU 2011; 7; 2: 163-164)

Jorge Acevedo Guerra²

El filósofo al que se refiere el psiquiatra argentino Ricardo Aranovich es José Ortega y Gasset, cuyo pensamiento, según él, podría ser muy fecundo en el ámbito psicoterapéutico. En primer lugar, llama la atención la interesante distinción que hace entre tarea psicoterapéutica en sí y orientación psicoterapéutica (p. 132). Parecería que en muchos casos lo que se requiere es orientación. En Ortega hay muchas referencias a la desorientación y a la orientación y, por tanto, su pensamiento puede ser una verdadera cantera de ideas al respecto.

Por otra parte, es interesante su observación acerca de la aplicación que hace el psicoterapeuta de una filosofía, aunque no se dé cuenta de ello. La descripción de la filosofía frecuentemente aplicada es muy incisiva: se trataría de un depósito aluvional, integrado “en diferentes proporciones según sea el caso, por una mezcla poco coherente de racionalismo, positivismo y biologicismo, con algo de Darwin y una pizca de Pavlov” (*Ibidem*, en nota). Frente a tal “filosofía”, es claro que la de Ortega mostraría clara superioridad.

Asume creativamente la idea orteguiana según la cual nuestro cuerpo y nuestra psique forman parte de la circunstancia inherente a la vida humana. “¿Qué función ejerce un psiquiatra al medicar a un paciente? ¿Actúa sobre el cuerpo y la mente, o sea sobre la circunstancia, de idéntico modo que si indicara un

régimen de vida, un cambio ambiental o lo que fuera?” (p. 134)

También es de gran interés el concepto de razón vital que presenta: la razón al servicio de la vida (pp. 134 s.). La relación entre proyecto de vida, vocación y autenticidad es muy significativa y la hace resaltar con gran acierto (pp. 135 s.). Por cierto, el contraste que hace entre el psicoanálisis freudiano y la postura de Ortega llama la atención: la represión de la autenticidad puede ser tanto o más funesta que la represión sexual.

Su referencia al estrés es de especial importancia, al entenderlo desde los conceptos de ensimismamiento y alteración. “A la alteración se debe, más que a otra cosa, el tan promocionado *estrés*. Así, en lo laboral éste puede provenir de la necesidad de desempeñar una tarea no elegida ni deseada, que se siente como ajena a uno. Esa tarea que en el fondo no aceptamos, que es el fruto de una imposición, tiene que ser realizada, con un solo y excluyente objetivo, la paga” (p. 136). Sin duda, su comentario ulterior para hacer frente a la situación de estrés mediante el ensimismamiento es muy fecundo.

“Hemos perdido el rumbo –dice–, en la vana esperanza de soluciones colectivas, de las que únicamente se deriva ‘alteración’” (p. 136). Hago notar, en efecto, que la mecánica social no podrá nunca solucionar nuestros problemas personales; inclusive, cuando

¹ Aranovich, Ricardo. “Con un filósofo en el consultorio”. Revista *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina* Vol. 56, N° 2, Buenos Aires, Junio de 2010; pp. 132-141.

² Profesor Titular de la Universidad de Chile (Facultad de Filosofía y Humanidades, Departamento de Filosofía). Correo electrónico: joaceved@gmail.com

esa mecánica sea la mejor, es decir –siguiendo a Ortega–, la menos mala.

Entender una serie de trastornos desde los conceptos de creencia, idea y duda vital parece acertado. Así, la crisis vital es clave de intelección de la ansiedad y de la parálisis existencial. “Si bien en este terreno toda generalización es abusiva, me permito sugerir que la mayoría de las particulares situaciones conflictivas que jalonan la existencia, por no decir todas, expresan conflictos entre creencias; en particular las que tenemos sobre nosotros mismos” (p. 137).

“El proyecto mismo forma parte de las creencias” (*Ibidem*). Lo que Aranovich indica es muy perspicaz. A veces los textos de Ortega pueden llevar a pensar que el proyecto está formado más bien de ideas, como cuando nos describe como novelistas de nosotros mismos.

En la p. 138 enumera una serie de trastornos tratados usualmente por psiquiatras que pueden ser entendidos desde la crisis vital y desde la crisis del proyecto vital: 1) Depresión: crisis del proyecto “profunda y prolongada”. 2) Trastorno de ansiedad: crisis del proyecto “acompañada por una sensación de hallarse en peligro y por agudos temores”. 3 y 4) Fobia (en ocasiones, estado paranoide): la persona se afirma “irracionalmente en determinada creencia a contrapelo de la realidad”. 5) Trastorno obsesivo: la persona no es capaz “de hacer pie en alguna creencia”, y busca “la sensación de certeza en las ideas”. 6) Psicosis o delirio: la persona busca la coincidencia consigo misma fuera de la cultura –esto es, fuera de las creencias colectivas y, por tanto, compartidas que nos constituyen radicalmente–, y se sume en un mundo particular. 7) Trastorno por estrés post-traumático: se produce tras el trauma, es decir, tras la “brusca ruptura de una creencia, aunque más no sea la de que eso (esas cosas desagradables) sólo les puede pasar a los demás”.

Los ejemplos que da en el paso de la página 137 a la siguiente –más de una docena– ilustran muy bien la teoría. A propósito de situaciones de pérdida: el hombre de negocios, el cónyuge, la mujer, el ejecutivo, el anciano, el diplomado universitario, el niño, la hija. A propósito de otras situaciones: hay también un “contar con” –inherente a las creencias– respecto de los logros y galardones que esperamos conseguir, el respeto que suponemos merecer, la consideración que a nuestro entender nos deben nuestros semejantes, las facilidades y dificultades que esperamos encontrar (o evitar) en nuestra existencia futura, cómo será esa vida cuando lleguemos a *tal* altura. El concepto de “contar con” –por

tanto, el de confianza–, es llevado a diversos planos y situaciones vitales con excepcional creatividad.

A continuación pone en juego el concepto de revelación, que puede entenderse como *alétheia*, desocultamiento, verdad. Y esto se hace tanto en el plano histórico como en el personal. Al entrecruzar ambos planos se hace cargo de que no se dan separados sino, precisamente, enlazados. En principio, separarlos por completo es un error. “Durante el curso de un proceso terapéutico pueden producirse reiteradas revelaciones, que no son sino un caso más de modificaciones de creencias. Desde ya que la modificación debe ser la meta de toda intervención, pues *modificar creencias es cambiar conductas*. Todos los recursos pueden ser válidos: el diálogo, los estados de imaginación, la meditación, la simple persuasión o el evocar a quienes ya habían pensado a fondo los temas en los que el consultante cree ser original y único. Estos métodos, o cualquier otro ya conocido o aun por inventarse, tienen como común denominador su acción sobre las creencias. Entiendo que todos ellos, finalmente, descansan sobre el diálogo como principal herramienta” (pp. 139 s.). Estas reflexiones sobre el método psicoterapéutico son valiosas; la psicoterapia tiene por finalidad alcanzar el bienestar del consultante, sacándolo de su sufrimiento. Cualquier método que cumpla esta función es bienvenido; no obstante, el diálogo es la base de ellos. No hay aquí, pues, ninguna ortodoxia metodológica sino una apertura a todos los caminos que conduzcan a la meta.

La esperanza es tratada hacia el final. “Toda intervención interpersonal debe tender a la esperanza; a recuperarla, mantenerla o promoverla, o todo eso a la vez. Ello es particularmente válido en el campo de la psicoterapia. La coincidencia consigo mismo, el encajar en sí mismo, es la condición necesaria para mantener y acrecentar la esperanza. [...] En efecto, el acuerdo consigo mismo, en el que es imprescindible la sensación de estar haciendo lo que corresponde ante la situación, disminuye la angustia y sostiene la esperanza” (pp. 140 s.).

“Me permito sugerir la posibilidad de construir, a partir de estos conceptos, un verdadero programa terapéutico” (p. 140). Creo que su apretada síntesis es un inmejorable punto de partida para ello. Digo apretada síntesis pues se ve que tras ella hay largos desarrollos que ya están hechos, pero que no son presentados en esta ocasión. En efecto, el doctor Aranovich es autor de *¿Quién se robó mi entusiasmo?* –Ed. Atlántida, Buenos Aires, 2009–, y de otras obras inspiradas en el pensamiento de Ortega.

ENTREVISTA A NELSON COELHO^{1, 2}

(Rev GPU 2011; 7; 2: 165-169)



NELSON COELHO

Desde Sao Paulo, después de regresar del descanso y la tranquilidad de sus vacaciones, el psicoanalista Nelson Coelho gentilmente responde, por correo electrónico, a nuestra iniciativa de entrevistarlo. La ponencia “De la intercorporeidad a la co-corporeidad: elementos para una clínica psicoanalítica”³ publicada en este número de la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, fue parte del ciclo de conferencias del 10° Congreso Chileno de Psicoterapia y del 9° Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia, organizado por el GDT de Psicoterapia de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía en Reñaca a fines de agosto del 2010. Un diálogo abierto, distendido y virtual en que conversamos sobre las referencias filosóficas y psicoanalíticas que sostienen el uso de la noción de co-corporeidad en la clínica psicoanalítica actual. Aprovechamos, además, la oportunidad para indagar sobre el desarrollo del psicoanálisis en Brasil, el lugar que éste ocupa en la cultura y, también, para conocer algo más sobre su experiencia como analista y docente en Sao Paulo, una ciudad en permanente ebullición de casi 20 millones de habitantes.

¹ Grupo de estudios sobre psicoanálisis relacional e intersubjetividad (Bárbara Cajdler, Carolina Alessandri, Catalina Scott, Loreto Hernández, Zelma Alster) dirigido por Marta del Río.

² Traducción entrevista del portugués al castellano: Catalina Scott y Jorge Valdivieso.

³ Traducción conferencia del francés al castellano: Loreto Hernández.

CS: *En el texto hace referencia al momento en que Helena, la paciente, se traslada a vivir a Sao Paulo desde un pueblo rural cercano. Pareciera que este tránsito es un momento relevante en su historia vital. Sin duda, un cambio significativo entramado a un contexto laboral de alta exigencia sugiere una conmoción vital que revela, también, un cierto modo de vivir en la ciudad. Podría especificar en el tipo de exigencias que le impone este cambio a Helena y contarnos sobre el desarrollo del psicoanálisis en Sao Paulo y de su experiencia profesional como analista, docente y autor de numerosas publicaciones psicoanalíticas.*

NC: Cuando hago referencia al traslado de la paciente desde un pequeño pueblo rural a una gran metrópolis es porque, de hecho, reconozco que una parte de las dificultades de Helena se deben a las contradicciones impuestas por un cambio de esta naturaleza. Es bastante común que jóvenes que han vivido en su infancia y adolescencia en un contexto familiar determinado por reglas de convivencia tradicionales o que han crecido en una familia psicológicamente perturbada se alejen de su grupo familiar y busquen, en el anonimato garantizado por una gran metrópolis, libertad, cambios y curación. A menudo esta nueva experiencia moviliza sentimientos de soledad muy profundos ya que el estilo de convivencia en una gran ciudad es muy diferente a las costumbres aprendidas en el lugar del que provienen. Sao Paulo, como otras metrópolis de países emergentes, tiene una población que se caracteriza por una gran movilidad social. No es raro encontrar jóvenes de zonas rurales del país estudiando en prestigiosas universidades de la ciudad. Muchos de ellos, una vez que han logrado obtener un doctorado, se convierten en destacados académicos o importantes ejecutivos de bancos y empresas. Por cierto, no son pocas ni simples las cuestiones identitarias que esta movilidad social impone. Por un lado, son profesionales calificados y reconocidos y, por otro, son hijos de padres analfabetos de familias rurales. Se trata de personas que ya no se identifican con sus orígenes ni con los modelos familiares de su grupo social y que aún no se sienten pertenecientes ni identificados con las costumbres del grupo que han comenzado a frecuentar. Es bastante usual que personas que atraviesan este tipo de circunstancias asistan como pacientes a las consultas de los psicoanalistas. En mi opinión, es más común encontrar pacientes con este tipo de dificultades en países emergentes como Brasil, especialmente en Sao Paulo y Río de Janeiro, que en ciudades como París o Londres.

En relación con el desarrollo del psicoanálisis en Sao Paulo, creo que en este momento vivimos un período de vitalidad especialmente productivo. El psicoanálisis se inicia en Sao Paulo al finalizar la Segunda

Guerra Mundial. Desde entonces ha tenido una cierta influencia en la cultura y en los medios universitarios, especialmente en el campo de las ciencias humanas y de las artes, así como un avance promisorio entre médicos psiquiatras. Al inicio de los años sesenta con la formalización de la profesión de psicólogo el interés por el psicoanálisis comienza a expandirse. Sin embargo, hasta la década del 90 la formación de psicoanalista depende de un modelo de formación importado de países europeos (principalmente Inglaterra, Francia e Italia) y de Estados Unidos. Una formación influenciada en gran medida, por lecturas psicoanalíticas de autores extranjeros. Una primera generación de psicoanalistas brasileños surge a finales de los años 80 y comienzo de los 90. Muchos de ellos, ligados a la universidad, comienzan a publicar escritos innovadores que van facilitando, a las nuevas generaciones, la posibilidad de acceder a una formación psicoanalítica acorde a las necesidades de la realidad brasileña. En los últimos diez años las buenas condiciones de la economía y la implementación de servicios públicos de salud mental han permitido que una parte, cada vez mayor, de la población acceda a los beneficios terapéuticos de la clínica psicoanalítica. En la actualidad, muchos psicoanalistas se han integrado a departamentos universitarios en psicología, psiquiatría, ciencias sociales, educación, literatura y filosofía. En nuestro país el psicoanálisis está validado como tratamiento y en la cultura, especialmente en Sao Paulo, prevalece un reconocimiento de la teoría psicoanalítica como herramienta fundamental para la comprensión de los diversos problemas que impone el mundo contemporáneo.

CS: *En su artículo define corporeidad como “un tejido material y energético, móvil e inestable movido por fuerzas pulsionales mensajeras y marcado por interferencias de intensidades tanto internas como externas que van constituyendo un campo de fuerzas y de proto-sentidos”. En primer lugar, nos parece una noción sugerente que invita a pensar. Nos surgen dos inquietudes respecto de esta definición. En primer lugar, cuál o cuáles serían las diferencias conceptuales entre pulsión y fuerza pulsional mensajera.*

NC: Se trata de una cuestión conceptual muy importante. Entiendo que cuando el psicoanalista francés René Roussillon propone la idea de una pulsión mensajera (“la valeur messagere de la pulsion”) no intenta oponerse a las teorías clásicas freudianas sobre la pulsión, más bien propone realizar una relectura de la noción de pulsión establecida por la teoría de las relaciones objetales internalizadas.

De cierta forma, la pulsión mensajera hace referencia a la noción de André Green sobre la imposibilidad

de separar las dimensiones intrapsíquicas de las dimensiones intersubjetivas. Es decir, es posible pensar que la pulsión se remite no sólo a un objeto psíquico sino también a un objeto externo. Por otro lado, es una crítica a los teóricos intersubjetivos que han pretendido prescindir de la noción de pulsión en psicoanálisis.

CS: *Por otro lado, nuestra segunda inquietud se refiere a la afirmación “interferencias internas y externas”. Se puede pensar que al hablar de interferencias externas se hace referencia a algo molesto, algo que irrumpe y rompe un estado de bienestar del organismo cuando interviene. Estamos pensando en el principio de constancia de Freud y en las consecuencias que este principio tuvo para sus teorías sobre el aparato mental. Cómo se resuelve teóricamente la presencia simultánea de lo pulsionante y el otro en su propuesta. ¿Podría aclararnos esta duda?*

NC: No sé si he entendido plenamente esta pregunta. Tiendo a pensar que el contacto con lo pulsionante y con el otro serían parte constitutiva de la noción de corporeidad y de co-corporeidad. En general, pienso que es parte constitutiva de la vitalidad de todo organismo vivo recibir demandas externas e internas. Está claro que diferentes psiquismos, constituidos de distintas maneras, en contextos particulares reaccionaran de un modo, más o menos patológico, ante estas exigencias. No pienso que estas interferencias sean por sí mismas perturbadoras de un cierto equilibrio. Por el contrario, creo que un equilibrio dinámico necesita permanentemente de este tipo de demandas. Es en este sentido que postulo las nociones de corporeidad y co-corporeidad como “un tejido material y energético, móvil e inestable movilizado por fuerzas pulsionales mensajeras y marcado por interferencias externas e internas de intensidades variables que van constituyendo un campo de fuerzas y de proto-sentidos”.

CS: *Ante la afirmación “las sesiones eran densas y yo las experimentaba en mi cuerpo”, podría especificar de qué manera las experimentaba y su relación con el concepto de metabolización. ¿Cuál sería la diferencia de este concepto con la noción de metabolización de la ansiedad propuesto por Klein?*

NC: Cuando digo que experimento en mi cuerpo la densidad de las sesiones, hago una referencia genérica a una diversidad de sensaciones corporales, como la rigidez, la tensión muscular, el emocionarse y lagrimear, sentir dolor de cabeza, etc.

Me interesa recalcar aquí que el reconocimiento de la densidad de las sesiones no es primario ni exclusivamente un reconocimiento cognitivo. Tal como lo señalo en el artículo, las sesiones con Helena también eran

interesantes, elocuentes, excitantes, de ninguna manera eran sesiones monótonas o aburridas. En las sesiones muchas veces me sentía como si estuviera siendo arrasado hacia un campo de fuerzas de gran intensidad al que intentaba resistirme, con la intención de mantener mi función de analista. Procuraba no ser atrapado por la intensidad de las sesiones aun cuando esta fuerza fuese, por momentos, atractiva.

Al mismo tiempo intento mostrar que acoger corporalmente la intensidad de las sensaciones experimentadas por Helena tuvo para ella un efecto metabolizador. Utilizo como referencia la obra de Piera Aulagnier porque en ella la autora refiere condiciones básicas y originarias acerca de la experiencia corporal-psíquica. También podría haberme referido a las concepciones de Bion sobre la función alfa que transforma y metaboliza los elementos Beta. Se trata, evidentemente, de conseguir incorporar las sensaciones de ansiedad disonantes a la experiencia de co-corporeidad, en vez de expulsarlas. Aquí no cabe decir “yo metabolice o transforme” las intensidades, más bien es “la co-corporeidad la que recibe y transforma las intensidades”. En definitiva, se trata de un proceso progresivo que va construyendo, desde la corporeidad, nuevas posibilidades (en algunos casos las primeras posibilidades) de representación psíquica del trauma. Privilegio la referencia a Piera Aulagnier porque en su obra se aproxima a las dimensiones pre-representacionales especificadas por Merleau-Ponty, una referencia esencial en mis postulaciones.

CS: *En la experiencia de “aburrimiento” experimentada corporalmente, ¿habría una función mensajera proveniente de la pulsión?*

NC: Éste es un problema difícil. Es evidente que las sensaciones de tedio, somnolencia, tristeza o rabia que un analista puede sentir durante una sesión no son experimentadas solamente a nivel corporal. Lo que sugiero es que estas sensaciones son primero experimentadas en el cuerpo como experiencias de co-corporeidad. Es una forma de subrayar la dimensión comunicativa de la identificación proyectiva en el plano de las experiencias de co-corporeidad. Apoyado en esta dimensión, luego hay un reconocimiento cognitivo que puede transformar en representaciones las sensaciones que son vividas primero como intensidades co-corpóreas. Dicho esto, tendríamos que pensar en dos planos simultáneos de funciones pulsionales mensajeras: aquellas que parten del paciente en dirección al analista y las que se originan en el analista en dirección al paciente. De todas formas, si hay algo de nuevo en lo que he intentando explicar, esto no se refiere a la comunicación

inconsciente, una dimensión que sabemos está presente en el análisis. Lo que quiero enfatizar es que estas comunicaciones son inicialmente experimentadas en el plano de la co-corporeidad y que, en cierta medida, esta ya es una dimensión psíquica, aunque sólo en el nivel pre-representacional de proto sentidos.

Habiendo dicho esto, me gustaría insistir en que los modos de comunicación que ocurren en un análisis no son simples encuentros o desencuentros intersubjetivos. Está siempre en juego la presencia de las intensidades pulsionales. Hay conflicto, hay tensión, hay muchas otras intensidades en juego.

CS: *¿Podría desplegar el contenido de la siguiente afirmación: "A menudo es por medio de la acción que una palabra se torna posible"?*

NC: Este pasaje de mi artículo hace referencia al trabajo "La situación analisante", del psicoanalista francés J. L. Donnet. Este autor propone deconstruir la oposición dicotómica sugerida por Freud en "Recordar, repetir, elaborar" (1914) entre elaboración o actuación, entre hablar (y recordar) o actuar. Desde la noción de Agieren (actuaciones en psicoanálisis) el autor deconstruye el supuesto de que solamente hay elaboración cuando la acción se transforma en palabra, en representación. Donnet plantea, respaldado en su experiencia clínica con pacientes gravemente perturbados y con pacientes psicóticos, que las actuaciones no necesariamente se oponen a la palabra. Más aún, afirma que hablar y actuar están siempre presentes en un tratamiento en proporciones variables. Muchas veces es por medio de la acción que alguna palabra se torna posible. La acción irrumpe en la experiencia de co-corporeidad dentro del campo analítico y produce efectos, metabolizaciones y desde allí puede transformarse en representación, en elaboración discursiva.

CS: *¿A qué remite la distinción entre intercorporeidad y co-corporeidad? ¿Podría ser una especificación de la "experiencia indiferenciada vivida por una pareja analítica", en algunos momentos del proceso?*

NC: Tal como trato de explicitar en mi escrito, pienso que con la noción de intercorporeidad, aun teniendo presentes las reservas que deben ser tomadas en cuenta cuando se hace una transposición de una noción filosófica al psicoanálisis, se corre el riesgo de valorar en exceso "el entre" o "inter" como un fenómeno en sí, encubriendo con ello la diferenciación necesaria entre dos experiencias corporales (¿y por qué no también subjetivas?) distintas. En este sentido la noción de intercorporeidad privilegiaría, así como la de intersubjetividad, un nivel de experiencia que

transita en dirección de los procesos de indiferenciación. Éstos, por cierto, están presentes pero siempre junto a procesos de diferenciación. Con la noción de co-corporeidad justamente quisiera recalcar la simultaneidad de las experiencias de cuasi-indiferenciación y de cuasi-diferenciación siempre presentes en un proceso analítico.

CS: *Sin considerarnos expertas en el paradigma de la paradoja que tan lucidamente René Roussillon desarrolla en su libro "Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis"; nos gustaría preguntar sobre el lugar que ocupa en sus planteamientos sobre la co-corporeidad la noción de paradojalidad introducida por Winnicott. Específicamente, también quisiéramos entender qué lugar le otorga, en sus desarrollos psicoanalíticos, a la transicionalidad, una noción psicoanalítica novedosa que introduce un corte epistemológico que rompe con la tradicional dicotomía mundo interno - mundo externo o, expresado de otra manera, rompe con la dicotomía entre dimensión intrapsíquica o dimensión intersubjetiva.*

NC: Ésta también es una cuestión fundamental. Mis elaboraciones psicoanalíticas le deben mucho a la lectura de la obra de Winnicott. Tengo particular predilección por la idea de paradoja y concuerdo que junto a la noción de transicionalidad producen un efecto de transformación que sólo las ideas innovadoras pueden provocar. Dicho esto, pienso que la obra de Winnicott sólo puede ser entendida en continuidad con la obra de Freud y Klein. No tiene cómo ser comprendida fuera de esta tradición. A estas alturas de la discusión, en la actualidad, no es ninguna novedad entre los psicoanalistas el reconocimiento de una proximidad entre ciertos aspectos del pensamiento filosófico de Merleau-Ponty y el pensamiento psicoanalítico de Winnicott. Vengo, hace algunos años, explorando esta proximidad y sin duda la noción de co-corporeidad es tributaria de mi interés por la obra de estos dos grandes pensadores. Siendo más específico, la noción de simultaneidad de Merleau-Ponty, así como su concepción de una dialéctica que no favorece la integración, se acerca bastante a la lógica de las paradojas sostenida por Winnicott. Es decir, se aproxima a un pensamiento que objeta los dualismos clásicos de la tradición filosófica occidental. No se trata de valorizar o priorizar el mundo interno sobre el mundo externo o, a la inversa, la realidad sobre la fantasía o la fantasía sobre la realidad. Se trata de entender que la noción de simultaneidad favorece el pensamiento psicoanalítico sobre el tiempo ya que permite colocar lado a lado pasado, presente y futuro en un tiempo simultáneo. Avanzando un poco más,

entiendo que Winnicott, al ampliar las concepciones freudianas sobre la percepción inconsciente y la proyección, termina por superar algunos de los *impasses* impuestos por la teoría representacional del psiquismo propuesta por Freud. Sin negar el valor de las hipótesis empiristas que consideran a la percepción como la puerta de acceso para encontrar en el mundo los objetos ya existentes, ni descartar el valor de las hipótesis de extracción más idealistas que hacen de la proyección el mecanismo creador y constitutivo de los objetos y del mundo, Winnicott propone una serie

de paradojas como una forma de superar las matrices dualistas de pensamiento. El psiquismo, sostiene Winnicott, simultáneamente encuentra y crea los objetos y el mundo. El autor transforma esta supuesta oposición dual en la expresión de una de sus más conocidas y célebres paradojas.

El objeto subjetivo es siempre anterior al objeto objetivo, pero para que éste pueda ser reconocido es necesario que antes exista el objeto objetivo.

Abril, 2011

REVISIÓN

ENACTMENTS: UNA PERSPECTIVA RELACIONAL SOBRE VÍNCULO, ACCIÓN E INCONSCIENTE. SEGUNDA PARTE¹

(Rev GPU 2011; 7; 2: 170-182)

André Sassenfeld J.²

Este trabajo examina el concepto de *enactment* a raíz de una revisión de la literatura actual existente. En la primera parte, publicada por separado, se contextualizó 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, allí se analizaron y comentaron diferentes definiciones de la escenificación y diferentes controversias conceptuales que rodean esta noción. En esta segunda parte se examinan distintas ideas en torno al reconocimiento y abordaje del *enactment* en el marco del trabajo analítico. Se concluye con algunas reflexiones acerca de la relación entre la escenificación y el concepto de lo implícito.

ALGUNOS ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENACTMENT I:

Reflexiones sobre el reconocimiento de la escenificación

El abordaje clínico de los *enactment* también es un terreno plagado de controversias y diferencias de opinión y, en esta sección, examinaremos algunas de éstas. En gran medida, la definición y conceptualización que se tenga del concepto, junto a la tradición teórica más amplia a la que un teórico pertenece, determinan

la forma en la que se plantea el trabajo psicoterapéutico con una escenificación. En este contexto, el aspecto técnico más básico está vinculado con el reconocimiento de que una puesta en escena está teniendo lugar o tuvo lugar. Este punto es de gran importancia en primer lugar porque “muchas escenificaciones que influyen el curso del análisis se producen fuera de la conciencia [y], mientras permanezcan fuera de la conciencia, no las puedo ni utilizar ni medir su efecto” (Chused, 2003, p. 682). En segundo lugar, es un punto relevante porque el terapeuta “puede no ser consciente de las

¹ Publicado originalmente como segunda 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.

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

escenificaciones en la medida en la que se están desplegando y puede ser ciego respecto de su propio rol o participación en la danza con el paciente” (Bonovitz, 2007, p. 418) y, más allá, porque para algunos el potencial efecto positivo de una puesta en acto depende de que sea reconocida y elaborada como tal. En realidad, una escenificación puede prolongarse durante un considerable periodo sin que el psicoterapeuta tome noticia de ésta y, a menudo, la situación más común es que los patrones relacionales escenificados que resulta crucial reconocer –considerados en retrospectiva– no eran visibles en aquellas sesiones que más determinaron (Stern, 2010).

Para Levenkron (2006), la cuestión fundamental es “cómo uno define y utiliza en términos clínicos el hecho de que el fenómeno llamado escenificación acceda a la conciencia debido a que sólo aquí en la conciencia podemos actuar de modo consciente sobre éste” (pp. 175-176). También Ginot (2009) hace hincapié en que una pregunta esencial es que, si las escenificaciones son inevitables, ¿cómo puede el terapeuta llegar a saber lo que está ocurriendo? ¿Cómo puede el terapeuta desenredarse de aquellas interacciones con el paciente a las que contribuye de modo inconsciente? Stern (2010) está preocupado por estas mismas interrogantes y cree que, a pesar de que muchas escenificaciones se resuelven con relativa independencia de los efectos de las intervenciones terapéuticas realizadas en base a intenciones conscientes, los psicoterapeutas no disponen de otro medio para abordar un *enactment* que el intento de llegar a una comprensión verbalizable de aquellas áreas de su experiencia y de la interacción con el paciente en las cuales surgen las puestas en escena. Con todo, en términos teóricos, Stern opina que la forma específica en la cual se hace posible que un terapeuta comience a tomar conciencia de una interacción en la que está participando de modo inconsciente en base a procesos disociativos propios sigue siendo difícil de explicar.

Diferentes teóricos han enfatizado diversos elementos que pueden potencialmente facilitar esta toma de conciencia. Para partir, Bass (2003) considera que una puesta en escena emerge en el contexto de la aparición de la disposición de terapeuta y/o paciente para procesar ciertos contenidos de su vida psíquica individual o compartida que hasta ese momento no estaban accesibles. Entiende, en este sentido, la puesta en acto como oportunidad para el procesamiento y la reestructuración de experiencias y configuraciones vinculares subjetivas. (Dicho sea de paso que, siguiendo a Ginot [2009], antes de la toma de conciencia de un *enactment* ya el hecho de que el terapeuta participe de este puede ser entendido como reflejo de su sensibilidad analítica

y de su entonamiento con las comunicaciones no-verbales del paciente y, por ende, de la disposición a la que Bass está haciendo alusión.) Por lo tanto, el reconocimiento de una escenificación requiere que al menos en la subjetividad del terapeuta, de modo a menudo inconsciente, tal disposición pueda surgir. Esto implica, entre otras cosas, la disposición a conscientizar, elaborar y comprender aspectos conflictivos de su propia experiencia o, para algunos, aspectos disociados. Asumir que la propia participación en un *enactment* “es el resultado de mis conflictos, impulsos y deseos inconscientes y, aunque puede estar inducida por el paciente, la escenificación sigue originándose dentro de mí” (Chused, 2003, p. 686), puede facilitar una actitud básica beneficiosa. Con todo, aunque tal disposición puede cultivarse de forma consciente, su aparición en el transcurso del proceso terapéutico depende al mismo tiempo de factores inconscientes significativos. Por ejemplo, la fuerza de las disociaciones recíprocas complementarias por parte del paciente y del terapeuta afecta cuán manejable puede ser un *enactment* dado (Stern, 2010).

Los teóricos que vinculan la escenificación con la disociación suponen que la toma de conciencia de un *enactment* puede entenderse en el contexto de la posibilidad de que un conflicto aparezca en la conciencia. Stern (2010) indica que, desde esta perspectiva, la puesta en escena no debe entenderse como manifestación de un conflicto intrapsíquico inconsciente en la interacción entre paciente y psicoterapeuta. Más bien, la anteriormente discutida interpersonalización de la disociación implica que la “escenificación es la *ausencia* de conflicto interno, aunque el conflicto externo, el conflicto entre las dos personas en la escenificación, puede ser intenso” (p. 86, cursiva del original). En otras palabras, en una escenificación “los significados están escindidos, pero no entre diferentes partes de una sola mente. Están escindidos, más bien, entre las psiques de dos personas [...]” (p. 94)³. Por lo tanto, el reconocimiento de una puesta en acto, en cuanto comienzo de la disolución de la disociación, trae necesariamente consigo la emergencia de un conflicto subjetivo. Esto ocurre “cuando los dos estados disociados, de los cuales uno pertenece a cada uno de los participantes en la escenificación, puede formularse en el interior de la conciencia de uno u otro de los dos participantes psicoanalíticos” (p. 86). Stern sentencia que la condi-

³ “El analista experimenta una parte del significado y escenifica la otra; y el paciente experimenta la parte que el analista escenifica y escenifica la parte que el analista experimenta” (Stern, 2010, p. 95).

ción necesaria y suficiente para la negociación del *enactment* es la experiencia de conflicto interno por parte del analista y/o del paciente.

Steiner (2006) destaca, por un lado, que el reconocimiento de un *enactment* requiere de parte del terapeuta el desarrollo de una sensibilidad respecto de su ocurrencia. En este sentido, para Steiner es importante que cada terapeuta sepa en qué áreas de significación personal existe mayor probabilidad de que surjan escenificaciones, lo que debe sumarse al autoconocimiento más en general y también a la capacidad de autoobservación y autoanálisis constante. Menciona que un área frecuente se da con pacientes que presionan al terapeuta en torno al logro de resultados terapéuticos o que se sienten frustrados con algún aspecto del *setting* y del encuadre de trabajo. En este segundo caso el riesgo aumenta cuando el mismo terapeuta comienza a sentirse frustrado por las limitaciones impuestas por *setting* y encuadre. Por otro lado, para Steiner es precisamente de gran utilidad “pensarlas en relación con el *setting* analítico, el cual puede proveer un límite o marco que se ve transgredido en mayor o menor medida cuando una escenificación tiene lugar” (p. 315). La atención del psicoterapeuta debiera, por lo tanto, dirigirse hacia aquellas cosas que hace y que al mismo tiempo ponen en peligro el encuadre terapéutico, lo cual implica una observación cuidadosa de la interacción entre paciente y terapeuta en el transcurso de la sesión.

Sin embargo, este acento en la comprensión del *enactment* en cuanto acciones contratransferenciales que transgreden el encuadre no alcanza a dar cuenta de que, como mencionamos con anterioridad, una puesta en escena puede ocurrir por medio de una intervención psicoterapéutica técnicamente correcta (Aron, 1996; Brown & Lane, 2000; Jacobs, 2001). Otra estrategia útil está implicada en la recomendación de los poskleinianos (incluyendo a Steiner) en torno al reconocimiento del *enactment* de que el terapeuta preste atención a los momentos en los cuales lo que consideran el funcionamiento analítico ideal –la capacidad de pensar y contener las comunicaciones inconscientes del paciente– se ve perturbado. Esta idea se basa en el supuesto de que, durante una escenificación, la posibilidad del terapeuta de reflexionar de modo significativo disminuye temporalmente de forma notoria dada la presencia de interacciones disarmónicas inducidas por estrés y, por tanto, marcadas por procesos disociativos (Ginot, 2007, 2009). Tal como describe Black (2003):

La primera tarea del analista a la hora de abordar y trabajar con una escenificación es abrir el espacio analítico. Ésta no es necesariamente una tentativa

interactiva. Más bien, requiere que el analista recupere una capacidad interna para sostener imágenes, afectos y experiencias de forma generativa, abierta y no pedante. En última instancia, el hecho de que el analista pueda seguir pensando puede resultar ser más importante que *lo que* el analista piensa (pp. 639-640, cursiva del original).

Bonovitz (2007) indica a este respecto que la tarea del terapeuta “se convierte en reconocer la escenificación que ha neutralizado temporalmente el funcionamiento del analista y, a continuación, volver a desplegar la capacidad del analista de pensar, procesar y digerir las proyecciones del paciente” (p. 419). Más allá de la tradición kleiniana, Ginot (2009) ha vinculado el restablecimiento de un espacio analíticamente reflexivo compartido para poder contener y pensar sobre los afectos dis-regulados disociados involucrados en una puesta en acto con los conceptos de mentalización y *mindfulness*. Es decir, la recuperación de la propia función reflexiva por parte del psicoterapeuta presupone la existencia de una capacidad de mentalización suficientemente desarrollada como para poder dar cuenta de su propia contribución a la escenificación. Sin embargo, Ginot no detalla de qué manera específica los procesos de mentalización y atención plena apuntalan el reconocimiento de una puesta en escena. Pero destaca que en varios sentidos “el dilema y la lucha del analista en el interior de una escenificación son más agudos y más conmovedores que los del paciente” (p. 303) porque, mientras sus sentimientos e intervenciones estén inhibidas por fuerzas no conscientes, no puede mantener su capacidad de entender, contener y responder por medio de respuestas interpretativas o empáticas explícitas. Con todo, puede afirmarse que para poder mentalizar los diferentes aspectos de su propia participación en el *enactment*, en realidad el terapeuta requiere ya haber advertido de una u otra manera que algo significativo ha estado transcurriendo en la interacción terapéutica.

Más allá de los aspectos mencionados, el reconocimiento de un *enactment* puede tener lugar cuando el terapeuta percibe indicios en el material del paciente y/o en sus reacciones respecto de las intervenciones terapéuticas de que algo de lo cual el mismo terapeuta no tiene conciencia puede estar ocurriendo (Bonovitz, 2007; Steiner, 2006). En las aproximaciones relacionales, este foco puede ampliarse para incluir al paciente, esto es, en ocasiones puede ser el paciente quien verbaliza la percepción de que en la interacción se está produciendo una escenificación (aunque, por supuesto, no le asigna ese nombre). Además, dado que muchas

veces la “presión de la dinámica de la escenificación produce una inclinación sentida a asumir alguna postura o a hablar desde algún sentimiento fuerte, cuyo significado no entiendo del todo” (Black, 2003, p. 639), el surgimiento de impulsos y afectos que tienen cierta intensidad es una señal de importancia. Esto ocurre en especial con aquellas puestas en acto que son más evidentes en cuanto involucran reacciones del terapeuta y/o del paciente que son experimentadas de manera consciente como eventos relacionales más disruptivos. En tales circunstancias, sobre todo cuando la cualidad disruptiva de la interacción trae consigo un colapso del reconocimiento intersubjetivo mutuo entre paciente y terapeuta, siguiendo a Teicholz (2006) puede ser necesario restablecer una base para el reconocimiento mutuo y la empatía una vez que el *enactment* se ha producido.

Sin embargo, de acuerdo con Chused (2003), a veces lo dicho también puede resultar de utilidad clínica cuando se trata de acciones menos disruptivas, pero que se desvían de las intenciones conscientes y que se “sienten” como inadecuadas cuando se analizan. “Es el ‘ay’ interno, la sensación de ansiedad cuando me encuentro comportándome en formas que no son útiles, la que me dice que he escenificado” (p. 682). Chused agrega que, cuando advierte el impulso de ignorar lo que transcurre, asume que algo relevante necesitado de atención está teniendo lugar. De modo similar, Stern (2010) señala que es probable que el terapeuta sufra durante una escenificación al no encontrar una forma de estar junto al paciente que los aliviaría a ambos. Asimismo, enfatiza que muchas veces el terapeuta percibe la necesidad de examinar su propia experiencia en cuanto a señales de su involucramiento inconsciente con el paciente. Muchas veces, la

señal que lo alerta es algo pequeño y sutil. A menudo tiene una cualidad suavemente molesta. Uno siente un ‘roce’ emocional o una tensión, una ‘pista’ o ‘sensación’ no solicitada de que algo más de lo que uno sospecha está ocurriendo en la interacción clínica. Algo se siente inconsistente, contrario a una expectativa afectiva que hasta ese momento ni siquiera sabíamos que teníamos; se siente sutilmente ‘equivocado’ o contradictorio o simplemente incómodo (pp. 81-82).

Stern considera necesario que los terapeutas aprendan a valorar las sutiles señales afectivas incómodas como matices que los alertan respecto de momentos del intercambio psicoterapéutico que merecen mayor atención.

GINOT (2007), por su parte, hace hincapié en otro elemento en la experiencia del terapeuta que puede muchas veces señalar y/o acompañar el reconocimiento de un *enactment*:

Repentinos o insidiosos, temprano o tarde en el análisis, de duración corta o larga, las escenificaciones casi siempre son un sorpresa. Sea que resulten de los sentimientos transferenciales crudos y las percepciones distorsionadas del paciente que encuentran ecos emocionales conscientes e inconscientes en el analista o de una atmósfera general desvitalizada de estancamiento y falta de movimiento, las puestas en escena indican que hay algo fuera de sintonía (p. 318).

Especulativamente, podríamos tal vez considerar que los distintos sentimientos que pueden formar parte de la toma de conciencia de una puesta en acto por parte del psicoterapeuta dependen en alguna medida de la concepción teórica que éste tenga del *enactment*. Por ejemplo, concebir la escenificación como error del terapeuta, por mucho que sea inevitable, puede dar lugar a sentimientos de inadecuación y culpa; concebirla como fenómeno relacional valioso, por otro lado, puede generar sentimientos de sorpresa al constatar su presencia. Sea como sea, debe suponerse que “la mayoría de los indicios de este tipo escapan a nuestra detección. Pero agarramos algunos de ellos y es nuestra devoción cotidiana a la tarea analítica la que posibilita tales excepciones” (Stern, 2010, p. 98).

Desde el punto de vista de Chused (2003), el psicoterapeuta puede tomar conciencia de ciertas escenificaciones que parecen tener poca importancia para el paciente en ese momento y que pueden tener más vinculación con los procesos inconscientes del terapeuta que con los del paciente; Chused propone que tales puestas en escena debieran ser abordadas cuando adquieren significación para el paciente y no cuando el terapeuta las advierte porque abordarlas puede representar un intento del terapeuta por aliviar su sentimiento de culpa. Más allá, Chused enfatiza que le parecen de particular valor clínico aquellos momentos en los cuales el terapeuta toma conciencia de que está a punto de participar en una puesta en acto y, en vez de actuar, analiza sus sentimientos y pensamientos y logra tomar una dirección diferente a aquella que implica la naciente escenificación. La posibilidad real de poner en práctica esta última idea, sin embargo, fue cuestionada hace muchos años por Renik (1993), quien supone que la toma de conciencia de las reacciones contra-transferenciales invariablemente emerge una vez que

éstas han sido actuadas en alguna medida (ver la segunda sección de este trabajo). Así, el planteamiento de Chused vuelve a inscribirse en la separación clara entre palabra y acción. Además, diferentes teóricos han subrayado que el intento de evitar un *enactment*, así como el intento de hablar sobre éste, puede constituir en sí mismo un *enactment* (Aron, 2003; Chused, 2003).

En la literatura sobre el abordaje clínico de las escenificaciones apenas se encuentran referencias a cómo el psicoterapeuta, una vez reconocida la presencia de un *enactment*, comprende lo que se está efectivamente escenificando a través de las contribuciones inconscientes de ambos participantes. El trabajo de Jacobs (2001) es, en este sentido, una relativa excepción ya que Jacobs describe con cierto detalle y en profundidad los elementos de su propia experiencia e historia personal que percibe como implicados en la escenificación. No obstante, también aquí nos encontramos con la dificultad de tener cierta claridad sobre los procesos psíquicos del terapeuta *en el momento* de entender lo que se ha estado escenificando en una puesta en acto que ha reconocido y no en retrospectiva y teñido por la relativa sistematización que trae consigo la redacción de un informe de caso. Aunque no lo plantea de modo explícito, las ideas de Ginot (2009) acerca de la mentalización como proceso que posibilita el trabajo terapéutico con una escenificación pueden ser de gran valor en este punto. Podemos suponer que la función reflexiva del terapeuta no sólo le ayuda a reconocer su propia contribución a una escenificación, sino que además lo apoya a la hora de entender cuál es la escena que se ha estado co-construyendo junto al paciente. El aspecto comentado aparece como una de las facetas de la clínica de la escenificación que menor atención ha recibido en la literatura y que, en consecuencia, requiere mayor elaboración.

Ahora bien, a raíz del reconocimiento de la existencia de un *enactment* y la posterior comprensión de los significados inconscientes que puede estar expresando, el psicoterapeuta obtiene información relevante acerca de las dinámicas relacionales del paciente en la medida en la que intersectan con las dinámicas relacionales del terapeuta (Aron, 2003; Bonovitz, 2007), acerca de los mecanismos mentales y las relaciones objetales internalizadas del paciente (Steiner, 2006), acerca de las representaciones del self y patrones relacionales implícitos tempranos del paciente con sus concomitantes afectos, defensas y manifestaciones conductuales (Ginot, 2007, 2009), y acerca de las constelaciones inconscientes de transferencia y contratransferencia (Ivey, 2008). El *enactment* constituye, por ende, un acceso no-verbal directo al mundo representacional del

paciente. Por lo tanto, las escenificaciones son fuentes importantes de material inconsciente y, en cuanto tales, pueden ser utilizadas constructivamente en el marco del proceso psicoterapéutico. En la última sección se examinarán algunas ideas sobre cómo se puede abordar en términos clínicos una escenificación.

ALGUNOS ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENACTMENT II:

Reflexiones sobre el abordaje clínico

Una vez que el psicoterapeuta ha reconocido un *enactment* y ha podido establecer al menos parcialmente los contenidos inconscientes involucrados en este, surge la cuestión técnica acerca de qué es lo que puede hacer con este material emergente –“Cuándo y cómo uno aborda una escenificación es una consideración técnica importante” (Ivey, 2008, p. 26). Nuevamente, las opiniones en torno a este asunto dependen en buena medida de la forma en la que cada teórico concibe no sólo la escenificación sino además otros aspectos de la técnica como las auto-revelaciones o el encuadre. Quizás, a modo general puede afirmarse que al “salir de una escenificación, usual pero no exclusivamente cuando el analista se hace consciente de su propia contribución, ambos participantes pueden empezar a examinar el significado de la interacción mutuamente determinada” (Ginot, 2009, p. 301) –aunque esta afirmación general de todos modos ya supone una conceptualización de la puesta en acto como fenómeno co-construido por paciente y terapeuta. La forma particular en la cual lleven a cabo tal proceso de entender el significado de la puesta en escena variará ampliamente en función del marco conceptual y técnico en el cual se mueva cada psicoterapeuta.

Muchos teóricos concuerdan en que, con la finalidad de “transformar una escenificación desde un potencial *impasse* hacia una experiencia intersubjetiva empática, necesita ser decodificado y verbalizado en el seno de un espacio analítico en el cual la reflexión sobre emociones mutuas compartidas es modelada y alentada [...]” (Ginot, 2009, p. 304). Dicho de otro modo, la exploración y elaboración verbal de una puesta en escena es visualizada por muchos como aspecto indispensable del proceso terapéutico. Sea que supongamos que en un *enactment* se expresan fantasías inconscientes reprimidas o elementos no formulados disociados o patrones relacionales co-construidos, de todos modos un procedimiento curativo central es la integración consciente de los aspectos inconscientes que se manifiestan en una escenificación. Después de su reconocimiento, los esfuerzos deliberados por

atribuir significado y simbolizar el *enactment* pasan a ser los ejes clínicos principales de su abordaje. Estas ideas son congruentes con la noción de que, en una escenificación, surgen precisamente aquellos elementos disociados que no pueden ser verbalizados sino sólo actuados.

Para Ivey (2008), un aspecto central en el contexto del abordaje verbal de un *enactment* guarda relación con la naturaleza de la escenificación que está en juego. Asevera que las puestas en escena agudas, que con cierta frecuencia pueden amenazar la alianza terapéutica, necesitan ser abordadas prontamente de modo verbal y explícito. En el caso de escenificaciones que no ponen en peligro la alianza terapéutica, en cambio, Ivey sostiene que es posible esperar y observar lo que el paciente “hace con la escenificación, cómo el impacto psíquico del evento que se despliega es registrado y se le atribuye un significado inconsciente, por ejemplo en imagería onírica, asociaciones o narrativas que aluden implícitamente al evento escenificado” (p. 27). En su opinión, un análisis verbal prematuro de la puesta en acto y su significado transferencial puede privar al terapeuta de importante información acerca de las reverberaciones psíquicas de la interacción involucrada y, más allá, puede comunicar al paciente la incapacidad del terapeuta de tolerar en la contratransferencia la incomodidad e incertidumbre que sigue a un *enactment*.

En torno a este último punto –la relación entre un *enactment* y la capacidad del terapeuta de tolerar y contener determinados estados psíquicos– también existe desacuerdo. Mientras que algunos teóricos suponen que la ocurrencia de una escenificación es en sí misma signo de que el terapeuta ha sido incapaz de dar continuidad a su función de contención (véase la discusión anterior sobre el reconocimiento de una puesta en escena a partir de la toma de conciencia de una perturbación de la capacidad de contener y reflexionar sobre las comunicaciones emocionales del paciente), para otros la disposición del terapeuta a participar de una puesta en acto es expresión de su capacidad de restablecer conexiones entre aspectos disociados de la psique del paciente (Brown & Lane, 2000), de contener ciertos aspectos inconscientes de la psique del paciente (Ivey, 2008) y de empatizar con elementos disociados de su mundo subjetivo (Ginot, 2009). Bonovitz (2007) indica que, en este sentido, los teóricos kleinianos y poskleinianos muestran una tendencia a valorar la posibilidad de “*pillarse a sí mismos en el acto*” y resistirse a las solicitudes del paciente” (p. 429, cursiva del original). El hecho de lograr impedir el desarrollo de un *enactment* equivale para ellos a la posibilidad de restablecer la función analítica del

terapeuta centrada en observar, procesar y simbolizar la fantasía inconsciente que motiva la puesta en escena. Muchos teóricos relacionales, en cambio, enfatizan lo contrario: el valor potencial que puede tener la participación relacional en una escenificación en cuanto ciertos aspectos inconscientes del mundo subjetivo del paciente y ciertos aspectos intersubjetivos inconscientes de la relación terapéutica sólo pueden emerger a la consciencia a través de una interacción concreta. Más allá, Ivey (2008) ha manifestado que dicotomizar la función analítica de contención y la escenificación omite el hecho de que la escenificación puede concebirse como primera parte de un proceso de contención, en el cual sentimientos que el paciente no puede manejar pueden aparecer primero en la experiencia y acción del psicoterapeuta.

Esta diferencia conceptual recién descrita guarda relación con la concepción misma que se tenga de la naturaleza del trabajo psicoterapéutico. Modelos clínicos como aquel sostenido por la tradición kleiniana y poskleiniana colocan un acento en el trabajo interno del terapeuta tanto a la hora de metabolizar y elaborar el material inconsciente del paciente como a la hora de procesar las respuestas contratransferenciales. En consecuencia, la participación efectiva del psicoterapeuta en un *enactment* es un fenómeno que puede ser entendido como inevitable pero que, aun así, se concibe como algo que puede ser evitado si el terapeuta logra con rapidez recuperar su capacidad de pensar. Así, se parte del supuesto de que el terapeuta no necesita la ayuda y colaboración del paciente para entender y utilizar el material contenido en un *enactment*. La tradición relacional, por su parte, conceptualiza la naturaleza del trabajo terapéutico como algo inherentemente diádico y dialógico (Buirski & Haglund, 2001; Orange, 1995) y, más allá, algunos teóricos relacionales visualizan la elaboración de escenificaciones como la esencia del psicoanálisis clínico de orientación relacional (Brown & Lane, 2000). Por lo tanto, en su modelo clínico el trabajo del “análisis no es exclusiva responsabilidad del analista; la dimensión mutua inherente a la relación analítica requiere de las observaciones del paciente para comprender y analizar la escenificación, incluyendo la participación del analista de la cual puede no ser consciente” (Bonovitz, 2007, p. 429). Estas diferencias subyacentes evidentemente afectan las estrategias que cada tradición privilegia en términos del abordaje clínico de una escenificación (ver discusión posterior sobre el uso de la auto-revelación).

Ahora bien, cuando el psicoterapeuta decide abordar una escenificación en términos verbales explícitos, Ivey (2008) afirma que el primer paso en esa dirección

consiste en invitar al paciente a reflexionar sobre el evento interactivo y los sentimientos que puede haber evocado. Este primer paso cumple la función de restablecer el espacio reflexivo que, como mencionamos en la sección precedente, a menudo se pierde de forma temporal durante un *enactment* y cuya presencia es necesaria para poder comprender el significado inconsciente de lo ocurrido. Black (2003) considera en la misma línea que una posibilidad inicial significativa es el hecho de hablar con el paciente acerca de la experiencia y de sus posibles significados:

El potencial transformativo de la escenificación a menudo está ligado con la codificación verbal de experiencias anteriormente disociadas; con la construcción, por medio del lenguaje, de conexiones entre secciones escindidas de la experiencia de uno mismo; o con la elaboración de experiencias tempranas de desesperación, entonamiento fallido, confusión y aislamiento, recuperadas e identificadas a través de las interacciones con el analista. (p. 647)

En este contexto, algunos terapeutas enfatizan la utilidad de estimular al paciente para que explicité sus percepciones, ideas y fantasías acerca de la participación del terapeuta en la escenificación (Aron, 1996, 2003; Bonovitz, 2007; Chused, 2003; Ivey, 2008), las cuales desde la perspectiva relacional no siempre están marcadas por aspectos transferenciales y en ocasiones ponen al descubierto elementos reales de los cuales el terapeuta no era consciente. Para Chused (2003), esta estrategia, “cuando es exitosa, conduce a una comprensión tanto de los determinantes inconscientes de la percepción que el paciente tiene de mí como de aquellas características mías que ha notado pero que no se ha sentido plenamente cómodo mencionando” (p. 685). Bass (2003) agrega que, después de un *enactment*, el diálogo terapéutico sobre éste permite descubrir muchas experiencias más pequeñas y sutiles que tuvieron lugar con anterioridad en la relación terapéutica. En otras palabras, muchas veces una escenificación aguda al mismo tiempo ilustra y rompe escenificaciones crónicas más sutiles (Ivey, 2008). Piensa que las escenificaciones condensan temáticas que habían estado presentes en el proceso psicoterapéutico desde hace un tiempo y, en este sentido, la exploración verbal de una puesta en escena posibilita el reconocimiento adicional de interacciones previas que portaban contenidos inconscientes similares y/o complementarios a aquellos que emergen en un *enactment* específico. Desde este punto de vista, la exploración verbal de las

experiencias conscientes e inconscientes implicadas en una escenificación pueden dar lugar a un examen de temáticas relevantes que han marcado la totalidad de la psicoterapia y constituyen, por ende, oportunidades significativas para el proceso de elaboración.

Levenkron (2006) señala que, en su opinión, “la elaboración de escenificaciones transferenciales no se logra con posterioridad a través de un análisis *post hoc*, sino desde el interior de la vitalidad de la experiencia como parte de lo que paciente y analista atraviesan juntos” (p. 175). Considera que a menudo las discusiones técnicas en torno a las puestas en acto la siguen visualizando como algo que ocurre fuera del curso ordinario del tratamiento y que es aceptado siempre y cuando sea analizado después de que ha ocurrido. Para ella, la dificultad de esta noción es “que las experiencias ‘escenificadas’ son separadas de otras formas del proceso mental, haciendo de su análisis una categoría separada de pensamiento retirada de la vitalidad de la experiencia” (p. 175). Teicholz (2006) comenta acerca del trabajo de Levenkron que éste plantea la necesidad de que, cuando el terapeuta ha participado sin advertirlo en una escenificación, una vez que ha reconocido lo ocurrido tiene que ser capaz de mantenerse emocionalmente presente con el paciente y no refugiarse con rapidez en intentos de interpretación. Las ideas de Levenkron sugieren, por ende, que “sigamos la total espontaneidad de nuestra puesta en escena con una comunicación más intencional de nuestros sentimientos previamente no verbalizados en la relación” (p. 266) con la finalidad de no separar de modo artificial la interacción escenificada y su exploración analítica. Estas consideraciones tocan el tema de la auto-revelación terapéutica, un tema controversial al cual volveremos en pocos instantes con mayor detención. Ivey (2008) resume que posturas como la de Levenkron están vinculadas con la idea de que un *enactment* permite al paciente atravesar encuentros emocionalmente vivos con el terapeuta, dando una expresión interpersonal vívida a sus conflictos, lo que las palabras por sí solas a menudo son incapaces de hacer.

La postura de Levenkron representa una especie de punto intermedio entre aquellos teóricos clínicos que privilegian la acción terapéutica contenida en la exploración y elaboración verbal de un *enactment* –“la mayoría de las veces es la exploración de la escenificación más que la escenificación misma lo que es mutativo [...]” (Chused, 2003, p. 683)– y aquellos teóricos que hacen hincapié en que una puesta en escena puede resultar ser terapéutica en sí misma. En otras palabras, no para todos los teóricos es indispensable la elaboración verbal del *enactment*. Para muchos, existen

“cuestionamientos serios sobre el grado en el cual es la escenificación o la exploración de la escenificación lo que hace avanzar el trabajo analítico y que provee el poder de la acción terapéutica” (Aron, 2003, p. 629). De hecho, algunos teóricos consideran que la traducción del *enactment* a una modalidad verbal a veces puede ser un aspecto esencial de evitar (Bass, 2003). Varga (2005), por ejemplo, afirma que dado

que la relación patogénica del paciente es escenificada con la co-participación del analista, la tarea del analista es ser una “versión nueva del objeto antiguo”. Es decir, el análisis consiste en que analista y paciente gradualmente transforman la relación patogénica original del paciente, la cual es escenificada en su relación analítica, en una más sana. El papel del analista en este proceso es ser tan consciente como sea posible del rol patogénico al cual es reclutado de modo que de a poco pueda enfrentar los desafíos contratransferenciales de jugar ese papel en formas que superen los elementos patogénicos que contiene. [El] analista reconoce tanto la inevitabilidad como la necesidad de la escenificación patogénica, lo cual permite al analista proveer experiencias transformativas paso por paso y, con ello, permitir que se produzcan modalidades sanas de vinculación y desarrollo (pp. 664-666).

Así, Varga entiende la esencia del psicoanálisis –el análisis de la transferencia– en su dimensión interactiva e intersubjetiva como transformación del *enactment* (ver tmb. Brown & Lane, 2000), lo cual no necesariamente involucra una elaboración verbal explícita de éste. Esta concepción implica para el terapeuta responder consciente y/o inconscientemente la interrogante acerca de cómo participar en una puesta en acto de manera que pueda ser transformada hacia experiencias vinculares reparadoras. Antes de Varga, Knoblauch (1996) ya había propuesto una concepción similar de la acción terapéutica. Comentando material de caso, asevera que “a lo largo del tiempo, en parte por medio de intercambios verbales, pero en su mayor parte por medio de intercambios no hablados en modalidades no-verbales de comunicación, habíamos aprendido a transformar una escena antigua en una escena nueva” (p. 327). Con ello, Knoblauch hace alusión a que en el transcurso del proceso psicoterapéutico es posible que ciertas escenas interactivas cambien sin que necesariamente hayan sido exploradas y comprendidas en términos verbales. Heisterkamp (2008) lo expresa de modo resumido:

En primer lugar deseo señalar que, dada la historia del psicoanálisis en general y la historia conceptual del *acting* en particular, nos hemos ocupado casi exclusivamente en aquellas escenificaciones que necesariamente requieren de elaboración analítica para que el paciente pueda aprovechar las oportunidades de los recursos evolutivos contenidos en éstas. Más allá de estas, aquellas escenificaciones que actúan *curativas sin mediación*, es decir, cuya efectividad terapéutica no depende en principio de la elaboración en el sentido tradicional, pasaron al trasfondo de la percepción. A mi parecer, estas últimas puestas en escena constituyen una gran parte de nuestra eficiencia terapéutica. Por lo tanto, el concepto de la escenificación que hemos manejado hasta ahora requiere complementación o diferenciación *al diferenciar entre diálogos de acción que obstaculizan el desarrollo y diálogos de acción que favorecen el desarrollo* (p. 247, cursivas del original).

Desde este punto de vista, existen escenificaciones que nunca se vuelven conscientes durante el proceso psicoterapéutico pero que, sin embargo, ejercen una significativa influencia sobre la psicoterapia y sus resultados.

En el contexto de la exploración verbal de un *enactment*, el asunto más controversial en torno al uso del material psíquico y emocional inconsciente que surja a través de una escenificación es, sin lugar a dudas, la pertinencia o la inadecuación clínica de la auto-revelación del psicoterapeuta. Nuevamente las diferencias de opinión en torno a esta temática están ligada con las tradiciones teóricas en su sentido más amplio. Para los teóricos kleinianos y poskleinianos, la tarea del terapeuta frente a una escenificación es la realización de un trabajo interno privado de procesamiento de las comunicaciones inconscientes escenificadas (Bonovitz, 2007). En ese marco, la utilización clínica de la auto-revelación tiende a ser considerada innecesaria en el mejor de los casos, y contraria a la técnica analítica o dañina al proceso psicoterapéutico en el peor de los casos. La tradición relacional, en cambio, a menudo valora como algo útil el empleo de la auto-revelación del terapeuta. Ahora bien, al margen de ambas posiciones, es importante no perder de vista que “algo de auto-revelación *inadvertida* ya ha ocurrido por la activación emocional que se evidencia en nuestra participación en la escenificación, y esto habrá sido presenciado de modo consciente o inconsciente por el paciente” (Ivey, 2008, p. 34, cursiva del original).

A diferencia de las tradiciones freudiana, kleiniana y poskleiniana, la tradición relacional ha buscado una

forma distinta de plantearse la auto-revelación en general (Aron, 1996; Maroda, 1999, 2002; Mitchell, 1997) y su utilización en el abordaje clínico del *enactment* en particular. Para muchos teóricos relacionales e intersubjetivos, la auto-revelación forma una parte central del trabajo terapéutico verbal con una escenificación, y se basa en la noción de que el terapeuta, al estar personalmente involucrado, puede hacer uso de su propia subjetividad para entender una puesta en acto (Bonovitz, 2007). Aron (2003) señala que esta concepción tiene su antecedente histórico en el trabajo de Sandor Ferenczi, el cual sostuvo que la intensidad interpersonal de ciertas interacciones con el psicoterapeuta es lo que resulta ser terapéutico y que “lo que diferencia al analista de otros es su compromiso con enfrentar honestamente y reconocer su papel y participación en estas escenificaciones sin esconder su complicidad de sus pacientes” (p. 624).

Ginot (2007, 2009) piensa que la toma de conciencia del paciente de los elementos implicados en una puesta en escena puede beneficiarse a través de la auto-revelación del terapeuta, la cual visualiza como un aspecto clínico importante de las escenificaciones capaz de promover el crecimiento y la integración consciente. De hecho, afirma que las revelaciones que el terapeuta hace de aspectos significativos de su propia experiencia contribuyen a restablecer el necesitado espacio analítico reflexivo en el cual paciente y terapeuta puedan examinar verbalmente lo que se ha escenificado. Invita, en este sentido, al paciente a unirse al terapeuta en el proceso de examinar su impacto recíproco (Bonovitz, 2007). Además, en su opinión la participación del psicoterapeuta en una escenificación le permite percibir algo que también, al menos en parte, le pertenece al paciente. En consecuencia, la auto-revelación del terapeuta se convierte en un acto interpersonal que proporciona un ambiente sostenedor. Así, este tipo de intervención “representa la esencia de los esfuerzos colaborativos de ambos participantes, dando voz a lo escondido y disociado” (Ginot, 2007, p. 329) y, en efecto, para Ginot la forma en la que el terapeuta comparte su propia experiencia de la escenificación puede determinar si acaso los elementos inconscientes contenidos en la interacción se hagan conscientes o conduzcan a un mayor *impasse* relacional.

En total, la auto-revelación no sólo apunta a dilucidar la naturaleza de la participación del psicoterapeuta, sino también de lo que tal participación significa para el paciente. Sin embargo, Ginot (2009) enfatiza que la auto-revelación debe limitarse a ciertos aspectos de la experiencia que el terapeuta tuvo del *enactment* y

debe excluir información personal inapropiada. Más allá, Ginot asevera que el uso de la auto-revelación en el abordaje de escenificaciones transmite al paciente el valor de reflexionar y comprender una interacción intersubjetiva en todos los niveles de conciencia. En otras palabras, el terapeuta modela y promueve el entendimiento de la importancia de los afectos y las conductas inconscientes. Por otro lado, siguiendo a Bonovitz (2007), el hecho de reconocer e implicar su propia persona y experiencia subjetiva permite al terapeuta generar una experiencia nueva en el paciente que convierte al terapeuta en un objeto bueno que no repite simplemente la historia vincular del paciente. Esta circunstancia se convierte en un ingrediente esencial de la acción terapéutica mucho más allá del abordaje de una escenificación en particular.

Más allá de las alternativas de la exploración verbal de la escenificación y su potencial para producir efectos constructivos sin ser abordada de forma explícita, en los últimos años ha surgido una tercera estrategia clínica desarrollada por un grupo de psicoterapeutas que han explorado y comenzado a sistematizar el uso de intervenciones corporales en psicoterapia desde un marco relacional e intersubjetivo y que ya hemos mencionado con anterioridad. Se trata de la utilización intencional de los aspectos somáticos y expresivos de una puesta en escena o diálogo de acción. Worm (2007) y Geissler (2009) describen tres niveles progresivos de profundidad en el trabajo corporal con un diálogo de acción. En primer lugar, a raíz del reconocimiento de un *enactment* por parte del terapeuta, éste puede intervenir verbal e interpretativamente con la finalidad de elaborar los contenidos inconscientes implicados en la interacción escenificada pero sin referirse necesariamente a la escena co-construida. En segundo lugar, el terapeuta puede estimular al paciente a desarrollar fantasías respecto de la repetición de la acción implicada en una escenificación y elaborar los registros subjetivos que tales fantasías generan. Por último, el terapeuta puede proponer una repetición concreta de la escena, en especial cuando se trata de puestas en escena que se dan en interacciones fácilmente identificables como la escena del saludo o la despedida. Por supuesto, un acercamiento de esta naturaleza trasciende el encuadre y setting analítico tradicional y supone la implementación de un encuadre y setting *abierto* a las intervenciones somáticas (Heisterkamp & Geissler, 2007; Geissler, 2007; Sassenfeld, 2008b, 2008c).

Para ir concluyendo la discusión de esta sección, resulta todavía relevante destacar un último aspecto. Ivey (2008) subraya:

No es el asunto de si acaso las escenificaciones son inherentemente buenas o malas lo que resulta útil, sino más bien cómo son experimentadas por el paciente y abordadas por el analista y cómo sus reverberaciones inconscientes evolucionan a lo largo del tiempo y se manifiestan en cambios sutiles en la cualidad de la interacción analítica (p. 26).

Con esta idea, lvey tal vez nos permite entender que lo que define el abordaje clínico del *enactment* no es la adopción de una u otra estrategia en sí misma, sino más bien la utilización de una focalización constante en cómo una escenificación se inscribe en el flujo incesante de la interacción entre paciente y psicoterapeuta, tanto antes de que ésta sea reconocida como después de que ha sido reconocida y eventualmente abordada de manera explícita. Con ello, lvey nos recuerda que las puestas en escena son fenómenos relacionales que emergen y (eventualmente) se disuelven en el marco de las transacciones intersubjetivas que caracterizan la relación terapéutica. Así, queda el camino abierto para que cada día psicoterapéutica pueda encontrar sus propias formas de transformar los patrones interactivos que co-construye. Este punto de vista es, probablemente, aquel más congruente con los supuestos básicos del psicoanálisis relacional.

COMENTARIOS FINALES

Hemos abordado en este trabajo el concepto del *enactment* en cuanto noción que da cuenta de las ligazones entre vínculo, acción e inconsciente desde una perspectiva de revisión que ha pretendido poner al descubierto los aspectos centrales de la definición, la conceptualización y el manejo clínico de las escenificaciones, destacando además las diversas controversias que el concepto ha generado en las últimas décadas. Después de este amplio recorrido por diferentes aspectos conceptuales y clínicos del *enactment*, tal como mencionamos en la introducción, volveremos a modo de comentarios finales a lo que podríamos denominar las dimensiones macro y micro de la escenificación. Dicho de otro modo, diremos aún algunas cosas sobre la relación entre el concepto de escenificación y el concepto de los procesos relacionales implícitos, que en la última década se ha introducido con rapidez en el discurso analítico. Esta relación es significativa porque ambos conceptos remiten a la dimensión de la acción en la relación psicoterapéutica.

Chused (2003) afirma que la capacidad del terapeuta de tolerar su propia vulnerabilidad durante un *enactment* es en ocasiones capaz de convertirlo de un

momento presente en un momento de encuentro, haciendo referencia explícita a los conceptos del Boston Change Process Study Group (2002, 2005, 2007, 2008; Stern *et al.*, 1998). De modo similar, Ginot (2009) indica que una puesta en escena no sólo puede manifestar un proceso transferencia/contratransferencia difícil, sino también expresar un momento de encuentro. Los integrantes del Boston Change Process Study Group utilizan tales conceptos en el contexto de su teoría de la acción terapéutica a través de las ampliaciones y transformaciones del denominado conocimiento relacional implícito, que pertenece en esencia a la dimensión no-verbal y no consciente de la interacción entre paciente y terapeuta y que no requiere habitualmente de exploraciones y elaboraciones verbales para producir cambios. Black (2003) afirma que el uso constructivo del *enactment* exige a menudo del psicoterapeuta una disposición a comprometerse con sus pacientes de formas que a veces caen fuera de la postura analítica ordinaria. Con ello, describe un elemento de la interacción terapéutica que el Boston Change Process Study Group también ha enfatizado, a saber, que la emergencia de un momento de encuentro mutativo implica que el terapeuta reaccione respecto del paciente de modo espontáneo, auténtico y fuera del “libreto técnico”.

Ginot (2007, 2009) ha sido probablemente quien ha reafirmado con mayor claridad la concepción de que las escenificaciones involucran patrones y memorias relacionales de naturaleza implícita y que traen consigo el potencial de modificarlos: “lo que las escenificaciones comunican en formas tan apasionadas e indirectas son patrones afectivos y relacionales implícitos neuralmente codificados” (2009, p. 294). El abordaje terapéutico de un *enactment* “puede ayudar a poner al descubierto y a resolver patrones dolorosos de apego que tienen su origen en las memorias y fantasías implícitas del paciente que, si no se exploran, están destinadas a repetirse [...]” (2007, p. 322). De esta manera, Ginot equipara en términos globales lo implícito y lo escenificado, que corresponden a lo que antes hemos llamado tentativamente las dimensiones micro y macro de la interacción terapéutica. Con esto deseamos hacer constar que el origen de los conceptos de lo implícito y de lo escenificado es muy diferente: mientras que el primer concepto proviene en buena medida del uso de la metodología microanalítica aplicada a las interacciones humanas, el segundo concepto surgió en el marco del trabajo psicoterapéutico como tal.

Tal como aclara Stern (2010), la vinculación del Boston Change Process Study Group con la investigación empírica de infantes hace que sus conceptualizaciones enfatizen una secuencia continua de acomodaciones y

ajustes relacionales mutuos relativamente pequeños y no destaquen la participación personal de la psicología del psicoterapeuta. Los teóricos relacionales, en cambio, enfocan en sus concepciones interacciones interpersonales que tienen lugar en una escala mayor, más relacionada con lo conflictivo y subrayan la influencia ejercida por la psicología personal del terapeuta. Así, en gran medida la descripción de los fenómenos involucrados en la dimensión implícita nace a raíz de observaciones realizadas por investigadores que no están directamente implicados en las interacciones, mientras que el *enactment*, en cuanto fenómeno clínico diádico, existe a raíz de la toma de conciencia de alguno de los participantes involucrados de forma directa en lo que está ocurriendo en la relación psicoterapéutica.

Por otro lado, las conexiones conceptuales descritas no serían tan dificultosas si la noción de puesta en escena, al igual que la noción de los procesos implícitos, hiciera referencia simplemente a fenómenos interactivos *no conscientes* –cosa que no es el caso dado que la escenificación, tal como revisamos en secciones anteriores, implica la actuación de procesos defensivos y, por ende, debe ser visualizada como fenómeno interactivo que involucra elementos que son *inconscientes* por razones psicodinámicas. En otras palabras, lo escenificado y lo implícito en términos generales describen tipos distintos de procesos e interacciones que transcurren fuera de la conciencia. En consecuencia, ambos conceptos no pueden ser equiparados sin que se detalle la forma en la que ambos se están definiendo y empleando. Reconociendo al menos en parte esta dificultad, Ginot (2009) asevera en su último trabajo que los patrones relacionales que surgen en las puestas en acto incluyen no sólo patrones formados antes de que la memoria verbal explícita estaba funcionando de modo pleno (lo implícito propiamente tal), sino además patrones disociados de modo defensivo con posterioridad por parte de un self emocionalmente sobrepasado (lo escenificado propiamente tal). Ahora bien, a pesar de que se establece esta distinción, queda la impresión de que el uso que Ginot da a los conceptos es un tanto vago. A mi parecer, la exploración de la relación entre las nociones de lo implícito y de lo escenificado es una tarea que se mantiene abierta.

Para concluir, cabe resaltar que hay algunas temáticas y controversias en torno a la noción de *enactment* que no han sido tocadas en este trabajo. Por ejemplo, no se examinó la idea de que algunos pacientes con ciertos tipos de psicopatología pudieran tener mayor tendencia a involucrarse con sus terapeutas en escenificaciones (Brown & Lane, 2000), el vínculo que pudiera existir entre puesta en escena y regresión (Fraysn, 1996)

o la mientras tanto amplia literatura que analiza las similitudes y diferencias entre escenificación e identificación proyectiva, entre otros. Con todo, es importante reafirmar que la creciente utilización del concepto de *enactment* –un concepto que, como hemos visto, está rodeado de controversias y diferencias de opinión– parece dar cuenta del creciente reconocimiento de los procesos de influencia mutua inconsciente en el contexto de la interacción entre paciente y psicoterapeuta, y parece además corresponder a la actual revalorización del lugar de la acción en psicoterapia que describimos en la segunda sección de este trabajo. Retomando algunas ideas planteadas al comienzo de esta exploración, me parece que el concepto de escenificación puede efectivamente visualizarse como concepto que viene a desplazar las concepciones tradicionales de transferencia y contratransferencia, por mucho que tales términos sigan siendo ocupados en expresiones como “*enactment* contratransferencial” o “puesta en escena de transferencia-contratransferencia”. Una conceptualización verdaderamente relacional de la interacción psicoterapéutica requiere, en mi opinión, una visión permanente de la inevitabilidad y complementariedad de las contribuciones recíprocas conscientes e inconscientes de paciente y psicoterapeuta en todo cuanto hacen juntos en el espacio terapéutico. El hecho de que tales contribuciones en ocasiones son de índole diferente y se producen en grados distintos no invalida lo dicho. La noción de *enactment* me parece, en este sentido, ser una alternativa teórica y clínica que logra dar cuenta de la mutualidad y reciprocidad que define la relación psicoterapéutica.

Tal como señala Aron (2003), las escenificaciones pueden visualizarse como

un medio central por medio del cual pacientes y analistas entran en el mundo interno del otro y se descubren a sí mismos como participantes en el interior de la vida psíquica del otro, construyendo mutuamente la matriz relacional que constituye el medio del psicoanálisis (p. 629).

Esta circunstancia debiera bastar para que el estudio conceptual y clínico de este concepto se siga desarrollando a lo largo de los años venideros.

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, Bruschweiler-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. Zanolco G, De Marchi A, Pozzi F. Sensory empathy and enactment. *International Journal of Psychoanalysis* 2006; 87: 145-158

REVISIÓN

EMOCIONES BIOLÓGICAS Y SOCIALES

(Rev GPU 2011; 7; 2: 183-189)

Fernando Maureira¹ y Crystian Sánchez²

Las emociones son complejos sistemas homeostáticos muy relacionados con la motivación, que permiten gatillar determinadas respuestas a una perturbación. Todos los sistemas vivos pasan de una emoción a otra durante toda su vida, de esta forma es posible restringir las posibles respuestas de un organismo a su entorno. Las emociones se clasifican en dos grupos: las emociones biológicas como el miedo, la ira, la tristeza y la alegría; y las emociones sociales tales como la envidia, el orgullo, los celos, la culpa, la vergüenza, etc. Las primeras nacen de funciones biológicas orientadas a la preservación de la homeostasis y las segundas se originan en la relación social, sin una existencia funcionalmente necesaria y que pueden variar de una cultura a otra.

INTRODUCCIÓN

En 1872 la obra de Darwin *The expression of emotion in Man and animals* marca el inicio de la investigación biológica de las emociones, y desde entonces hasta nuestros días las perspectivas que dirigen las investigaciones sobre esta temática se basan en premisas explicativas de diferentes órdenes, dependiendo del área de conocimiento que las sostengan. Sin embargo, todas coinciden en algo: las emociones son procesos de naturaleza biológica que se dan en los seres vivos, asumiendo de esta forma el origen sistémico de estos procesos.

“La emoción es un proceso adaptativo que forma parte de los procesos afectivos. Es decir, si bien toda emoción puede ser considerada como una forma de

proceso afectivo, no todos los procesos afectivos son procesos emocionales” (Palmero *et al.*, 2006).

En el presente trabajo definiremos las emociones como *disposiciones funcionales para generar cambios de posiciones de un segmento o el total de un organismo que se identifican como desplazamiento en relación con el entorno*, en otras palabras una emoción corresponde a los funcionamientos neurobiológicos que permiten generar cierto tipo de movimientos de un ser vivo, de esta manera asociamos un conjunto de cambios de posiciones de un organismo como una emoción (Maureira, 2008).

Si las emociones son disposiciones funcionales para generar cambios de posición es posible identificar algunas estructuras responsables que en su interrelación funcional permitan al organismo manifestar los movimientos estereotipados típicos de cada emoción.

¹ Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile. Correspondencia: maureirafernando@yahoo.es

² Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile.

En el sistema nervioso central la circunvolución del cíngulo, la circunvolución parahipocampal, los cuerpos mamilares, el fórnix, el hipocampo, el hipotálamo, el núcleo amigdalino, etc., conforman el sistema límbico. Esta formación junto con las áreas orbitaria y medial de la corteza frontal serían las encargadas de generar las emociones (Kandel *et al.*, 2001).

Dentro del sistema límbico el núcleo amigdalino o amígdala ha mostrado ser fundamental para el procesamiento emocional. Para Kandel *et al.* (1997) éste es un conjunto de 10 núcleos asociados en tres grupos:

- a) El grupo medial que presenta conexiones con el bulbo olfatorio y la corteza olfatoria.
- b) El grupo basolateral que se conecta con la zona orbitaria y medial de la corteza prefrontal y la zona de asociación de la corteza temporal anterior.
- c) El grupo central que muestra proyecciones con el hipotálamo y núcleos del tronco del encéfalo como el núcleo parabraquial y el núcleo del tracto solitario.

Esto muestra cómo la amígdala parece ser un sector de conjunción de muchas estructuras, las cuales se encuentran involucradas en cada una de las emociones, razón por la cual actualmente es considerada como el núcleo central emocional sobre todo de actividades como la ira y el miedo.

Una vez que las estructuras cerebrales generan una emoción se produce la activación del sistema motor visceral y del motor somático mediante las vías simpáticas, parasimpáticas y entéricas (Bear, 2002). La primera prepara al organismo para una rápida utilización energética dada por el ataque o la huida, en cambio las vías parasimpática y entérica promueven el ahorro de energía.

Debemos recordar que todas estas vías están controladas por la actividad del hipotálamo y la formación reticular del tronco encefálico (Bear, 2002). Por ejemplo, en el miedo el aumento de la frecuencia cardíaca es mediado por el hipotálamo y el estado de "congelamiento" es producido por la formación reticular. De esta forma, las actividades del sistema motor visceral y del motor somático dan como resultado los conjuntos de movimientos que etiquetamos como emociones.

AFECTO Y SENTIMIENTO

En el estudio de las emociones existen tres conceptos que suelen utilizarse como sinónimos e intercambiables: afecto, emoción y sentimiento. Por eso creemos necesario aclarar las diferencias entre ellas.

- a) **AFECTO:** Desde el punto de vista filogenético el afecto es el más antiguo. "El afecto posee tono o valencia, que puede ser positiva o negativa, e intensidad, que puede ser baja o alta. Se especula con la posibilidad de que el tono o valencia esté directamente relacionado con algunas estructuras diencefálicas (hipotálamo), y la intensidad con la formación reticular. El afecto tiene que ver con la preferencia; permite el conocimiento del valor que tienen para el sujeto las distintas situaciones a las que se enfrenta". (Palmero *et al.*, 2006).
- b) **SENTIMIENTO:** Para Damasio (1998) el sentimiento de la emoción es la experiencia mental y privada de la emoción, mientras que la emoción es un conjunto de manifestaciones, algunas de las cuales son perfectamente observables. Para Palmero *et al.* (2006) los sentimientos se relacionan con la toma de conciencia sobre una emoción cuando ocurre, es el *saber* que se está experimentando una emoción.

Por lo tanto, podemos hablar de las emociones como las disposiciones funcionales para generar cambios de posiciones y de los sentimientos como la experiencia consciente que se genera en relación con la emoción, es decir, cómo puede cada uno percibir la actividad motora visceral y somática que experimenta durante una emoción.

La experiencia del sentimiento está muy relacionada con zonas de la corteza prefrontal y frontal posterior (recordemos que estas zonas se conectan con los núcleos basolaterales de la amígdala) donde se generan otras funciones cognitivas, como la motivación, la atención e incluso se realizan los juicios morales (Kandel *et al.*, 1997).

BIOLOGÍA PURA: EMOCIONES BIOLÓGICAS

Las emociones son las funciones homeostáticas más complejas que posee un organismo (Damasio, 2003). Sin embargo, sólo ciertas emociones son parte de nuestro repertorio filogenético, es decir, que nacen de actividades especificadas en la relaciones funcionales de nuestra estructura. Estas emociones son el miedo, la ira, la alegría y la tristeza. Estas cuatro funciones pueden verse en otras especies animales, sobre todo en los mamíferos. Sin embargo, el ser humano que nace de las dinámicas del lenguaje genera emociones con un componente social, son emociones que nacen desde el lenguaje y que sólo se observan en nuestra especie. Emociones como la envidia, los celos, la vergüenza, etc., no se encuentran en el repertorio de otros sistemas biológicos, ya que si analizamos cuidadosamente

esas disposiciones corporales no son necesarias para mantener la homeostasis funcional, son originadas en el entorno cultural y por lo mismo no se presentan de igual forma en todas las sociedades.

Las emociones biológicas se originan cuando un estímulo gatilla cambios en un sistema viviente con el fin de mantener su homeostasis funcional, generando la liberación de neurotransmisores en zonas específicas de la estructura neural del organismo; esto trae por consecuencia la posibilidad de un repertorio de respuestas dada por un conjunto de movimientos frente a la perturbación.

Para Kandel *et al.* (2001) en la generación de las emociones existe una interrelación de diversas estructuras como los núcleos autonómicos (núcleo parabraquial, núcleo del tracto solitario y el núcleo dorsal motor del vago), el sistema límbico (hipotálamo, amígdala e hipocampo) y la corteza (prefrontal y temporal). Los núcleos autonómicos se conectan con el sistema límbico y éste a su vez con la corteza, y de la misma forma la corteza regula el sistema límbico y éste los núcleos autonómicos, es una regulación en ambas direcciones. Estos circuitos y estructuras cerebrales están modulados por un conjunto de neurotransmisores: la serotonina, la norepinefrina y la dopamina.

En el área tegmental ventral y en la sustancia nigra se encuentran los cuerpos de las neuronas del sistema de la dopamina, y proyectan hacia los ganglios basales, el sistema límbico y el córtex frontal y temporal (Kandel *et al.*, 2001). El núcleo del rafe contiene el cuerpo de las neuronas serotoninérgicas y proyectan al córtex cerebral, a estructuras del lóbulo temporal, el mesencéfalo así como el cerebelo y sitios en tallo cerebral y médula espinal (Bear, 2002). El *locus coeruleus* contiene el cuerpo de las neuronas del sistema de la norepinefrina e inervan todas las áreas de corteza, cerebelo y médula espinal (Kandel *et al.*, 2001).

Pese a la estructura y los neurotransmisores generales que se han mencionado, cada emoción posee una constitución específica y neurofisiológica determinada.

a) El miedo

Éste permite generar dos tipos de respuestas, la huida en el caso de una situación en la cual el movimiento rápido y de gran intensidad permita alejarse del peligro o un conjunto de respuestas que se dan desde el organismo cuando no es posible alejarse del estímulo. Por ejemplo, cuando un conejo a detectado la presencia de un zorro en los alrededores huirá frenéticamente como respuesta al estímulo; sin embargo, si de pronto en medio de la noche prendemos un foco hacia el conejo éste

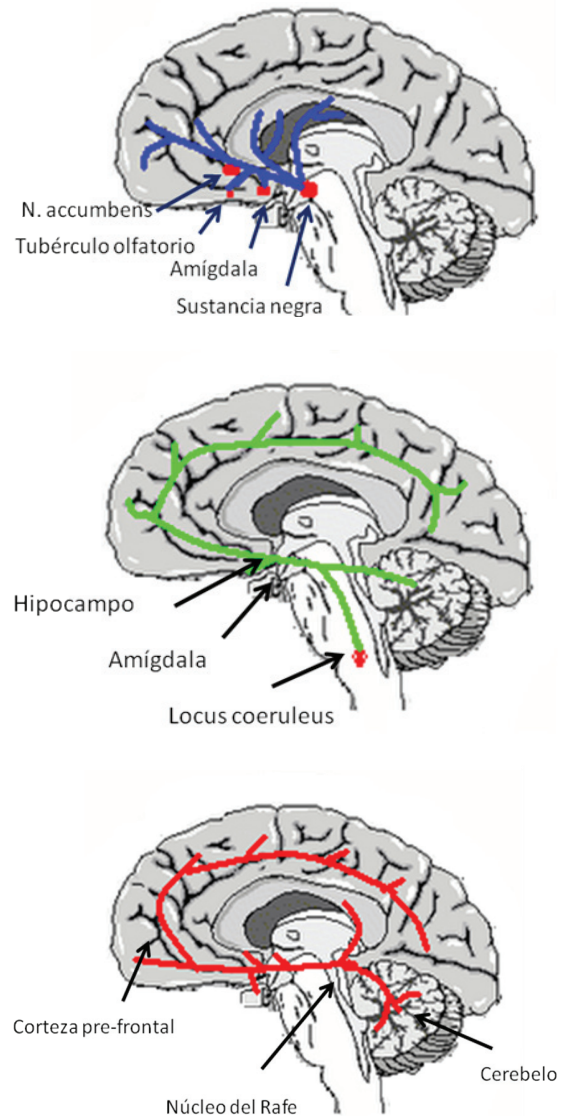


Figura 1. Vías dopaminérgica (arriba izquierda), noradrenérgica (arriba derecha) y serotoninérgica (abajo).

no huirá sino que quedara paralizado, en un estado de “congelamiento”, situación similar a la que ocurre cuando, cruzando una calle, de pronto un vehículo que se acerca a gran velocidad nos toca la bocina.

El miedo puede ser de dos tipos: a) incondicionado, el cual está en nuestra programación genética y no necesita experiencia, y b) condicionado, que se da en las experiencias previas que forman nuestra ontogenia (Aggleton & Young, 2000).

Los cambios fisiológicos producidos por esta emoción son inmediatos, así se produce aumento del metabolismo celular, aumento de la presión arterial, de la glucosa en sangre y de la coagulación sanguínea. El corazón bombea con más fuerza, la sangre fluye a los músculos y el sistema inmunológico se detiene. También se produce dilatación pupilar para facilitar la admisión de luz (Kandel *et al.*, 2001).

El circuito del miedo se basa en el núcleo amigdalino, con una importante participación del hipotálamo. Estos descubrimientos comenzaron en la década de 1930, cuando los investigadores notaron que la extirpación de la amígdala en monos disminuía dramáticamente el miedo y la estimulación eléctrica de la amígdala y el hipotálamo producía miedo en ellos, aun sin ningún estímulo.

Huber *et al.* (2005) mostraron que la administración de oxitocina suprime la actividad de la amígdala y produce una disminución del miedo. Etkin *et al.* (2006) identificaron un aumento de la actividad del cíngulo rostral, el cual activa o inhibe la actividad de la amígdala frente al miedo. De esta forma frente a un estímulo se activa la amígdala, pero es el cíngulo rostral quien determina si es necesario huir o no.

El estímulo llega al tálamo desde los sentidos, de ahí pasa a la amígdala, mediante la vía talámica directa, de gran rapidez y que actúa en niveles bajo la conciencia. Esta vía permite generar respuestas rápidas frente al peligro. Posterior a esto, se activa la vía talámica indirecta, que va hacia las cortezas sensoriales y de asociación, permitiendo una respuesta elaborada y en el nivel consciente (Kandel *et al.*, 2001).

La vía talámica indirecta funciona 300 milisegundos después que la talámica directa. La actividad de la corteza prefrontal tiende a producir respuestas de parálisis y la corteza prefrontal dorsolateral genera respuestas de huida (Bear, 2002).

El núcleo central de la amígdala tiene proyecciones al área tegmental ventral que contiene los cuerpos de las células dopaminérgicas y al locus coeruleus, cuyos cuerpos neuronales contienen norepinefrina. Así, el núcleo central tiene el potencial para influir en una amplia serie de sistemas de neurotransmisores (Aggleton & Young, 2000).

Nuevas investigaciones sugieren la existencia de tres estructuras muy primitivas que son fundamentales en situaciones de riesgo potencial o real, y se activarían antes incluso que la amígdala en la experiencia del miedo, éstos son el núcleo mediano del rafe, los colículos inferiores y la parte dorsal de la sustancia gris periacueductal (Lira Brandão *et al.*, 2003).

El núcleo mediano del rafe reconoce temporal y espacialmente un ambiente asociado a un trauma. Los colículos inferiores distinguen específicamente un sonido normal de otro considerado amenazador. La porción dorsal de la sustancia gris periacueductal parece estar vinculada a una de las respuestas más primarias de defensa del organismo frente a los estímulos de aversión: la reacción de congelamiento (Lira Brandão *et al.*, 2003)

En el núcleo del rafe el neurotransmisor encargado de la actividad del miedo es la serotonina; en los colículos inferiores la dopamina y el neurotransmisor en la sustancia gris periacueductal es aún desconocido (Lira Brandão *et al.*, 2005).

b) La ira

Para Palmero *et al.* (2002) la ira y la rabia activan una serie de manifestaciones cada vez que ocurre la frustración. Este sistema tiene como objetivo ayudar a la supervivencia del individuo y las estructuras neurobiológicas implicadas se encuentran en dos zonas dependiendo si la ira es defensiva o de ataque.

Para Zalcman y Siegel (2006) la ira se manifiesta en animales como los felinos produciendo cambios en la vocalización, dilatación pupilar, retracción de los oídos, arqueado de la espalda, etc. Además explican que en este estado un gato golpeará con frecuencia un objeto móvil, ya que de esta forma, en condiciones naturales, protege su territorio o sus crías que son amenazadas por otro animal.

El comportamiento de rabia defensiva es provocada al estimular eléctricamente el hipotálamo preóptico intermedio y el estímulo eléctrico o químico del mesencéfalo gris periacueductal (Siegel *et al.*, 1999, citado en Zalcman & Siegel, 2006).

El comportamiento de rabia de ataque se provoca al estimular eléctricamente el hipotálamo perifornical lateral, la zona ventral del mesencéfalo gris periacueductal o el tegmentum. Además la única diferencia autonómica con la rabia defensiva es una tenue dilatación pupilar (Zalcman & Siegel, 2006).

Tanto la dopamina como los receptores de norepinefrina tienen efectos similares sobre las neuronas del hipotálamo intermedio. Especialmente la activación de los receptores alfa-2 de norepinefrina y D₂ de dopamina en el hipotálamo medial y anterior facilita la rabia defensiva y los receptores D₂ de dopamina facilitan el ataque predador (Zalcman & Siegel, 2006).

El hipotálamo intermedio se proyecta al mesencéfalo gris periacueductal liberando glutamato y sus efectos son mediados por receptores NMDA. Existen

también dos clases de neuropéptidos que facilitan la rabia defensiva: la sustancia P que actúa en receptores NK_1 en el hipotálamo intermedio y en el mesencéfalo gris periacueductal, y la colecistoquinina que actúan en receptores CCK-B en el mesencéfalo gris periacueductal (Zalcman & Siegel, 2006).

Las citoquinas IL-1 beta en el hipotálamo intermedio facilita la rabia defensiva por un mecanismo de receptor 5-HT₂ y IL-2 en el hipotálamo intermedio inhibe la rabia defensiva por un mecanismo de receptor GABA_A (Zalcman & Siegel, 2006)

c) La tristeza

La tristeza es un estado interno que señala la necesidad de la afiliación y funciona para motivar a individuos para buscar relaciones sociales de apoyo. Al igual que el miedo, esta emoción está presente desde el nacimiento. En la Universidad de Wisconsin observaron que monos infantiles expuestos a la separación prolongada maternal con frecuencia sucumbían a un estado caracterizado por la pérdida de interés al ambiente, una reducción en la alimentación y tendían a agruparse en una esquina. Para Harlow (1976) la interrupción prolongada de la obligación maternal infantil también puede tener un impacto profundo sobre el comportamiento subsecuente. Monos recién nacidos socialmente aislados a una temprana edad no actuarían recíprocamente con otros monos. Ellos no jugarían, lucharían, o mostrarían ningún interés sexual.

El trabajo con animales ha identificado tres neurotransmisores que parecen ser la base de la tristeza: a) Los opioides endógenos que disminuyen durante la tristeza. Durante este estado emocional transitorio el nivel de opioide es más bajo en la transmisión en la corteza rostrada anterior del cíngulo. b) La oxitocina que también disminuye durante la tristeza. Su administración reduce la angustia por separación. c) Las acciones de echar de menos liberan dopamina en respuesta a señales evocadoras (Freed & Mann, 2007).

Según Freed & Mann (2007), la inducción de la tristeza cambia la actividad en más de 70 regiones cerebrales. La mayor parte de los estudios se basa en la tristeza inducida por memorias personales, autobiográficas o empáticas. Los tres tipos de tristeza pueden ser activados por diferentes mecanismos neurales. Once regiones cerebrales mostraron la activación en más del 30% de estudios de tristeza. Estas regiones incluyen la corteza anterior del cíngulo, relacionada con el conflicto cognoscitivo y emocional, la percepción del dolor y el aislamiento social; la corteza cingulada posterior, relacionada con memorias emocionales; la corteza ven-

trolateral prefrontal, relacionada con la recompensa; la corteza lateral y dorsolateral prefrontal, relacionada con la atención ejecutiva; el giro superior y medio-temporal y la ínsula, relacionada con la experiencia subjetiva emocional, sensaciones corporales y toma de decisiones; y las áreas de los ganglios basales y el cerebelo, relacionados con la demostración social de emociones.

d) La alegría

En seres humanos la alegría (llamada emoción positiva para su estudio científico) puede ser medida por escalas tipo Likert o por respuestas conductuales no condicionadas (Burgdorf & Panksepp, 2006). La alegría es medida por una escala verbal en autovaloración o conductualmente por la presencia de sonrisa de Duchenne, por ejemplo (Ekman *et al.*, 1990). En los animales sólo es posible medir la alegría con escalas conductuales (Burgdorf & Panksepp, 2006).

La alegría esta relacionada con estados afectivos positivos, es decir, que originan el acercamiento y varios comportamientos consumatorios de éste.

“El origen de las emociones positivas se clasifican en: a) aquellas que surgen de necesidades físicas para generar la homeostasis del sistema y que son aliviados por una actividad sensomotora específica, b) aquellas que reflejan procesos de acciones emocionales (juego, investigación, etc.), y c) aquellos que surgen como sentimientos generales de fondo relacionadas con varias formas de satisfacción, angustia y alivio” (Ostow, 2004; Panksepp, 2004; Panksepp y Pincus, 2004, citado en Burgdorf & Panksepp, 2006).

La alegría es producida debido a la actividad del sistema límbico y subsistemas específicos en regiones sub-neocorticales (Panksepp, 1998). En estudios sobre drogas que producen euforia se ha visto que el agonista opiáceo que se une a receptores opiáceos μ es eufórico, mientras que opiáceos kappa selectivos generan estados negativos en la gente (Schlaepfer *et al.* 1998, en Burgdorf & Panksepp, 2006).

“Cuando se inyecta opiáceo m agonista (morfina, endomorfina 1, DAMGO) directamente en el cerebro en el área tegmental ventral, núcleo accumbens, en la sustancia gris periacueductal y el ventrículo lateral se genera preferencia de lugar condicionado (Bals-Kubik *et al.*, 1993; Olmstead y Franklin 1997; Terashvili *et al.*, 2004), en cambio los agonistas kappa selectivos (U50, 488K) producen aversión de lugar condicionado al ser inyectados en las mismas regiones cerebrales (Bals-Kubik *et al.*, 1993)” (Burgdorf & Panksepp, 2006).

Existen varias áreas subcorticales implicadas en la generación de emociones positivas: zonas mesocorti-

cales sobre todo orbitofrontales, el cíngulo anterior y la ínsula. El estímulo eléctrico del núcleo accumbens produce risa y euforia (Okun *et al.*, 2004). Para Knutson *et al.* (2001) el striatum ventral está relacionado con la anticipación de recompensa, por otra parte, el recibo de la recompensa; está relacionado con una disminución de la actividad en el striatum ventral.

Con respecto a la actividad de la amígdala, ésta decrece con emociones positivas, ya que su papel principal está relacionado con emociones como el miedo, la ansiedad y la ira.

RELACIÓN DE LAS EMOCIONES Y EL LENGUAJE: EMOCIONES SOCIALES

El segundo tipo de emociones que podemos encontrar sólo en los seres humanos son las emociones sociales, las que nacen de relaciones basadas en el lenguaje, que es la base de lo humano y donde sólo es posible serlo.

Si bien nuestra intención no es explicar aquí lo que es el lenguaje, ya que eso sería otro artículo en sí mismo, diremos que *el lenguaje es un conjunto de acciones conductuales recursivas coherentes en la experiencia generada en la relación con otros* (Maureira, 2009). Es decir, que cuando dos o más individuos se relacionan en una convivencia diaria sus conductas comienzan a adquirir significado. Por lo que cada conducta que sea coherente en la experiencia que se ha generado en la diaria convivencia con el resto de los individuos del grupo permite que la relación con el otro o los otros sea entendible en base a sus acciones conductuales generando el lenguaje.

Ambos, la emoción y el lenguaje, están estrechamente vinculados. Si el primero son disposiciones funcionales para generar acciones conductuales y el segundo son acciones conductuales recursivas coherentes en la experiencia generada en la relación con otros, queda claro que la emoción determina al lenguaje. Esto es muy simple de observar: cuando vamos donde un jefe la emoción que experimentamos nos permite comunicarnos de cierta forma que es muy distinta a cuando visitamos un amigo. En las dos situaciones el lenguaje utilizado es tremendamente distinto en base a la emoción desarrollada. Es importante entender bien esto, ya que como seres vivos pasamos de una emoción a otra durante toda la vida, y será ese estado el que determine qué lenguaje utilizaremos en cada momento. Ahora también es claro que podemos cambiar una experiencia emocional con el lenguaje, es decir, la emoción determina el lenguaje y al mismo tiempo el lenguaje puede determinar la emoción, es un sistema

bidireccional en donde ambas funciones pueden provocar cambios generativos en el otro.

Las emociones sociales, es decir, que están dadas en las acciones conductuales del lenguaje que generan lo humano son la envidia, el orgullo, la vanidad, la vergüenza, los celos y la culpa. Si analizamos a fondo estas emociones nos damos cuenta que cada una nace de una característica social, o sea, su origen no se da en la necesidad de la homeostasis funcional de un sistema viviente ni tampoco de la reproducción del mismo, sino más bien surge de una condición del ser humano en algún aspecto definido por él mismo en relación a otro u otros. Por lo tanto, las emociones sociales no poseen ninguna finalidad funcional orgánica, aunque sí genera cambios en el sistema nervioso ya que si no fuese así no podríamos experimentarlas. Cada una de las emociones sociales posee un correlato de funcionamiento neural, activación de ciertos neurotransmisores y núcleos cerebrales. La diferencia fundamental entre ambos tipos de emociones es que las biológicas son fundamentales para preservar la homeostasis funcional del organismo, en cambio las sociales son innecesarias para el funcionamiento del sistema biológico, son el resultado de actividades relacionales culturales.

Debido a su origen social, este tipo de emociones varía dependiendo de la cultura. La culpa y la vergüenza, por ejemplo, serán gatilladas por diferentes perturbaciones, las cuales han sido enseñadas, es decir, traspasadas generacionalmente en el lenguaje. De esta forma al contrario de las emociones biológicas que son parte del repertorio genético de un organismo y por lo tanto son gatilladas por las mismas perturbaciones para cada individuo de la misma especie, las emociones sociales son vivenciadas por diferentes perturbaciones, que son las que socialmente han sido determinadas como causantes de dicha vivencia. Por ejemplo, el caminar desnudo frente a otras personas gatillará una emoción de vergüenza en individuos de ciertas culturas pero no lo hará en otras sociedades y esto se debe solamente al hecho de que una sociedad ha establecido esta acción como negativa, reprochable ya que niega sus conceptos establecidos como rectores del bienestar del vivir humano en dicha sociedad.

PARA FINALIZAR

El estudio de las emociones nos ha llevado a entender el papel que juegan en la homeostasis los sistemas biológicos más evolucionados, en donde ha sido posible establecer circuitos neurales que generan dichas vivencias, pero también no ha llevado a comprender que en los seres humanos existe otro conjunto de emociones,

las cuales no viene programadas en nuestra estructura funcional sistémica, que no poseen una función homeostática, que se originan en el lenguaje y por lo tanto sólo se encuentran presentes en nosotros.

La clasificación de las emociones en dos grupos, uno biológico y otro social, viene a mostrar que existen vivencias emocionales que están determinadas por el grupo humano en el cual se crece y son vivencias que no son experimentadas por otros organismos. Esto es importante de resaltar: emociones como el rencor, la envidia, el sufrimiento, etc., son sólo humanas, y cuando se atribuyen a otros organismos, es desde una postura como observadores, desde nuestra experiencia, pero no refleja un vivir del otro.

Las emociones determinadas por la cultura son una clara muestra de la capacidad plástica de nuestro sistema nervioso y cómo es capaz de generar diversas respuestas a perturbaciones variadas. También nos muestran cómo el lenguaje, que da origen a lo humano y de la misma forma a todo lo social, es la dinámica fundamental que encauzará las diversas conductas que conforman cada una de las emociones sociales. El ser humanos se mueve en dos dimensiones de existencia: una biológica, dada por la homeostasis funcional sistémica, y otra relacional, dada por el lenguaje.

REFERENCIAS

1. Aggleton J, Young A. The enigma of the amygdala: on its contribution to human emotion. En R.D. Lane y L. Nadel (eds.): *Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp. 106-128). Nueva York: Oxford University Press, 2000
2. Bear M. *Explorando el cerebro*. Barcelona: Masson, 2002
3. Brandão L, Troncoso A, De Souza Silva M, Huston J. The relevance of neuronal substrates of defense in the midbrain tectum to anxiety and stress: Empirical and conceptual considerations. *European Journal of Pharmacology*, 2003; 463, 225-233
4. Brandão L, Borelli K, Nobre M, Santos J, Albrechet-Souza L, Oliveira A, Martinez R. Gabaergic regulation of the neural organization of fear in the midbrain tectum. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2005; 29, 1299-1311
5. Burgdorf J, Panksepp J. The neurobiology of positive emotions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2006; 30: 173-187
6. Damasio A. Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Review*, 1998; 26: 83-86
7. Damasio A. *El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Crítica, 2003
8. Darwin C. *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*. Madrid: Alianza Editores, 1997
9. Ekman P, Davidson R, Friesen W. The Duchenne smile: emotional expression and brain physiology. *Journal of Personality & Social Psychology*, 1990; 58: 342-353
10. Etkin A, Egner T, Peraza D, Hirsch J. Resolving emotional conflict: a role for the rostral anterior cingulate cortex in modulating activity in the amygdala. *Neuron*, 2006; 51: 872-882
11. Freed P, Mann J. Sadness and loss: Toward a Neurobiopsychosocial Model. *Am J Psychiatry*, 2007; 164: 1
12. Harlow H. Social rehabilitation of separation-induced depressive disorders in monkeys. *American Journal of Psychiatry*, 1976; 133(11): 1279-1285
13. Huber D, Veinante P, Stoop R. Vasopressin and oxytocin excite distinct neuronal populations in the central amygdala. *Science*, 2005; 8; 308 (5719): 245-248
14. Kandel E, Schwartz J, Jessell T. *Neurociencia y conducta*. Barcelona: Prentice Hall, 1997
15. Kandel E, Schwartz J, Jessell T. *Principios de neurociencias*. McGraw Hill, 2001
16. Knutson B, Adams C, Fong G, Hommer D. Anticipation of monetary reward selectively recruits nucleus accumbens. *Journal of Neuroscience*, 2001; 21 (RC159), 1-5
17. Maureira F. Ser humano: emociones y lenguaje. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2008; 11, 2: 83-96
18. Maureira F. Tratado ontológico humano. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2009; 12, 3: 187-223
19. Okun M, Bowers D, Springer U, Shapira N, Malone D, Rezaei A, Nuttin B, Heilman K, Morecraft R, Rasmussen S, Greenberg B, Foote K, Goodman W. What's in a 'smile?' Intra-operative observations of contralateral smiles induced by deep brain stimulation. *Neurocase*, 2004; 10, 271-279
20. Palmero F. La emoción desde el modelo biológico. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2000; 6, 13: 1-66
21. Palmero F, Guerrero C, Gómez C. & Carpi A. Certezas y controversias en el estudio de la emoción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2006; 9, 23-24: 1-25
22. Panksepp J. *Affective Neuroscience, The Foundations of Human and Animal Emotion*. Oxford University Press, New York, 1998
23. Zalcman S, Siegel A. The neurobiology of aggression and rage: Role of cytokines. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2006; 20: 507-514

FILOSOFÍA

ALMA Y AFECTIVIDAD EN ARISTÓTELES

(Rev GPU 2011; 7; 2: 190-198)

Hernán Villarino¹

En todas las formulas psicológicas antiguas, incluso en las de carácter materialista, como en Demócrito, Epicuro o Lucrecio, se empleaba el término alma para nombrar el principio de la vida nutritiva, reproductiva, motora, cognoscitiva, afectiva y volitiva de los vivientes en general y de los seres humanos en particular. En el presente, sin embargo, el término alma supone disputas pasadas y olvidadas, originadas en prejuicios que no soportan un análisis racional. Por eso su mención, en la actualidad, implica, para quien lo realiza, no estar interesado en cuestiones históricas, o en curiosidades arqueológicas y religiosas las cuales no tienen ningún lugar en las ocupaciones y estudios psicológicos serios del presente. No quisiéramos enfrascarnos en discutir esta precomprensión, bastante extendida en el mundo de la psicología científica, sino mostrar en qué consistía aquella entidad, y cómo se articulaba con lo que aún llamamos afectos o vida afectiva. Al fin de cuentas, lo que sea que pensemos del alma, en la antigüedad se constituyó como un sistema, una estructura completa, donde las distintas partes eran coherentes entre sí y se sostenían mutuamente, y en la que aún hoy, términos y conceptos como el de afectividad, persisten en las discusiones. Nuestra exposición se centrará en la tardía y madura concepción aristotélica. Desde allí haremos algunas excursiones sobre otros autores y doctrinas.

EL ALMA (*PSYCKÉ*)

Para Aristóteles, el alma, *psycké*, es principio de vida, es decir, aquello por lo que viven los vivientes. Aunque la vida requiere de la materia no es materia sin más, sino materia informada y determinada de alguna manera, en razón de lo cual tiene sus principios operativos, sus peculiares causas, sus propios fines y efectos. La concepción del viviente como una composición de alma y materia es la aplicación, al caso particular, del modo general como Aristóteles explica la constitución

de los entes finitos y móviles, a saber, por medio de la dualidad materia-forma o hilemorfismo. Esta mesa, por ejemplo, es un compuesto de materia y forma. Su materia es la madera, pero no es la madera lo que hace de esta mesa una mesa, sino sus principios operativos, su idea, su forma en fin, de donde deriva su comportamiento. Podría ser de hierro, de plástico, etc., pero si sigue las mismas reglas seguirá siendo una mesa. La forma (que no refiere a una imagen sino a una cierta información), cuando alude a los seres vivos la llamó Aristóteles *psycké* (alma), siguiendo una larga tradición

¹ Dpto. de Medicina y Humanidades Médicas. U. de Chile.

griega, y hace mención a ciertas reglas de actividad en virtud de las cuales los seres vivos siguen un plan que los dota de unidad y sentido.

Ahora bien, en Aristóteles la materia y la forma (alma) son sólo principios entitativos, no entes completos. No existen la materia y la forma o el alma y el cuerpo por separado, sino los sujetos vivos, corporales, compuestos ya de alma y materia, como por ejemplo la encina, la mosca, el caballo, el hombre, etc. En Platón, sin embargo, y en Descartes, el alma es un ser completo independiente del cuerpo, de modo que no necesita de éste para vivir y su unión resulta puramente accidental. En estas visiones dualistas siempre se suscita el problema del lugar donde el alma y el cuerpo se unen, punto que para Descartes estaba en la epífisis. Pero el alma aristotélica no antecede al cuerpo ni el cuerpo precede al alma, no se insertan el uno en el otro extrínsecamente. Su unión es esencial, no accidental, porque la sustancia del vivo consiste en su cuerpo viviente, constituido por un alma (forma) determinante y una materia determinada.

Como para Aristóteles el alma no es una parte discreta ni un órgano del viviente, está toda en todo el cuerpo y toda en cada parte de él, es decir, ni hay más vida ni otra vida en esta parte del cuerpo que en esta otra; todo el viviente vive unitariamente la misma vida. Por otro lado, la muerte no es la liberación del alma sino la disolución del compuesto de forma y materia, por ende es la extinción del individuo que resulta de la combinación de aquellos dos co-principios². Para el estagirita, entonces, *psyché* no es directamente principio de funciones mentales, como se entiende hoy, sino principio de vida. Sólo era principio de funciones mentales en tanto lo mental es parte del vivir de ciertos vivientes.

EL ALMA VEGETATIVA

En el vegetal, que es el primer escalón de la vida, el viviente sólo se ocupa en nutrirse, crecer y reproducirse, y al principio según el cual la conducta de un ente vivo se remite a estos menesteres lo llamó Aristóteles alma ve-

getativa. Con la nutrición, el viviente se apropia y asimila aquello que requiere para vivir y lo transforma en su propia sustancia, gracias a lo cual se mantiene y desarrolla. Por eso, la vida, como dicen Arregui y Choza, en primer lugar es autoposición: se pone a sí misma y pone las reglas según las cuales vive y a las cuales acomoda su conducta, reglas que ciertamente son muy distintas de las que rigen el comportamiento de la materia inorgánica. Pero aparte de mantenerse, función inmanente e intransitiva, el vegetal se reproduce, sale de sí, transita de sí hacia otro cumpliendo el momento extático de todo vivir.

EL ALMA SENSITIVA

El primer rasgo del viviente, como ya dijimos, es la autoposición. El segundo es la autoposesión, porque el vivir es algo que pertenece esencialmente al viviente, y que el viviente realiza por sí mismo y consigo mismo. No obstante, esas dos características, comunes a todo lo que vive y que distinguen lo vivo de lo inerte, se realizan en distinto grado en los diferentes vivientes. En el vegetal, ocupado en nutrirse y reproducirse, los fines y los medios le son dados, de modo que su autoposición y autoposesión son mínimas.

A diferencia del vegetal, el animal no puede sentarse a esperar, porque en ese caso moriría. Igual que con el vegetal, su vida se relaciona estrechamente con su medio ambiente, pero esa relación está mediada en mayor medida por su propia conducta. El vegetal, ciertamente, realiza su vida por sí mismo, porque también es autoposesión, pero por su evidente pasividad en cierto modo la recibe. El animal, en cambio, tiene que luchar por ella.

Dado que el animal ha de “buscarse la vida”, posee un alma que Aristóteles llama sensitiva, es decir, capaz de sentir, conocer, recordar y ser afectada, de todo lo cual carece el vegetal pero sin lo cual el animal no podría mantenerse. El alma sensitiva implica que el animal tiene una relación cognoscitiva tanto consigo mismo como con lo que él mismo no es, y que podríamos llamar su mundo. Ya que en este trabajo nos orientamos al estudio de los sentimientos, soslayaremos el detalle de lo propiamente cognoscitivo del alma sensitiva en la doctrina de Aristóteles, aunque así perdamos inteligibilidad, para adentrarnos en los caracteres de la afectividad y del lugar que las afecciones ocupan en la economía de la vida animal.

AFECCIONES O SENTIMIENTOS EN LA VIDA ANIMAL

En el vocabulario de la antigüedad pasó con la palabra sentimiento lo mismo que con la palabra *psyché*, no

² Hoy se discute si el sentido de la forma y la materia, en Aristóteles, es ontológica o semántica. Hay buenas razones para pensar que en muchos casos la composición de materia y forma es una forma de hablar, porque de muchas realidades, aunque son unas y unitarias, no se puede hablar sino haciendo referencia al menos a dos estructuras de significados. En computación también se habla de software y de hardware, por ejemplo, y el código genético es, en esencia, pura información.

alude, originalmente, a lo mismo que hoy. En efecto, la palabra sentimiento no refería a las afecciones, estaba relacionada con las sensaciones, y por ende con el conocimiento. Tardíamente la palabra sentimiento se hizo sinónimo de afección, emoción o pasión, que son los términos empleados en la antigüedad, lo que ha significado una dificultad para la comprensión de esos conceptos, y seguramente ha introducido en ellos cierta confusión.

Lo que hoy llamamos sentimientos los antiguos los llamaron afecciones. La afección alude al hecho de ser afectado por algo, es decir, de ser movido por algo. Pero este movimiento de que hablamos no remite a una experiencia física, a un cambio de lugar, por ejemplo, sino a una experiencia psíquica, de modo que con más precisión denota una inclinación o un apetecer. La afección, en rigor, es un tender apetitivo, y por ser una inclinación natural no ha sido propuesta por el sujeto, por eso se dice que es pasiva y de allí el término pasión.

Las afecciones, entonces, en Aristóteles, constituyen la estructura tendencial propia del viviente animal que tiene que “buscarse la vida”, y en virtud de las cuales cumple las funciones transitivas e intransitivas al modo que son imperadas por su forma o alma propia. Los afectos responden a la facultad apetitiva del alma, y se habla de facultad porque el apetecer, o en su caso el conocer, no están siempre en acto, son facultativos (a veces el animal duerme, por ejemplo) en cambio, el vivir, mientras el viviente vive, siempre está en acto, incluso aunque duerma. Por eso, la vida, o el alma, es el acto primero y el principio remoto de las operaciones del viviente, y siempre está en acto, porque de no ser ése el caso estaríamos muertos. La facultad, en cambio, es el principio próximo de operación, y puede (facultativamente) estar en potencia o en acto.

DIFERENCIAS Y RELACIONES ENTRE AFECCIONES Y SENTIMIENTOS

Las nociones anteriores nos permiten precisar mejor la diferencia y el parentesco que hay entre afección y sentimiento. Dijimos más atrás que el sentimiento, en la antigüedad, estaba más relacionado con el conocer, de modo que su sentido original se aproxima mejor a lo que hoy llamamos representación o percepción que propiamente al afecto. Un animal, por ejemplo, ve a su presa, es decir, tiene un sentimiento o un conocimiento de ella. Ahora, si tiene hambre será movido a capturarla y comerla; si ha comido recién y está satisfecho se comportará con indiferencia, porque está movido más bien a realizar una digestión placentera, incluso puede alejarse, movido por cierta repugnancia. Es claro en

este caso que habiendo un solo y mismo sentimiento (conocimiento), hay en cambio tres posibles afecciones, mociones o apeticiones distintas.

En los afectos de los animales superiores, aparte del tender se pueden describir dos sentimientos³. Por lo pronto, en toda afección hay un objeto que el afecto persigue o elude, y por el cual es movido; en cambio, no en todo sentimiento hay una afección. Es que un sentimiento, como todo conocimiento, puede ser quiescente (saber que dos y dos son cuatro quizá no mueva a nada). Un afección, en cambio, porque afecta siempre mueve, y mueve ya sea en un sentido atractivo o repulsivo (y cuando el tender, afectar o mover son violentos, recibieron en la antigüedad el nombre de emociones). Por todo esto, antaño no tenía sentido hablar de la profundidad de un sentimiento, sino de su claridad o nitidez. En cambio, resultaba apropiado referirse a la profundidad de una afección en función de la intensidad con que movía.

Si hiciéramos un arbitrario listado de lo que hoy se denomina sentimiento, obtendríamos una nómina más o menos de este estilo: euforia, éxtasis, entusiasmo, alegría, felicidad, optimismo, satisfacción, placer, agrado, tranquilidad, serenidad, orgullo, amor, amistad, camaradería, confianza, gratitud, respeto, solidaridad, lealtad, altruismo, deseo, ambición, asombro, nostalgia, tristeza, desasosiego, incertidumbre, arrepentimiento, cansancio, vergüenza, aburrimiento, náusea, confusión, inseguridad, odio, resignación, remordimiento, resentimiento, desprecio, rencor, celos, envidia, etc.

Este listado podrá ser criticado, con razón, porque entre otras cosas carece de toda jerarquía. Pero lo que nos interesa destacar es que casi todo lo mentado son afecciones. Yo no sólo sé que estoy alegre, o triste o con asco, como sé, por ejemplo, que dos y dos son cuatro, sino que en los tres casos anteriores estoy afectado y movido en cierto sentido. En cambio, nada me mueve cuando meramente sé algo, es decir, cuando tengo el sentimiento que dos y dos son cuatro, por ejemplo. En definitiva, el animal no “siente hambre” porque no tiene un lenguaje ni un nombre para lo que siente, sólo está

³ Esta dualidad ya fue notada por Descartes, y es usada ampliamente por Jaspers en su filosofar. Brentano la denominó como la di-energía del acto consciente, y alude al hecho de que somos conscientes de un objeto intencional al mismo tiempo que somos conscientes de esa conciencia. Es decir, en el mismo acto yo sé de algo (objeto intencional), al mismo tiempo que sé que soy yo quien lo sabe, o que lo estoy sabiendo (subjetividad).

afectado y movido a saciarse, pero tiene el doble sentimiento (conocimiento) de que está afectado de cierto modo y del objeto que satisface su apetito o tendencia. Por eso, en Aristóteles, a diferencia de Descartes, la vida de los animales no es algo ciego ni mecánico.

LA FINALIDAD DE LOS AFECTOS EN LOS ANIMALES

Los afectos son los estímulos inmediatos de la conducta animal, en virtud de los cuales puede seguir viviendo. Pero dicho abstractamente, lo que persigue y apetece el viviente en general son bienes para él mismo, de modo que su estructura tendencial está orientada hacia fines, bienes y valores. El animal tiende a su propia realización, y con ello a su perfección y plenitud porque en eso consiste su bien. Y esa inclinación natural, que es fruto del vivir del viviente, los griegos la llamaron *horéxis* (deseo) y los romanos *apetitus*. Por eso, el término *afección* de la antigüedad está más emparentado con los actuales *necesitar*, *desear* y *querer*; y de allí también el problema en el uso del término *sentimiento*, que sólo contiene el momento cognoscitivo de la *afección* pero soslaya el momento tendencial, que en el *afecto*, lógicamente, es lo propio y fundamental.

LIBIDO Y AGRESIVIDAD EN LOS APETITOS ANIMALES

El modo de ser afectado del animal se presenta, para Aristóteles, de dos modos: o como deleitable a los sentidos o como conveniente a la propia naturaleza. Al primero lo denomina *apetito concupiscible* y al segundo *apetito irascible*. En este segundo caso, el bien resulta arduo, trabajoso, y su obtención supone luchas y esfuerzos. En la realización de sus fines el animal a veces encuentra obstáculos y contradicciones. Por ejemplo, tiene hambre y sed al mismo tiempo, y debe decidir qué resolver primero; o la obtención de su presa implica un esfuerzo previo denodado y penoso. Por eso, el *apetito concupiscible* es comparativamente más pasivo que el *irascible* o *agresivo*.

El vegetal busca el agua, pero sólo puede recibirla si ya está allí, y si no, se marchita. Incluso puede haber agua en exceso, pero entonces no huye sino que se pudre. La vida es lucha, suele decirse, pero en el vegetal, a diferencia del animal, no hay lucha aunque sin duda hay vida. El vegetal, notoriamente, no tiene un *apetito irascible*, es decir, no debe priorizar sus propios *apetitos* haciéndose violencia a sí mismo, ni tampoco ataca ni se defiende conscientemente, no protege a sus retoños, por ejemplo, nunca es *agresivo* y está siempre como dormido.

EL ALMA INTELECTIVA

Las *afecciones* y *apeticiones* dependen del modo de conocer, porque el alma es un principio unitario donde sus facultades se relacionan coherentemente. Sin embargo, aunque no vayamos a desarrollar la discusión sobre el tema del conocimiento, es indispensable proponer ciertas conclusiones, si se quiere a título dogmático, porque sin ellas la perspectiva aristotélica de la vida *afectiva* humana resulta totalmente ininteligible.

Para Aristóteles, dijimos, los animales son *afectados* y están naturalmente inclinados y se dirigen a sus fines y bienes por propia conveniencia. Y aunque son impulsados a ello, toda vez que no se han propuesto nada de lo que apetece, persiguen y desean, a diferencia del vegetal conocen sus fines, aunque no sepan que son fines, y ponen los medios para alcanzarlos, aunque tampoco sepan que son medios. Las *afecciones* y *tendencias* del animal son los resortes inmediatos que lo empujan a mantener y realizar su propia vida, entre otras cosas a nutrirse y reproducirse, y si bien todo viviente se interesa en su vida, en el animal hay una mayor intimidad de esta preocupación que en el vegetal, porque a través de su conciencia es en mayor medida objeto de sus propios cuidados y dispone más y mejor de su destino, de modo que su vida es más suya que en el vegetal.

Ahora bien, el conocimiento del animal superior, como todo conocimiento, versa sobre un objeto intencional y es por ende inmaterial. No obstante, está supeditado a órganos sensibles, que son estructuras fisiológicas desarrolladas para captar ciertas inmutaciones procedentes tanto del medio ambiente como del propio cuerpo. El oído, por ejemplo, es apto para captar inmutaciones sonoras. Pero cuando el conocer depende de órganos refiere a un objeto concreto y particular y, por lo mismo, no es un conocimiento comunicable. Yo puedo comunicar que algo me duele, por ejemplo, pero no puedo comunicar mi dolor, porque en el saber de mi dolor están implicados órganos. ¿Cómo comunicar a un ciego de nacimiento la experiencia y el conocimiento de la luz y del color?

Es evidente que el conocimiento sensible humano es igualmente dependiente de órganos. Sin embargo, como dice Platón, el hombre ve el rojo y el azul con los órganos de los sentidos pero al mismo tiempo ve que son desiguales, aunque de la igualdad y la desigualdad no lo informan los órganos de los sentidos⁴. Un ciego

⁴ El hecho que con ocasión de las cosas veamos algo que es real y verdadero pero que no tiene carácter sensible

puede conocer perfectamente lo que es la igualdad, y eso que conoce lo conoce del mismo modo que un vidente, porque los conceptos no informan de algo concreto, particular y sensible sino de algo universal, y cuando son conocidos siempre se los conoce como lo mismo que son. De modo que además de inmaterial, el conocimiento intelectual, a diferencia del sensible, es también inorgánico, y por ende íntegra y perfectamente comunicable.

LA RELACIÓN APETITO-CONOCIMIENTO

Las tendencias del viviente radican en su unidad vital. El vegetal está abierto sólo a la luz y el agua, esos son los objetos de sus tendencias, respecto de las cuales, por lo demás, parece no tener conciencia. De todas las formas de vida, la vegetal es la más cerrada. El animal inferior, en cambio, está abierto al mundo por los órganos de los sentidos, en particular por el sentido del tacto, que para Aristóteles es el sentido externo fundamental, a partir del cual se desarrollan los otros como variaciones. En este caso el animal está abierto, y es afectado, es decir, huye, o se aproxima, de aquello que puede palpar, por así decirlo. En el animal superior, poseedor de varios órganos de los sentidos, se agrega a la sensibilidad externa otra interna que coordina y relaciona la variada información, de modo que está abierto a una realidad más amplia que por medio del sentido interno él mismo organiza, maneja y dispone en un grado más alto. Mientras mayor es la complejidad cognoscitiva se es afectado de un modo más heterogéneo, y cuando el mundo es más extenso las afecciones y tendencias son también más variadas. Los animales superiores aprenden, tienen vida social, etc. Y no sólo rastrean sino que también buscan rastros, de modo que persiguen objetos ausentes y por lo mismo tienen memoria e imaginación. Quizá elaboren conceptos, pero no conocen los conceptos como conceptos, de modo que no pueden pensar.

Ahora bien, el hombre, por la naturaleza intelectual de su alma, está abierto a todos los entes, conoce a los entes en cuanto entes, o bajo la forma de entes, es decir, el hombre está abierto al ser. Por eso, conoce los medios como medios y los fines como fines, y su relación con el mundo no radica en la pura inmutación, es

ni está en las cosas, era, para Platón, una prueba de la preexistencia del alma, y ahí radica el fundamento de su teoría de la *anamnesis*. En algún otro lugar había visto el alma la igualdad, ahora sólo la recordaba.

decir, en el modo como los objetos mueven el órgano del sentido, sino que él mismo se acomoda al modo de ser de los objetos. El hombre, por ello, está abierto al infinito y está infinitamente abierto. El alma humana, dice Aristóteles, es todas las cosas. Pero, también, está abierto sobre un infinito temporal. Aunque en los deseos y tendencias del animal haya un elemento procesal indudable, son fundamentalmente actos del presente. En el hombre, en cambio, se distienden incluso más allá de su propia vida.

LA INDETERMINACIÓN DE LA AFECTIVIDAD HUMANA

El que el hombre tenga un alma intelectual no significa que su alma sea sólo intelectual y que no haya en él nada de vida sensible ni vegetativa. Tampoco significa que tenga tres almas, una vegetativa otra sensitiva y otra intelectual⁵. Lo que significa, realmente, es que al agregarse lo intelectual se modifican las instancias previas de un modo específicamente intelectual, humano⁶. Por ejemplo, el hombre se nutre, pero su forma de hacerlo, a diferencia del animal, queda más indeterminada. Por lo pronto, el comer está mediado por una serie de utensilios, circunstancias, símbolos y ritos que él mismo pone. Lo mismo pasa con su sexualidad, que se asocia a un cortejo de eventos que no existen en el animal. Por esto, algunos plantean la discusión de dónde está la verdadera naturaleza humana, si en lo biológico o en lo cultural. Sin embargo, sus tendencias sensibles y vegetativas son plásticas, y la cultura es creada y modificada por él. Si el hombre, por su alma intelectual, está abierto al ser, realmente está abierto sobre un infinito y tiene infinitas posibilidades. Lo que haga entonces, y el modo como viva, no está estrictamente determinado ni biológica ni culturalmente; su ser radica en su libertad.

⁵ En la actualidad se habla también de un cerebro triuno, con una parte reptiliana, otra de mamífero y otra racional. Pero no por eso tenemos tres cerebros, sino uno.

⁶ Para Aristóteles, la vida es el ser del viviente; el cerebro, en cambio, es un órgano, una parte, de modo que no coincide con el alma. Como se recordará, el alma está toda en todo el cuerpo y toda en cada parte de él, lo que no ocurre con el cerebro, que es un órgano, un principio próximo de operaciones. La vida, el ser del viviente, radica primariamente en su alma. El cerebro no rige ni crea la vida; es la vida la que crea el cerebro y le encomienda funciones, por así decirlo

LA AFECTIVIDAD HUMANA: EL OBJETO INTENCIONAL

En la tendencia propiamente humana el elemento cognoscitivo, es decir, sentimental, juega un rol mayor que en el animal. En la Retórica, por ejemplo, se define la compasión como una *cierta pena por un mal manifestado, destructivo o penoso, de quien no merece recibirlo; mal que también uno cree poder padecer, o que puede padecer alguno de los suyos*. En esta afección el objeto intencional es tan grande que casi pareciera tragarse, anular u ocultar al momento propiamente tendencial. En efecto, para experimentar la compasión en primer lugar hay que tener cierta idea de lo que es el mal; en segundo lugar, de lo que es la inocencia (porque se trata de un mal no merecido por quien lo recibe); en tercer lugar, del comportamiento del mundo y del tiempo, toda vez que contiene una deducción de la posibilidad de que ese mal me ocurra a mí o a los míos en un futuro. Por esta dimensión del objeto intencional de los afectos humanos, Aristóteles se anticipa a Wittgenstein en considerar que la afectividad propiamente humana no es un asunto privado sino público y comunicable.

Sin cierto conocer el hombre no puede ser afectado por ciertas afecciones, aunque sin duda el puro conocimiento no asegura la afección. Es que habitualmente se agrega, en la afección, un ingrediente corporal. La ira, la tristeza o el amor, dice Aristóteles, no se conocen como puras ideas sin que el cuerpo esté también movido y con-movido de alguna manera (aunque sin los elementos cognoscitivos e intencionales que le son propios no existirían como tales afecciones). La afectividad humana presenta de modo eminente el ingrediente di-energético de la conciencia, y junto con ello un cierto estado corporal, que no es agregado ni extrínseco, porque la afección es un acto unitario con tres momentos que se pueden separar de *dicto*, pero no *in re*, es decir, en la cosa misma⁷, división que en cambio sí ha ocurrido modernamente. Y para resolver esas dicotomías, y dotar de unidad la vida corporal y cognoscitiva se ha recurrido a las doctrinas del paralelismo psicofísico, el interaccionismo, etc., donde muchas veces se afirma, implícitamente, que el alma y el cuerpo son principios extrínsecos y que su unión es puramente accidental.

⁷ Los tres ingredientes ideales del afecto son los siguientes: 1º Conocimiento del objeto buscado o eludido. 2º Conocimiento del propio estar afectado. 3º El estar afectado o movido en cierto sentido. (El 1º y el 2º pueden ser todo lo oscuros que se quiera, incluso inconscientes).

LA AFECTIVIDAD HUMANA: EL ELEMENTO VOLUNTARIO

Para Aristóteles, como vimos más atrás, la inclinación o tendencia que supone una afección siempre apunta a la obtención de un bien o la elusión de un mal para el viviente, y cuando la inclinación deriva de la forma o alma poseída la llamó apetito *naturalis*. Pero cuando la forma poseída por el apetito no es natural sino intencional, que es el caso del alma intelectual, a este nuevo apetito Aristóteles lo llamó *elicitus*⁸. El apetito elícito, como todo apetito, afecta al viviente y despierta en él una tendencia a un bien al que el viviente se dirige por propia conveniencia. Pero en este caso, que es el caso de lo voluntario, el bien al que tiende el apetito es puesto por el mismo viviente, no está determinado previamente.

Al conocimiento sensible le sigue un apetito sensible, al conocimiento intelectual un apetito elícito, voluntario, intelectual e inorgánico, por ende íntegramente comunicable. Lo voluntario, que es intelectivo, es movido por la forma de un objeto, no necesariamente sensible, que regula y determina nuestro querer, tender y apetecer intelectualmente informado. Como el intelecto se determina por todo lo que es, no conoce las cosas tal como son para mí de acuerdo con la información que proporcionan los órganos de los sentidos, sino tal como son en sí; y como por otro lado el intelecto está abierto infinitamente, el objeto intencional voluntario se determina por todo lo que de algún modo sea bueno, de manera tal que todo lo voluntariamente apetecido se quiere bajo la forma de bien y lo rehuido bajo la forma de mal.

LA JERARQUIZACIÓN DE LOS AFECTOS

Con el apetito elícito Aristóteles construyó una de las primeras clasificaciones que jerarquizan los afectos, o sentimientos, como se dice hoy. Es indudable que, puestos en una escala de valores, los apetitos elícitos ocupan la cúspide y los vegetativos la base. Modernamente, Max Scheler ha construido su propia clasificación, mucho más compleja y detallada que la del estagirita.

⁸ Elicitar, dice el Diccionario de la R.A.E., es un anglicismo inútil, que a veces se usa en los textos de psicología con el sentido, según los casos, de provocar, suscitar u obtener. En efecto, en los textos de psicología filosófica se habla, para referirse a lo voluntario, del *apetitus elicitus*, que más parece latín que inglés, y que en todo caso es la terminología que aquí seguimos.

Como se recordará, distingue el alemán, en una escala ascendente, los sentimientos sensibles, los vitales (de amplio uso en la psiquiatría), los del yo, y por último los de la persona, que son los más altos y de mayor importancia. Ahora bien, es muy curioso, aunque, como lo discutiremos más adelante, seguramente habla de una necesidad impuesta por la materia y no de un accidente, es muy curioso, decíamos, que la clasificación de Scheler no aparezca en un libro de psicología sino en uno de ética, y de ninguna manera forzosamente.

EL LUGAR DE LA AFECTIVIDAD EN LA VIDA DE ARISTÓTELES

Por siglos el estagirita ha sido el ejemplo del investigador objetivo, que indaga acuciosamente y sin sentimentalismos todos los extremos de la realidad. La lógica, por ejemplo, dice Bochenski, salió toda entera de la cabeza de Aristóteles. En el amplio abanico de sus intereses escribió también libros de física, de biología, de política, etc., pero ninguno orientado específicamente a los afectos. Sin embargo, en la *Metafísica*, se lee que lo que mueve a los hombres a filosofar es el asombro, y el asombro es un afecto, algo que nos mueve y no un mero saber. Si como fundamento y motor de toda su actividad filosófica puso Aristóteles un afecto, eso bastaría para demostrar el lugar que ocuparon en su vida. Además, a diferencia de Platón, para Aristóteles la inferioridad de una afección no suponía que fuera despreciable. Por eso, propuso que el hombre debía gobernarlas con un criterio político, no tiránico, dejando a cada una el lugar que le corresponde en el entramado de la vida, pero, sobre todo, cuidando que ninguna se torne en la déspota de las otras. Y esta concepción política es también diametralmente diferente a la de muchos estoicos, que para lograr la libertad pretendían desterrar los afectos del propio existir.

EL FIN ÚLTIMO DE LA EXISTENCIA HUMANA: LA VIDA BUENA

Ninguno de los libros de Aristóteles tiene dedicatoria, excepto uno, la *Ética*, cuyo destinatario es Nicómaco, su hijo. Por eso, quizá, es su libro más personal y autobiográfico. Ahora bien, la mayor preocupación que un padre cualquiera tiene respecto de sus hijos e hijas es que sean felices. Consecuentemente, el texto le indica a Nicómaco que el mayor y principal deber del hombre es ser feliz. Aquello que debe ser apetecido, por lo que nos movemos y hacia lo que tendemos, le dice su padre, es la felicidad, de modo que es eso, Nicómaco, hacia lo que debes inclinarte tú también. Pero algunos de los

que se la proponen, continúa el estagirita, piensan encontrarla en el lecho numeroso, que dice Borges, o en la acumulación de riquezas, fama, poder, honores, etc. Sin embargo, nadie quiere ser feliz para tener dinero sino que se quiere el dinero para ser feliz, y así también en cualquier otro caso. Aquellos también son fines y bienes, pero no son el fin último. En realidad, ¿para qué queremos ser felices? Para serlo simplemente, dice Aristóteles, de tal manera que la felicidad es un bien en sí misma, incondicional, ella es el fin y el bien al que tienden todos los fines y bienes parciales, y en función de lo cual han de ser jerarquizados y dispuestos.

El animal, dijimos, tiende a su propia realización, perfección y plenitud porque tiene una inclinación natural para su propio bien. Sin embargo, es impulsado, toda vez que no se ha propuesto nada de lo que apeetece. A diferencia del animal, el fin y el bien natural del hombre, la felicidad, debe proponérsela él mismo a sí mismo. Por eso, la ética, que es quien la enseña, es en primer lugar un apetito elícito, intelectual e inorgánico, y en calidad de tal, íntegramente comunicable; y como es el mismo actor quien se la propone, provoca y suscita, tiende a ella libremente.

Antes de continuar es preciso deslindar un poco esta cuestión. Aunque el apetito voluntario sea intelectual no por eso se trata del mero cultivo de las virtudes intelectuales, que Aristóteles no llamó éticas sino dianoéticas. Por otra parte, así como su lógica es una terapéutica del pensar frente al “cáncer” de los sofismas, en la *Poética* describió una suerte de higiene de los afectos, a través de un estudio muy fructífero y amplio de la *khatársis* o purificación. Sin embargo, tampoco es de esta dimensión psicológica de lo que trata su *Ética*. Por último, el placer, para Aristóteles, no es más que la tendencia realizada. Si tengo hambre y me satisfago, si tengo frío y me abrigo, etc., entonces obtengo placer. Pero las tendencias que informan el placer son las sensibles y las vegetativas, y tampoco es esto de lo que trata en la *Ética*, sino de las tendencias intelectuales, elícitas, cuyo cumplimiento no es el placer sino la felicidad, pero donde en gran proporción está también involucrada la vida afectiva sensible y vegetativa.

Aristóteles no define la felicidad, que es un término que opera como concepto regulador, formal, para la multitud de operaciones, apeticiones y tendencias humanas, en virtud de lo cual podría alcanzar la plenitud de su propia naturaleza. Ahora bien, el hombre es un animal político, vive naturalmente en sociedad, y es en la vida con los otros donde encuentra todos sus bienes, porque es con ellos y entre ellos que se cumplen todas sus operaciones, apeticiones y tendencias, y donde realiza íntegramente su propio ser. No obstante, la

existencia con los otros no es nada simple ni armónica, por eso existen las leyes, que incluso son impersonales y compulsivas. El filósofo no vive contra la ley, pero realmente vive más allá de ella, vive en su propia ley, en la que él se da a sí mismo, libremente, es decir, vive en la ética.

Si para alcanzar su fin último el hombre no puede menos que querer el vivir con y el amar a sus amigos, lo que hace la ética, es decir, la ley que libremente nos damos, es definir y constituir el carácter que ha de tener quien quiera tener amigos, no compadres ni cómplices sino amigos. Y nadie que no sea templado, prudente, justo, fuerte, valiente, generoso, etc., le señala a su hijo el estagirita, puede experimentar realmente la amistad. Pero ninguna de aquellas virtudes, que entrañan un conocer, un tender y un modo de conducir y disponer los propios afectos y apeticiones, es natural, sino elícita, por ende voluntaria, libremente propuesta y difícilmente alcanzada. Las virtudes son bienes arduos, porque sólo se obtienen a través de un ejercicio continuado y riguroso, hasta que se transforman en hábitos, es decir, en una segunda naturaleza que obra con la misma espontaneidad, facilidad y naturalidad que la primera.

En Aristóteles, a través de la ética, las operaciones del viviente discurren, al mismo tiempo, en el más alto grado de transitividad e intransitividad, de modo que puede alcanzarse la mayor autopoiesis, autopoiesis e intimidad, es decir, la vida más intensa y más plena que es posible a un ente finito, porque por su intermedio el hombre, conscientemente, se da a sí mismo los fines y pone él mismo los medios, sabiendo que son fines y medios, en el contexto de su existencia con los otros. Por ende, la vida del espíritu, que es el vivir en libertad, es la consumación de la vida sin más, de lo que ya des-punta oscuramente en el vegetal pero que cabalmente sólo puede realizar el ser humano.

EL MUNDO DESPUÉS DE ARISTÓTELES. ¿HISTORICIDAD DE LA VIDA AFECTIVA HUMANA?

La psicología de Aristóteles, a nuestro juicio, no ha perdido su valor; incluso se podría hablar de un retorno a ella. Por ejemplo, la idea de que la psicología no sólo conoce lo que ocurre en la "mente" sino, sobre todo, lo que se verifica en el plano de la comunicación y la intersubjetividad, es una diáfana reapropiación de los conceptos aristotélicos. Por otra parte, el que la psicología se ha de continuar y completar, más que por una aproximación a las ciencias básicas por medio de un salto en la ética, que no es propiamente psicología sino el reino de la libertad, aunque no esté bien asimilado aún se sigue inexorablemente de lo anterior. Por

último, igual que en Aristóteles, la psicología de hoy experimenta a la filosofía, incluso a veces de un modo inconsciente, como un poderoso tractor; es que la vida, como dice el estagirita, es espíritu, y el espíritu es vida.

Pero, aunque los ideales de la *Ética a Nicómaco* en cierto sentido sean universales, como han observado diversos historiadores, eran también anacrónicos ya en su época. Indican la experiencia históricamente comprobada de un límite en las posibilidades de organizar la vida humana de acuerdo con cierta idea de la razón, límite que es constantemente ignorado por los utopistas y mistagogos modernos, que operan a un nivel conceptual infinitamente inferior al de Aristóteles. Si bien la existencia de la *Polis* griega original se fundamenta en una ética de tipo aristotélica, que el estagirita, en realidad, entonara el canto del cisne, que sólo hiciera el inútil conjuro con que se pretende resucitar a un muerto, lo demuestra el que viviera tan poco en una ciudad de amigos, que tuvo que exiliarse de Atenas para salvar su vida. Incluso los estoicos, sabiendo de la ineficacia de proponer fines y bienes a los hombres en el estilo de Aristóteles (aunque no por eso contra ellos), sólo aspiraron a no contaminarse con un mundo deforme, realizando el *tour de force* de anular en sí mismos las tendencias y apetitos en la persecución de una *ataraxia* que era fundamentalmente apatía.

El colapso de la *Polis* griega dejó libre la escena para la violencia y los operadores políticos, ávidos, insaciables, desalmados y sin entrañas. En aquella atormentada sociedad ya no había nada seguro ni firme, y excepto el mal, todo lo demás parecía imposible e inalcanzable. A esa época Toynbee la llamó el *tiempo de angustias*, porque el hombre estaba vívidamente vuelto y sostenido en nada o en la nada. Empero, Aristóteles pareció no comprender el corrosivo gusano de la angustia, y si fue el cristianismo el que prosperó, es porque tenía una agudísima conciencia de esa nada del hombre y de la vida humana que lo habrá de seguir obsesionando, prácticamente hasta el mismo Kierkegaard o Heidegger. Y esto obliga a preguntarse si el hombre es ser-en-el-mundo, o, como se dice, si sus afecciones son la mera ejecución de un programa bioquímico del cerebro, o si acaso dependen en exclusiva de la porción sensible y vegetativa de su alma.

REFERENCIAS

1. Aristóteles. *De anima*. Leviatán, Buenos Aires, 1983
2. Aristóteles. *El arte de la retórica*. Eudeba, Buenos Aires, 2005
3. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Gradifco, Buenos Aires, 2005
4. Aristóteles. *Poética*. Emecé, Buenos Aires, 1959
5. Aristóteles. *Metafísica*
6. Platón. *Fedro*. Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1970

7. Platón. *La República o el Estado*. Espasa-Calpe, Mexico, 1989
8. Arregui V, Choza J. *Filosofía del hombre*. Rialp, Madrid, 1995
9. Brentano F. *Psicología*. Schapire, Buenos Aires, 1942
10. Bochenski J. *Los métodos actuales del pensamiento*. Rialp, Madrid, 1968
11. Scheler M. *Ética material de los valores: nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético*. Caparrós, Madrid, 2001
12. Toynbee AJ. *Estudio de la Historia*. Altaya, Barcelona, 1997
13. Millán-Puelles A. *Fundamentos de filosofía*. Rialp, Madrid, 1962
14. Heidegger M. *El Ser y el tiempo*. F.C.E., Madrid, 1984
15. Jolivet R. *Tratado de filosofía*. Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1956
16. Bremmer JN. *El concepto del alma en la antigua Grecia*. Siruela, Madrid, 2002
17. Merleau-Ponty M. *La unión del alma y el cuerpo en Malebranche, Biran y Bergson*. Encuentro, Madrid, 2006
18. Rohde E. *Psiqué: el culto de las almas y la creencia en la inmortalidad entre los griegos*. Labor, Barcelona, 1973
19. Binet A. *El alma y el cuerpo*. Librería Gutenberg de José Ruiz, Madrid, 1907
20. Tresmontant C. *El problema del alma*. Herder, Barcelona, 1974

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

DESAFÍOS PARA EL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVA

(Rev GPU 2011; 7; 2: 199-204)

Fabián Pavez,¹ Sergio Valdivieso²

Probablemente una de las mayores críticas que se ha realizado a la aplicación de la teoría evolutiva al campo de la psiquiatría es el espacio que deja para peligrosas especulaciones. En el mismo sentido, mucho se ha especulado, a nivel de hipótesis, sobre el origen y el carácter evolutivo de los trastornos de personalidad.

INTRODUCCIÓN

La “personalidad” es probablemente uno de los conceptos más próximos entre “sentido común” y medicina; y, al mismo tiempo, de los más difíciles de definir. En su *Manual de Psicología y Personalidad* Gordon Allport recoge más de 50 definiciones sustancialmente distintas, dando claras señas de las dificultades que reviste la conceptualización de la personalidad.

Resulta importante considerar para una adecuada definición del problema los conceptos de temperamento y carácter. El primero hace referencia a la disposición innata, dada constitucionalmente, a reaccionar de modo particular frente a estímulos ambientales. Se refiere a la intensidad, ritmo y umbrales de respuesta afectiva, y en gran medida está determinado genéticamente. Las diferencias innatas en los umbrales de

activación de afectos –tanto placenteros o gratificantes como dolorosos o frustrantes– representan el puente más importante entre los determinantes biológicos y psicológicos de la personalidad.

El carácter, por su parte, corresponde a las manifestaciones observables del perfil o constelación de rasgos predominantes en la personalidad. Es importante no perder de vista el concepto de rasgo, pues gran parte de las clasificaciones de los trastornos de la personalidad (TP) se centran en la definición de “rasgos disfuncionales” (los que pueden ser vistos como estrategias evolutivas inflexibles o estrategias evolutivas automáticas del pasado), siendo una característica común a distintas definiciones la falta de flexibilidad de dicho rasgo.

De este modo, el primer escollo para el estudio de los TP estará dado por una adecuada definición del

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

² Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

problema a estudiar, pues si ya resulta difícil lograr acuerdo en la definición de personalidad (que ha sido conceptualizada desde distintas corrientes: psiquiatría biológica, psicología cognitiva, psicología de orientación psicodinámica, sociología, etc.), con mayor razón resulta un desafío referirse a la personalidad enferma.

Los TP se sitúan en un plano en el que el concepto de enfermedad no aplica a cabalidad. Se describen como fenómenos más contextuales (biográficos), cuya historia natural es más inconstante, aunque pueda haber manifestaciones psicopatológicas de gravedad variable: alto riesgo de trastornos del ánimo, respuestas desadaptativas (ansiedad, disociación, conversión, somatización), conflictos interpersonales, alteración de la conducta (impulsividad, agresividad, drogodependencias, suicidio, TAL, etc.). Al mantener una estabilidad longitudinal, pueden ser comprendidos como patrones idiosincráticos de procesamiento de la información y de interacción con el medio.

El enfoque evolucionista aporta una nueva visión al problema, al tener como uno de sus objetivos la búsqueda de “las causas últimas”; es decir, ¿por qué una característica fue seleccionada en el pasado sobre otras? En ese sentido, la pregunta va orientada a los orígenes de la personalidad y sus trastornos; es decir ¿cómo surge la personalidad y por qué sus rasgos llegan a ser maladaptativos?

Por otra parte, las preguntas que la medicina ha buscado históricamente resolver están más ligadas a las “causas próximas”, las que tendrían que ver con la patofisiología, las alteraciones genéticas, cuestiones de aprendizaje, conflicto intrapsíquico (por mencionar algunos). No hay que perder de vista que ambas “causas” serían complementarias; sin embargo, para efectos prácticos del estudio de la personalidad desde una perspectiva evolutiva resulta más apropiado –desde nuestro punto de vista– el análisis del temperamento, más que de los trastornos de personalidad, en cuanto a constructos de dudosa estabilidad. Es éste el tema central al que nos abocaremos en el presente artículo, siendo nuestro objetivo describir la contribución del enfoque evolucionista en el estudio de los TP, sus fortalezas y áreas deficitarias, así como los tipos de estudio utilizados y las perspectivas futuras de desarrollo en esta área de la Psiquiatría.

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO EVOLUTIVO DE LOS TP

El estudio evolutivo del comportamiento humano se focaliza en la transmisión y modificación de rasgos conductuales influenciados genéticamente, y los sistemas responsables de dichos rasgos.

Se propone que aquellas características asociadas a éxito reproductivo se perpetuarían: narcisismo, poder ligado a la agresión, rasgos exhibicionistas (histrionicos). Por otra parte, la patología psiquiátrica se entendería como indicador de fallo evolutivo: “maladaptación”. Así, los rasgos de personalidad se encontrarían en un continuo, donde su calidad de “óptimo” dependerá de las metas trazadas a corto plazo; y será el ambiente social la arena donde dichas metas a corto plazo se pondrán en práctica y, por tanto, se seleccionarán los rasgos. Por tanto, los TP surgirían de complejas interacciones entre las predisposiciones biológicas, adversidades psicológicas e influencias sociales. En ese sentido, la evolución del comportamiento, en término de conducta aprendida, forma parte de la evolución cultural; es por esto que resulta importante para algunos teóricos destacar el rol del ambiente social y la cultura (por ejemplo Dawkins, quien en oposición a la sociobiología afirma que la evolución cultural habría “salvado al hombre de la esclavitud de la conducta genéticamente determinada”).

Para Millon la cultura puede ser entendida como una expansión de la personalidad, la cual a su vez es determinada por la cultura, pues la cultura impone determinados patrones de personalidad. En ese sentido, proporciona ideales de conducta que contextualizan (y por tanto, influyen) en la emergencia natural de las características temperamentales en el curso de la maduración. Por tanto, es importante señalar que un estudio de la personalidad deberá considerar múltiples determinantes, entre cuyos factores ha de hallarse la evolución cultural como determinada y determinante de la biología (en ese sentido, es necesario recordar la influencia ambiental mediante mecanismos epigenéticos). Pese a esto, no hay que perder de vista que la conducta tiene en su expresión una influencia genética, lo que lleva a la búsqueda de aquellos fenotipos que permitan una correlación y una comprensión fisiopatológica con una mínima validez.

En cuanto a los TP, se postula que las estrategias conductuales desviadas de la norma han sido claves en la colonización del medio ambiente y la expansión del ecosistema humano. Más aún, existirían condiciones subclínicas que pueden ser incluso ventajosas en determinados ambientes. Por ejemplo, se estima que un 50% de las personalidades antisociales consigue un significativo éxito social y su presencia no es detectada por el sistema legal ni por el sistema de atención psiquiátrica.

Dentro de los autores actuales, cabe mencionar la contribución de McGuire y Troisi (1998), quienes desarrollaron el concepto de estrategia evolutiva estable

(EEE) como complejos de conductas que se mantienen a lo largo del tiempo y que no parecen modificarse por los aprendizajes contingentes del sujeto en su circunstancia inmediata. Dicha estrategia es adaptativa en la medida que contribuye al éxito biológico y su eficacia no depende de los estados psíquicos que genera, sino de sus efectos finales en términos de supervivencia y reproducción. En ese sentido, se proponen los TP como EEE, proponiéndose las siguientes explicaciones posibles a la persistencia de los TP en la actualidad:

1. Características anómalas no eliminan posibilidades de reproducción.
2. Conductas anómalas en un contexto pueden ser adaptativas en otro.
3. Genes determinantes de conductas desadaptativas podrían estar asociados a otras características beneficiosas.
4. Concepto de Heterosis: formas menores de TP permiten que algunos individuos se adapten por sobre el promedio, confiriendo una ventaja biológica

Otro autor relevante en el estudio evolutivo de los TP es Millon, quien propone un modelo evolutivo (1990) que consta de tres dimensiones: supervivencia (balance placer-dolor), adaptación (pasividad-actividad) y replicación (interés propio-cuidado de los demás). Para Millon los TP surgen de un aprendizaje adaptativo sobre base temperamental. Plantea además que los fenómenos culturales asociados no serán necesariamente azarosos, pues el temperamento da lugar a la exposición a situaciones ambientales diferenciadas que contribuyen a retroalimentar y acentuar predisposiciones. En este sentido, las tendencias biológicas se perpetúan y se intensifican como consecuencia de su interacción con la experiencia.

Beck, por su parte, propone que los procesos de la personalidad son formados y operan en servicio de la adaptación. Su explicación es especulativa y parte de la base de que los patrones prototípicos de la personalidad derivarían de una herencia filogenética, donde aquellas estrategias genéticamente determinadas que facilitan la reproducción y supervivencia serían favorecidas por la selección natural.

BIOLOGÍA Y TP: INSIGHTS DESDE DOS ÁREAS DE INTERÉS

Estudios genéticos

La aplicación de la genética al campo del estudio de los TP es relativamente reciente: el primer estudio basado

en entrevistas estructuradas que incluyeron todos los TP según DSM fue publicado el año 2000 (basado en DSM-III y DSM III-R). Por otra parte, los estudios moleculares están aumentando exponencialmente, pero pocos resultados son replicados, no pudiéndose obtener información concluyente (la mayoría utiliza la metodología del gen candidato y, hasta el momento de la revisión, no había trabajos disponibles con la metodología de Genome Wide Association, GWA, en TP).

Los estudios empíricos en genética han arrojado que la heredabilidad de rasgos de personalidad normal oscila entre el 30% y el 60%, siendo los efectos genéticos principalmente aditivos.

En cuanto a los estudios en TP según DSM, la heredabilidad varía bastante de acuerdo a las series, siendo un problema importante en general para las investigaciones genéticas la falta de un fenotipo adecuado para el estudio.

Por otra parte, se ha demostrado en numerosos estudios la interrelación genética-ambiente. A este respecto, se plantea que rasgos de personalidad genéticamente determinados podrían favorecer determinadas experiencias ambientales (concordante con lo propuesto por T. Millon, como señaláramos en el apartado previo). De este modo, las correlaciones entre genes y ambiente se explicarían por rasgos heredables.

Neurobiología: Sistema de neuronas espejo (SNE) y empatía

Este tema ya ha sido tratado en un artículo previo, pero bastará puntualizar que existe evidencia que alteraciones a nivel del SNE estarían relacionadas con el desarrollo de entidades patológicas que presentan entre sus características la incapacidad de empatizar y/o “ver a un otro con mente”.

De este modo podría sostenerse que un elemento transversal (pero no específico) a los TP es precisamente el impacto de dicha condición en la interacción social, determinada, en mayor o menor medida, por dificultades en el proceso de mentalización que resulta básico para desarrollarse en el contexto interpersonal.

El SNE sería determinante de la empatía, o de la experimentación de emociones morales; por tanto la distinción entre lo moral y lo convencional y la inhibición de conductas agresivas o violentas estaría regulado por procesos cognitivos derivados de la capacidad de desarrollar una teoría de la mente. Este mecanismo de modulación fallaría en distintos TP (antisocial, paranoide).

ESTUDIO DE LOS TP Y CONSIDERACIONES AL RESPECTO

En general, los tipos de estudios utilizados en medicina evolucionaria se basan en distintas estrategias, a saber:

- Comparar conductas de diferentes especies
- Comparar conductas de hombres y mujeres
- Comparar conductas de individuos dentro de la misma especie
- Comparar la conducta del mismo individuo en distintos contextos
- Métodos experimentales (limitado en el área de los TP)

Dentro de los diseños más llamativos e interesantes aplicados a la personalidad se encuentran los estudios etológicos en primates, estudios en pueblos aborígenes y estudios transculturales. Sin embargo, es necesario hacer notar algunas consideraciones respecto a estos diseños, en particular los dos primeros.

En primer lugar, como se ha señalado en un trabajo previo, no existen estudios que examinen la frecuencia de TP (o constructos equivalentes) en animales en su hábitat natural ni tampoco en culturas primitivas. Más aún, resulta antojadizo hablar de TP en animales dado que el concepto de personalidad se refiere específicamente al ser humano; en ese sentido, más bien podemos tratar con disposiciones temperamentales y rasgos disfuncionales generados por la interacción entre el temperamento y el medio ambiente (aprendizaje) que determinan dificultades en la relación con otros miembros de la especie o de otras especies y con tareas básicas de supervivencia y reproducción. Lo que sí es posible es el estudio de dimensiones de la conducta en animales y culturas primitivas y analizar el impacto, en el individuo y en los grupos, de rasgos conductuales considerados anormales en nuestra cultura.

Por otra parte, si se considera la personalidad como la integración dinámica del temperamento, el carácter y los valores sociales internalizados, se agrega un componente más complejo aún, el de la dinámica cultural (que hemos revisado previamente). Por tanto, un TP en la actualidad no se correspondería necesariamente con un TP en el pasado, y las descripciones se van enriqueciendo en la medida que las manifestaciones conductuales asociadas a la cultura van variando. En ese sentido, además de las diferencias de prevalencia y el efecto de cohorte, es esperable que los TP co-evolucionen con la cultura en términos de sus manifestaciones y la intensidad sintomática.

Otras críticas que se han hecho al modelo propuesto por la psicología evolucionista contemplan la percepción de una visión muy reduccionista de los problemas planteados y el uso de modelos obsoletos de desarrollo cerebral. Por otra parte, el que un rasgo persista no quiere decir que éste sea adaptativo (prevalencia no es equivalente a adaptación). Ésta es una frecuente confusión, puesto que la persistencia de un rasgo conductual puede explicarse de varias maneras, a saber: no ha pasado suficiente tiempo para la desaparición del rasgo (en la materia que nos preocupa cabe preguntarse ¿se acabarán algunos TP y surgirán otros?), el rasgo puede encontrarse unido a otros rasgos adaptativos, es posible la existencia de portadores que no manifiestan fenotipo, etc.

Teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas, resulta relevante rescatar el componente más próximo a la biología de la personalidad; es decir, el temperamento, elemento que podría ser explicado de mejor manera como una base común a ciertos comportamientos y con menos “ruido” a la hora de efectuar un análisis, lo que no quiere decir que los otros factores que inciden en el desarrollo de la personalidad y sus trastornos deban ser ignorados, puesto que dicho reduccionismo implicaría una visión parcial y simplista del problema.

Resulta planteable (y para nada novedoso) que partiendo de dimensiones básicas del temperamento se puedan determinar perfiles susceptibles de ser objeto de un estudio longitudinal en cuanto a su valor adaptativo. En ese sentido, se podrían identificar grupos homogéneos, en los que sería más factible estudiar la heredabilidad de sus características, la existencia de factores comunes en el neurodesarrollo, la presencia de correlatos neuroquímicos y la estabilidad del trastorno a lo largo del tiempo. Es así que surge el concepto de endofenotipo como una propuesta para el estudio de la patología psiquiátrica.

Los endofenotipos corresponden a características medibles que reflejan un genotipo subyacente o están más relacionadas con el genotipo que con una categoría diagnóstica. Mediante éstos se hace más factible la oportunidad de desentrañar vías fisiopatológicas que involucren genes específicos, así como las influencias ambientales relacionadas con su expresión.

La identificación de endofenotipos en los TP puede proveer una base para la identificación de genotipos subyacentes que influyeran los rasgos y dimensiones del carácter. Las dimensiones clínicas que podrían plantearse en esa línea incluyen: inestabilidad afectiva, impulsividad, agresión, procesamiento de información emocional, desorganización cognitiva, déficit social y

psicosis, siendo cada una de estas características susceptible de ser medida. Es importante no desconocer que dichas características resultan poco específicas; por ejemplo: puede haber agresión en cuadros psicóticos, ansiosos, personalidad, sustancias, etc. En ese sentido, no es tan relevante la validez de un constructo como el TP, sino más bien cómo nos aproximamos a la conducta humana normal. Por otro lado, mediante el estudio de los TP podemos hacer el camino inverso en busca de señas de cómo se construye personalidad desde la biología.

La estrategia de endofenotipos para los TP puede estar basada en una estructura dimensional de dichos desórdenes:

Tabla
DIMENSIONES DE LOS TP DEL CLUSTER A, B Y C;
SEGÚN DSM-IV

Cluster DSM-IV	Dimensiones
Cluster A	<ul style="list-style-type: none"> • Déficits sociales • Distorsiones perceptuales de tipo psicótico • Alteraciones cognitivas
Cluster B	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad • Agresividad • Inestabilidad afectiva
Cluster C	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad / inhibición • Compulsividad

Los TP presentan rasgos que se pueden formular en términos de dimensiones subyacentes e interactivas. Éstos pueden estar asociados a marcadores de laboratorio, o "endofenotipos neurobiológicos". Algunos estudios tienen dimensiones clínicas ya ligadas y, en algunos casos, medidas neurobiológicas de genes candidatos (por ejemplo, polimorfismo de COM-T asociados con debilitación cognoscitiva, y polimorfismo de 5-HTR1B relacionados con conducta suicida). Sin embargo, dichas aproximaciones se han aplicado recientemente sólo a los trastornos del eje I y no son concluyentes.

COMENTARIO FINAL: SÍNTESIS Y PERSPECTIVAS

A la luz de los datos antes expuestos, se torna necesaria una definición clara del problema a estudiar.

Sanjuán propone la evaluación de los datos genéticos sin atenerse a las entidades (que poseen el carácter de constructo). El carácter dimensional de los síndromes y la escasa estabilidad de los constructos clínicos (particularmente notable en el tema que nos

ocupa) hacen necesario el desarrollo de fenotipos alternativos a los sistemas de clasificación que sean de validez empírica.

Hasta ahora la atención se ha centrado más bien en los aspectos psicológicos, sin dar mayor relevancia a los aspectos estructurales más puramente biológicos que podrían estar ligados a las manifestaciones conductuales.

Resulta atractivo para el estudio del tema el desarrollo de los endofenotipos basados en características temperamentales; vale decir, el estudio mediante núcleos sintomáticos observables, tales como la impulsividad, ansiedad, agresión, compulsión, entre otros.

Finalmente, una vertiente abierta es la aplicación de paradigmas de neurociencias tendientes a estimar el funcionamiento del SNE en TP, y así testear hipótesis, de cómo las fallas en el desarrollo adecuado de procesos cognitivos como la mentalización podrían explicar a la base las dificultades que presentan estos pacientes en términos interpersonales y que son una importante causa de sus padecimientos.

REFERENCIAS

1. Beck A, Freeman A. Theory of Personality Disorders. En: Beck A, Freeman A, eds. Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, NY: The Guilford Press; 1990: 21-39
2. Cardenal V, Sánchez M, Ortiz-Tallo M. Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud* 2007; 18(3): 305-324
3. Crow T. March 27, 1827 and what happened later – the impact of psychiatry on evolutionary theory. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry* 2006; 30(5): 785-796
4. Fecteau S, Pascual-Leone A, Théoret H. Psychopathy and the mirror neuron system: preliminary findings from a non-psychiatric sample. *Psychiatry Res* 2008; 160(2): 137-144
5. Gabbard G. Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162(4): 648- 655
6. Holmes J. Notes on mentalizing – Old hat, or new wine? *British Journal of Psychotherapy* 2005; 22(2): 179-197
7. Killen M, Cords M. Prince Kropotkin's Ghost. *American Scientist* 2002; 90(3): 208. Disponible en: <http://www.americanscientist.org/issues/pub/prince-kropotkins-ghost/3>
8. Kircher T, Markov V, Krug A, Eggermann T, Zerres K, Nöthen M, Skowronek M, Rietschel M. Association of the DTNBP1 genotype with cognition and personality traits in healthy subjects. *Psychol Med* 2009; 1: 1-9
9. McGuire M, Troisi A. Personality Conditions. En: McGuire M, Troisi A, eds. Darwinian Psychiatry. New York, NY: Oxford University Press; 1998: 179-200
10. McGuire M, Troisi A. Evolutionary Biology and Psychiatry. En: Sadock B, Sadock V., eds. Comprehensive textbook of psychiatry, vol 1. New York, NY: Lippincott Williams & Wilkins; 2000: 484-492
11. Nesse R. Evolution: medicine's most basic science. *The Lancet* 2008; 372: S21-S27
12. Ojeda C. Evolución biológica y evolución cultural. *Rev GPU* 2009; 5(2): 195-203

13. Olson G. From mirror neurons to moral neuropolitics (2008). Disponible en: http://dericbownds.net/uploaded_images/MoralNeuropolitics.PDF
14. Paris J. Personality disorders in sociocultural perspective. *Journal of Personality Disorders* 1998; 12(4): 289-301
15. Pavez F. Psicopatía y nihilismo psicoterapéutico. *Rev GPU* 2009; 5(3): 343-350
16. Reichborn-Kjennerud T. Genetics of Personality Disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2008; 31: 421-440
17. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res* 1996; 3(2): 131-141
18. Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience* 2004; 27: 169-192
19. Rizzolatti G, Fabbri-Destro M. The mirror system and its role in social cognition. *Curr Opin Neurobiol* 2008; 18(2): 179-184
20. Sanjuán J. Orígenes y fundamentos de los enfoques evolucionistas de la mente. En: Sanjuán J, ed. *Evolución cerebral y psicopatología*. Madrid: Triacastela; 2000: 17-64
21. Sanjuán J. Genética, teoría evolucionaria y psiquiatría. *Rev GU* 2006; 2(4): 393-399
22. Shanks N, Pyles R. Evolution and medicine: the long reach of "Dr. Darwin". *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2007, 2: 4
23. Siever L. Endophenotypes in the personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2005; 7(2): 139-51
24. Stefanis N, Trikalinos T, Avramopoulos D, Smyrnis N, Evdokimidis I, Ntzani E, Hatzimanolis A, Ioannidis J, Stefanis C. Association of RGS4 variants with schizotypy and cognitive endophenotypes at the population level. *Behav Brain Funct* 2008; 4: 46
25. Valdés M. Los trastornos de la personalidad desde la perspectiva evolucionista. En Sanjuán J, Cela C, eds. *La profecía de Darwin: Del origen de la mente a la Psicopatología*. Barcelona: Ars Medica; 2005: 169-180
26. Valdivieso S. Trastornos de la personalidad desde la perspectiva evolutiva. *Rev GPU* 2007; 3(1): 58-64
27. Williams J, Whiten A, Suddendorf T, Perrett D. Imitation, mirror neurons and autism. *Neurosci Biobehav Rev* 2001; 25(4): 287-295

SALUD MENTAL

IMPACTO DE LA ESPIRITUALIDAD EN SALUD MENTAL. UNA PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL EN COLABORACIÓN CON GRUPOS RELIGIOSOS LOCALES¹

(Rev GPU 2011; 7; 2: 205-213)

Nicolás Rodríguez del Real²

En las últimas décadas ha surgido el interés de diversas disciplinas por vincular la salud mental y bienestar con la espiritualidad. Parece haber beneficios en la salud mental cuando se integra dentro de los cuidados médicos la dimensión espiritual del individuo. Así se ha observado, por ejemplo, en los cuadros depresivos, trastorno de estrés postraumático, suicidio, psicosis, adicciones, entre otros. Ahora bien, el cómo la espiritualidad o en su defecto, la religiosidad actúa sobre la salud del individuo es un enigma. No obstante, se han propuesto algunas teorías, las cuales podrían explicarnos su mecanismo de acción. Mecanismos tales como espiritualidad/religiosidad como estilo de *coping*, locus de control, soporte social y red de apoyo; mecanismos fisiológicos o bien como constructor de un ambiente propicio.

INTRODUCCIÓN

Es importante hacer notar que alrededor de 4 billones de personas de la población mundial se identifica a sí mismo con algún grupo religioso (1). En Estados Unidos solamente, el 93% de la población refiere creer en Dios, entre el 30-42% de los adultos reporta asistir semanalmente a algún servicio religioso y el 85% refiere que la religión es un aspecto importante de su

vida (2). A pesar de ello, no más del 2,5% de las investigaciones en salud mental incluyen dentro de sus variables los aspectos religiosos (3)

Existen muchas definiciones provenientes de diferentes fuentes científicas, filosóficas y teológicas para definir las palabras religión y espiritualidad. Para fines práctico de este artículo definiremos RELIGIÓN como *Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia*

¹ Ensayo final del Curso de Posgrado "Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria", dirigido por el Dr. Rafael Sepúlveda.

² Médico Residente, Programa de Especialización en Psiquiatría Adultos, Facultad de Medicina, Universidad Mayor /Complejo Asistencial Barros Luco, Santiago de Chile. E-mail de contacto: nicoroddreal@gmail.com.

ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto (4). Se acuña el término ESPIRITUALIDAD para *aquello que posee Espíritu* (4). Como menciona Jiménez (5), la OMS ha utilizado la definición del Diccionario Oxford de espíritu, como la *parte inmaterial, intelectual o moral del hombre*. Señala asimismo que la espiritualidad nos conduce hacia preguntas sobre el sentido y el propósito de la vida y no está necesariamente limitada a ningún tipo de creencias o prácticas en particular. El ámbito de la espiritualidad vincula lo profundamente personal con lo universal y es esencialmente unificador. Por su ausencia de límites es difícil de definir, pero su impacto puede ser medido.

Una definición de espiritualidad amplia, que puede facilitar el encuentro de bases comunes entre las diversas culturas, incluye necesidades humanas que posiblemente son universales: 1. *La necesidad de encontrar sentido, propósito y realización en la vida*; 2. *La necesidad de esperanza o de voluntad de vivir*; 3 *la necesidad de creer, tener fe en uno mismo, en los otros o en Dios*.

Para fines prácticos, dado que el concepto de religión se subyuga al concepto de espiritualidad, de ahora en adelante nos referiremos a este factor como “espiritualidad/religiosidad”.

Por lo tanto, parece ser una necesidad conocer sobre este tema, los beneficios que le entregan al individuo para así incorporarlo dentro de nuestra práctica en salud mental, y en colaboración a los grupos religiosos locales, responder a las necesidades de la comunidad en son del bienestar integral del individuo, particularmente su salud mental. Como previamente lo había aludido Gerald Caplan (6) *Gran parte, si no la mayor, del trabajo con los pacientes reales potenciales destinatarios de tales programas, la llevan a cabo por lo general profesionales que carecen de preparación especializada en psiquiatría, psicología, o asistencia social psiquiátrica: son enfermeras, maestros, médicos de familia, pediatras, clérigos, agentes de vigilancias, policías, etc (...)* Parece por lo tanto importante que una proporción significativa del tiempo y las energías de los especialistas se dirijan a mejorar las operaciones de estos profesionales asistenciales en lo referente a la salud y trastornos mentales.

OBJETIVOS

1. Revisar las evidencias sobre las consecuencias positivas de la actividad como creencias espirituales sobre la salud mental
2. Revisar los mecanismos de acción de la espiritualidad/religiosidad sobre el bienestar y salud mental

3. Proponer una estrategia de atención comunitaria en Salud Mental en colaboración con los grupos de religiosos locales

EVIDENCIA DE LA ESPIRITUALIDAD/RELIGIOSIDAD COMO FACTOR DETERMINANTE EN CUADROS PSIQUIÁTRICOS

Depresión Mayor

Una revisión de más de 80 estudios publicados en los últimos 100 años encontró que el factor espiritualidad/religiosidad generalmente está asociado a menores niveles de depresión (7). En la misma línea, un estudio holandés de un año de seguimiento encontró que aquellos que indicaban que tener “una fuerte fe religiosa” es de los 3 factores más importantes de sus vidas, desarrollaban 38% menos depresión versus quienes no le asignaban tal importancia a este factor (8). Similares hallazgos fueron obtenidos en una investigación del Reino Unido (9).

Buscando mayores precisiones, otro estudio realizado en Estados Unidos encontró que el factor espiritualidad/religiosidad estaba asociado a la disminución de algunos síntomas depresivos: pérdida del interés, baja autoestima, disminución del interés social, pérdida de esperanza y otros síntomas depresivos cognitivos relacionados; en cambio poco o nada se reducían aquellos síntomas llamados “somáticos”: pérdida de peso, insomnio, anergia, disminución de la concentración (10).

En cuanto al tratamiento, otro estudio norteamericano observó mejor recuperación de los síntomas, menor tiempo para lograr remisión –sin importar si el terapeuta era o no practicante–, en aquellas intervenciones cognitivo-conductuales que consideraban el factor espiritualidad/religiosidad versus aquellas que lo omitían (11)

Esta relación protectora de la espiritualidad/religiosidad sobre la depresión mayor también se ha reportado en un estudio de 1 año de seguimiento en población de adulto mayor, observándose remisión del cuadro depresivo más rápido respecto a quienes obtenían valores bajos de religiosidad (12). Al apartar los factores confundentes, esta relación seguía siendo estadísticamente significativa.

Ansiedad

La mayoría de los estudios de cohorte prospectivos y ensayos clínicos han reportado menor ansiedad en

individuos con altos niveles de espiritualidad/religiosidad (13, 14). Hallazgo similar se observó en un ensayo clínico sobre sujetos musulmanes, quienes fueron asignados aleatoriamente a una psicoterapia religiosa versus aquellos que solamente recibieron medicación y psicoterapia de apoyo (15).

Asimismo, se ha observado menor nivel de ansiedad asociado a la actividad espiritual en individuos con cuadro ansioso secundario a comorbilidad médica: pacientes adultos mayores con enfermedad médica (16), mujeres con cáncer de mama (17), pacientes de mediana edad con problemas cardíacos (18) y aquellos en recuperación de cirugía de columna vertebral (19).

Respecto al efecto de la espiritualidad/religiosidad sobre el trastorno por estrés postraumático, en una revisión de la literatura realizada por Shaw el año 2005 encontró 11 estudios que reportaban efectos positivos sobre la recuperación de los síntomas (20).

Suicidio

La participación en grupos religiosos reduce el riesgo de suicidio. Tanto un estudio reciente realizado en Estados Unidos como uno publicado hace cuarenta años observaron que quienes no acuden a los servicios religiosos se suicidan 4 veces más que quienes sí frecuentan actividades religiosas (21, 22). Más aún, en una revisión de 68 estudios que examinó la relación entre suicidio y espiritualidad/religiosidad, el 84% encontró menores tasas de suicidio en quienes eran más religiosos (23).

Un estudio norteamericano reportó que la participación religiosa reduce significativamente el riesgo suicida (24), siendo este hallazgo de especial interés dado al incremento de más del 400% de suicidios cometidos en Estados Unidos entre 1950 y 1990 en esa población.

Otro estudio realizado en Estados Unidos, que analizó más de 5.000 causas de muerte en la tercera edad, observó que quienes cometían un suicidio participaban menos en los servicios religiosos en comparación con quienes morían por causa natural (25). Esta misma investigación mostró que la visita o la charla con amigos no reduce el riesgo relativo de suicidio, mientras que la participación frecuente en un culto religioso sí, por lo que se sugiere que la prevención del acto suicida no es inherente al contacto social que soslaya la participación en un grupo religioso. A pesar de la vasta evidencia que tiene el factor espiritualidad/religiosidad sobre la prevención del suicidio, los ítems respecto a este factor en las escalas de medición son prácticamente inexistentes. Surge por lo tanto, la necesidad de

considerar en nuevas escalas la inclusión de este factor para el estudio de suicidalidad (26).

Abuso de Sustancias

Hay evidencia abundante que demuestra a la espiritualidad/religiosidad como factor protector del abuso de sustancia. En una revisión de la literatura, la cual incluye más de 40 estudios, reportó que altos niveles de compromiso religiosos tienen menor riesgo de abusar de alguna sustancia (27). Por otro lado, estos hallazgos se refuerzan con otra revisión, la cual afirma que la falta de compromiso religioso es un factor de riesgo para involucrarse en algún abuso de sustancia (28).

En otra experiencia donde participaron casi 14.000 jóvenes norteamericanos, se observó que el factor espiritualidad/religiosidad está asociado significativamente a menor riesgo de abuso de sustancia, siendo la medida de "importancia de la religión" el mejor predictor para indicar bajo riesgo de abuso de sustancia (29).

En lo que respecta al tratamiento de abuso de drogas, también existen diferencias significativas de los resultados a favor de la espiritualidad/religiosidad. Por ejemplo, en Estados Unidos el 45% de los participantes en programas de tratamientos ambulatorios con orientación religiosa para adicción al opio están libres de consumo 1 año después versus al sólo 5% de aquellos programas de hospitalizados no religiosos que se ofrecen en los servicios públicos de salud (30).

Paralelamente con reducir el uso de drogas ilícitas, la espiritualidad/religiosidad previene los problemas relacionados con el alcohol: en una revisión sistemática de 86 estudios se examinó el factor espiritualidad/religiosidad como factor asociado al abuso de alcohol. Cerca del 88% de quienes no usan/abusan de alcohol eran los más religiosos, incluso dentro de los grupos de alto riesgo como lo son los adolescentes y individuos jóvenes (23).

Así también, se ha observado que aquellos adictos al alcohol, que se involucran en grupos con trasfondo espiritual/religioso, tienen mayor fuerza de voluntad para controlar la abstinencia de consumo. Este es el caso de las Asociaciones de Alcohólicos Anónimos (AAA) (31).

Psicosis

Como sabemos, la esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica grave, que compromete severamente al individuo en su desarrollo personal, social. Sin embargo, para muchos que viven con esta enfermedad

la espiritualidad/religiosidad tiene un importante rol positivo. Una revisión del tema observó que la espiritualidad/religiosidad juega un rol central en el proceso de reconstrucción del self y recuperación del paciente con esquizofrenia (32). Otro estudio observó que aquellos individuos que tenían los mismos valores religiosos que sus familias poseen mayor soporte que aquellos que no los tienen (33). Asimismo, a partir de su espiritualidad/religiosidad podrían encontrar esperanza, sentido y confort en sus creencias y prácticas espirituales (32, 34, 35).

HIPÓTESIS DE MECANISMOS DE ACCIÓN DEL FACTOR ESPIRITUALIDAD/RELIGIOSIDAD SOBRE EL BIENESTAR Y SALUD MENTAL

Muchos investigadores han intentado entender el mecanismo por el cual la espiritualidad/religiosidad actúa positivamente sobre la salud del individuo. En parte, algunos lo atribuyen al reflejo de una intervención de un ser divino o dios sobre el hombre; no obstante, existen otros mecanismos psicosociales sobre los que nos explayaremos a continuación, que también podrían contribuir en aquel efecto; éstos son:

Estilo de *Coping* (afrentamiento)

Se ha observado que las enseñanzas religiosas, creencias o conductas –como rezar– podrían permitir al individuo responder o bien sobrellevar ciertas situaciones de estrés (36). La Ideología que soslaya, la cosmovisión y valores de un individuo, de algún modo determinan cómo el individuo interpreta y se enfrenta frente a la vida.

Se han descrito al menos tres estilos de *coping* religiosos: estilo colaborativo, relegación y el estilo de autogestor de sus actos (37-39). En el primero, estilo colaborativo, el individuo entra en colaboración con Dios cuando surge el problema. Entiende que la responsabilidad de la solución del problema es compartida con él. En el segundo estilo de *coping*, la relegación, el individuo toma un rol pasivo en la resolución del problema, confiando en que Dios lo resolverá sin su intervención. En el tercer estilo de *coping*, el individuo asume la responsabilidad plena de la resolución del problema, confiando en que Dios le proveerá de las herramientas necesarias para hacerlo. Los tres estilos de *coping* religioso, y en especial el estilo colaborativo, han demostrado efectos positivos sobre el bienestar y salud mental (40).

En algunos trabajos se ha descrito un cuarto de estilo de *coping* religioso, en el cual, el individuo espera

que se realice un milagro sobre él o el medio. Sin duda éste es un estilo maladaptativo que genera niveles altísimos de distrés (37, 41).

Locus de control/atribución

Del modo como el individuo le da sentido al mundo, será como éste interprete los eventos o experiencias vividas. Así por ejemplo, un estilo atribucional “optimista” se relaciona con una mejor calidad de vida frente a quienes poseen un estilo totalmente opuesto (42). Una revisión de la literatura sugirió que las creencias religiosas podrían permitir al individuo reinterpretar o reformular ciertos eventos que le parecían incontrolables (43). En tales casos, vieron que el individuo se enfrentaba al problema con menor estrés y mayor conciencia y optimismo sobre la situación. Este estilo atribucional también se ha observado positivamente en el contexto de padecer alguna enfermedad física o mental. No obstante, hay que considerar que también existen ciertos grupos religiosos que le atribuyen a la enfermedad la connotación de “mal” o “maldición” divina. Esto podría generar graves consecuencias en la salud mental del individuo (44, 45).

Soporte Social

El soporte que se le entrega al individuo como miembro de una religión, de sus líderes, clérigo, congregaciones religiosas, es considerado uno de los factores fundamentales en la promoción del bienestar y salud mental (46): protege la autoestima del individuo, entrega información, da compañía y ayuda práctica para sobrellevar los momentos difíciles de la vida (47). Loewenthal (48) describe algunas de las formas específicas cómo el factor espiritualidad/religiosidad provee de soporte:

- a) Protege al individuo del aislamiento social
- b) Provee y fortalece las redes sociales y familiares
- c) Provee al individuo sentido de pertenencia y autoestima
- d) Ofrece soporte espiritual en momentos adversos

Más aún, se observó que los beneficios de la red religiosa son mayores que las demás redes sociales, culturales (46). Algunos de los argumentos de tales diferencias se le atribuyen al hecho que estas redes en su mayoría acompañan al individuo desde el nacimiento hasta su muerte (como comunidad local o universal).

En tanto al rol del líder religioso, una revisión sistemática realizada en Estado Unidos observó que su rol

fue fundamental para la recuperación exitosa de los individuos de esa comunidad con trastorno por estrés postraumático (49). Experiencias similares se obtuvieron en el Reino Unido (50).

Impacto Fisiológico

Algunos investigadores aseguran que algunos elementos de la espiritualidad/religiosidad podrían tener efectos positivos sobre la salud mental a partir de mecanismos fisiológicos (42, 51). Emociones tales como esperanza, satisfacción, amor, perdón, podrían actuar por circuitos neuronales que se conectan con los sistemas inmune y endocrinos (42). Sin embargo, también habría que considerar que la espiritualidad/religiosidad podría provocar emociones negativas y, por ende, activar circuitos neuronales relacionados con la angustia, miedo, aumento de secreción de hormonas del estrés, aumentar niveles de presión arterial y riesgo de enfermedades cardiovasculares, por mencionar algunos.

La meditación y la oración en silencio reducen los niveles de norepinefrina y cortisol, y, de esta manera, disminuyen la sensación de estrés y los problemas de salud mental asociados. Tales observaciones se han descrito en aquellos individuos que practican yoga (52). Precisamente sobre quienes practican yoga, en otro estudio observaron que dedicarle 30 minutos diarios a ello favorece el bienestar, ánimo, atención, concentración y tolerancia al estrés (53).

Arquitectura y Construcción de un ambiente

Finalmente, el último mecanismo que estaría mediando la relación entre la espiritualidad/religiosidad y la salud mental es el ambiente. A pesar que muchos individuos encuentran expresiones espirituales en contacto con la naturaleza, por ejemplo, otros sólo lo encuentran en construcciones “espirituales” específicas, tales como iglesias, sinagogas, templos, mezquitas.

Estas construcciones permiten, por sus características, que el individuo se “conecte” mejor consigo mismo y/o con Dios, facilitado además por las representaciones pictóricas, música, entre otras. En este sentido, la “conexión” con Dios, los demás y consigo puede ser para ciertas personas un factor determinante a la hora de expresar su espiritualidad/religiosidad. A pesar que no existen más de dos o tres artículos al respecto (54-56), debiese en el futuro estudiarse mejor tales hallazgos.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL EN COLABORACIÓN CON LOS GRUPOS DE RELIGIOSOS LOCALES

Como ya hemos revisado, la espiritualidad/religiosidad en la mayor parte de las experiencias tiene efectos positivos sobre la salud del individuo.

Cuando el objetivo es abordar los problemas de salud mental de una población, debemos aplicar los principios y estrategias del modelo comunitario de atención en salud mental (56). En este marco, el psiquiatra debe desarrollar su práctica profesional participativamente en la comunidad, favoreciendo el desarrollo de la mayor cantidad posible de habilidades para la promoción y protección del bienestar y salud mental de cada individuo de esa comunidad. De este modo, debe aprender de los recursos espirituales/religiosos que provee su comunidad, sin discriminar creencias, como asimismo, entrenar a sus líderes naturales, como es el caso de los líderes espirituales.

Buscando recomendaciones prácticas y concretas, expondremos en detalle la propuesta de McKinney (57) para el trabajo colaborativo entre grupos religiosos locales y equipos comunitarios de salud mental.

Primer paso: *Establecer una red de cuidado colaborativo*

Admitamos que muchas personas buscan ayuda psicológica en primera instancia en sus líderes espirituales. En muchos lugares rurales o incluso urbanos, el líder espiritual es la persona más accesible en proveer algún cuidado, a pesar de no estar instruido para ello. Por múltiples razones, el individuo promedio no acude a los servicios de salud, ya sea por razones económicas, temor a ser estigmatizado, o porque no dispone del tiempo necesario para ello.

Por esta razón el psiquiatra comunitario tiene la obligación de buscar la forma de atender esas necesidades en colaboración con agentes comunitario, utilizando estrategias tales como la consultoría. En este caso en particular, el equipo de salud mental debe trabajar en conjunto con los líderes espirituales, establecer programas de entrenamiento, entregarles habilidades prácticas para empoderarlos en la resolución de problemas vinculados a la salud mental y facilitarles la derivación de atención profesional cuando sea necesario. Este programa, en lo posible, debe incluir a todos los líderes de los grupos religiosos representante de esa comunidad.

Segundo Paso: *Conocer los proveedores de cuidados espirituales*

Cuando se quiere realizar un trabajo colaborativo con los grupos religiosos locales es necesario romper las barreras y ampliar las posibilidades donde las partes, el equipo de salud y el grupo religioso, compartan sus conocimientos. Esto se puede hacer a partir de conferencias, foros, talleres de entrenamientos. Una de las estrategias que ha resultado ser exitosa es la instrucción de líderes espirituales como agentes comunitarios de salud mental, capacitados para facilitar la comunicación entre estas dos culturas tan diferentes (médica/psiquiátrica y religiosa). Se recomienda en lo posible, hacer programas de formación para agentes religiosos acreditados por alguna asociación responsable (o bien, el mismo Servicio de Salud responsable).

Tercer Paso: *Consolidar la calidad y expandir el acceso*

Las personas que buscan ayuda psiquiátrica generalmente valoran tanto la competencia clínica como las habilidades empáticas del profesional. Idealmente el clínico debiese tener ambas características. Sin embargo, en la realidad, los pacientes reconocen estas habilidades más en otros “proveedores de cuidados” (como los líderes espirituales) que en los profesionales de salud y a pesar de no estar capacitados formalmente para ello.

Por ello, el psiquiatra comunitario debe diseñar estrategias lo más sofisticadas posibles para aumentar y consolidar el conocimiento necesario de salud en líderes naturales de la comunidad. Que accedan al conocimiento necesario y se entrenen en habilidades básicas para tratar cuadros como la depresión, ansiedad, duelo o estrés. Teniendo o no las habilidades clínicas básicas requeridas para ese problema, al líder espiritual la comunidad le atribuye aptitudes de cuidado. Por ello, también es perentorio que el equipo de salud auxilie el quehacer habitual del líder espiritual. No es raro que al promover este trabajo colaborativo aumente la confianza hacia el equipo de salud mental comunitaria, se expanda el conocimiento por la comunidad religiosa y aumente el grado de bienestar global.

En algunas comunidades incluso los líderes espirituales han tomado cursos de entrenamiento acreditados por organizaciones profesionales o gubernamentales, requieren licencia para realizar consejería espiritual; se organizan en asociaciones, cuentan con supervisiones y participan activamente en educación continua. Todo ello con el fin de aumentar la calidad del cuidado de las personas.

Por lo general, las personas son reticentes en consultar por sus problemas emocionales al profesional de salud mental por varias razones: una de ellas es por el estigma que esto significa: el individuo no quiere verse identificado como “enfermo mental” y asume los costos de ello sobre los supuestos beneficios que él percibe. En estos casos muchos buscan por primera vez ayuda en una consejería espiritual. Entonces el rol del líder espiritual podría ser cardinal tanto en la atención de las necesidades puntuales del individuo o bien, como facilitador, persuadiendo aquellas creencias que entorpecen la atención por el profesional.

Cuarto Paso: *Identificar las razones de referencia*

Los conceptos como “consultoría” o “referencia” en el ámbito médico son de uso habitual y en la actualidad contamos con numerosos protocolos de cada especialidad que facilitan enormemente nuestro quehacer clínico. No obstante en las comunidades religiosas no es una práctica común. Además ambas disciplinas deben guardar reserva de la información entregada por sus pacientes y feligreses respectivamente. No obstante hay situaciones clínicas, o viceversa, que la colaboración entre el equipo de salud mental y comunidad religiosa beneficia la salud y bienestar del individuo. En el caso que se identifique esa necesidad, es necesario explicarle prolijamente al paciente/feligrés y que él manifieste su consentimiento. Por nombrar un ejemplo, el clínico podría requerir la consejería espiritual frente a una persona con depresión, con una distorsión cognitiva de culpa que se relaciona directamente con su sistema de creencias. El líder espiritual consultor podrá entonces trabajar puntualmente en ese tema, brindarle conocimiento sobre la significación de la culpa para esa religión, explicarle que también hay situaciones de enfermedad que distorsionan las cogniciones, por nombrar algunas. O bien, puede darse el caso que el líder espiritual se percate que un fiel ha dejado la medicación y tanto él como el profesional de salud mental tendrán que reforzar la adherencia terapéutica, utilizando los recursos de que dispone cada uno (comunidad religiosa, familia, equipo de salud).

Sin embargo, no hay que omitir que entre las dos partes existen temas puntuales conflictivos, donde ambas asumen una postura fundamentalista: “esto requiere tratamiento sí o sí”, dice el médico, o bien, “es un mandamiento” podría argumentar en otra situación el religioso. En ambos casos particulares se sugiere un diálogo respetuoso, conciliador y abierto a la negociación en consideración del bienestar y salud del individuo.

Quinto Paso: *Colaboración Internacional, entrenamiento y supervisión*

Algo ya había aludido en los puntos anteriores respecto a este tema. No hay que perder de vista que “proveer cuidado” es un trabajo dinámico, que requiere ser supervisado, perfeccionado a lo largo del tiempo. Se ha observado que líderes espirituales que al comienzo de su entrenamiento habían adquirido exitosamente habilidades empáticas, a lo largo del tiempo las habían perdido en el ejercicio de su ministerio para los casos “emocionales” (58).

No sólo se hacen necesarios la supervisión y entrenamiento porque aumenta la calidad de los cuidados, sino porque también mantiene activa la relación colaborativa entre las partes. Para ello se hace necesario estar periódicamente realizando formación continua, actualizaciones de temas específicos, conferencias de experto y siempre la formación de nuevos miembros.

Por último, la organización local de un programa colaborativo en salud mental que suministre la formación de líderes espirituales estimula para que éste se abra a otras experiencias tanto nacionales como internacionales, se facilite el intercambio de información, etcétera.

Sexto Paso: *Construir una red de referencia*

Lo más frecuente para aquellos líderes espirituales que han recibido entrenamiento de sus hospitales locales es que los vean a ellos como su único centro de referencia. Sin embargo se recomienda, en un trabajo colaborativo, ayudarlos a ampliar su red de apoyo con los dispositivos locales, gubernamentales, privados o de otro credo religioso. Esta acción le otorga a la comunidad mayor empoderamiento para resolver los problemas que se le susciten.

Séptimo Paso: *reconocer los puntos en común entre espiritualidad/religiosidad y la psiquiatría*

Este punto es fundamental para el trabajo colaborativo del equipo de salud mental y los líderes espirituales. No es infrecuente que se presenten escépticos del rol en el bienestar y salud mental el uno del otro: un Pastor que no confía de las teorías psicológicas, o bien un psiquiatra que argumenta que lo espiritual en un ámbito médico no tiene implicancias. En estos casos específicos se sugiere que el equipo de salud ya familiarizado con este trabajo colaborativo y/o el líder espiritual entrenado realicen intervenciones indirectamente al paciente a partir de consultorías. Me explico: Tomemos el caso

del Pastor reticente de las teorías psicológicas. El psiquiatra comunitario frente a un caso puntual podría explicarle al pastor con un lenguaje accesible y coloquial de qué manera tales fenómenos clínicos se explican desde la psicología. Debe estar atento a las opiniones que éste plantee y señalarle los puntos comunes que a él le impresionan que tienen. Posteriormente, podría enseñarle ciertas habilidades para el manejo de tal caso, como así también integrar aspectos que el Pastor considera. Un diálogo colaborativo, respetuoso entre las partes la mayoría de las veces va a beneficiar al paciente/fiel implicado.

CONCLUSIÓN

En este artículo se revisaron los efectos benéficos que otorga el trabajo en salud mental al considerar la espiritualidad/religiosidad como factor determinante de salud. Luego se expusieron algunas de las hipótesis de mecanismo de acción, para terminar con una propuesta de trabajo colaborativo entre el equipo de salud mental comunitaria y la comunidad religiosa.

La espiritualidad/religiosidad es una dimensión común del ser humano. Por ejemplo, más del 85% de la población refiere creer en Dios y sin embargo son muy pocos los estudios clínicos que consideran este factor dentro de sus análisis. ¿Por qué? ¿Acaso no influye en el bienestar ni salud mental de la persona? Observamos justamente lo contrario: la respuesta y recuperación de los trastornos depresivos es mejor y más corta; los individuos con alto nivel de espiritualidad/religiosidad se suicidan menos; los adictos a sustancias con altos niveles de espiritualidad/religiosidad parecen tener menores recaídas, etcétera. Sin embargo, los autores en la mayoría de las investigaciones reconocen casi sistemáticamente dos grandes problemas: 1) la mayoría de los estudios publicados son realizados en Culturas Occidentales (cristiana y judía principalmente) y existen pocos instrumentos estandarizados para medir este factor. Nuestra tarea en el futuro será entonces ampliar nuestras fronteras de estudio, incluyendo otras religiones monoteístas, politeísta menos tradicionales. Asimismo, mejorar nuestros instrumentos de medición, validándolos para otras comunidades.

En cuanto a los mecanismos de acción de la espiritualidad/religiosidad sobre el bienestar y salud mental, tanto las ciencias naturales como las sociales no son capaces de demostrar si existen o no fuerzas sobrenaturales que las determinen. Simplemente porque no es objeto de estudio de estas ciencias (lo que no quiere decir que no existan). Mas, luego de esta revisión, observamos cómo la espiritualidad/religiosidad hace

andar una serie de mecanismos psicológicos o brinda apoyo de índole social beneficioso para el bienestar general del individuo. A pesar que en su gran mayoría son positivos, no hay que perder de vista que existen estilos atribucionales, como por ejemplo esperar que todo se resolverá por un milagro, muy dañinos para la salud global del individuo. En esos casos se recomienda, en un trabajo colaborativo con la comunidad religiosa, enfocarse en estas distorsiones cognitivas.

A modo de ejemplo del trabajo colaborativo del equipo de salud mental con la comunidad religiosa para la promoción, protección, tratamiento y cuidado continuo de las enfermedades mentales, se mostró la experiencia exitosa obtenida por el equipo del Saint Francis Hospital, Connecticut, Estados Unidos (58). Como el lector habrá observado, la Consultoría por profesional de salud mental parece ser una estrategia fundamental para la comunicación prolija entre las partes implicadas y con claros beneficio reflejado en nuestros pacientes.

Para terminar, quisiera referirme al informe derivado de la reunión de consulta internacional que convocó en junio de 1998 la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud a fin de explorar las posibles relaciones entre calidad de vida, salud y espiritualidad: *el objetivo inmediato de este nuevo proyecto es examinar a través de las culturas y las religiones los diferentes aspectos de calidad de vida que encierra el campo de la espiritualidad, la religiosidad y las creencias personales, e incorporar un módulo a la medida existente de Calidad de Vida de la OMS, que permitirá una evaluación más sensible y completa de este campo en materias tales como el cuidado de la salud, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Como resultado de este trabajo podría darse la creación de un módulo adicional que contenga aspectos y particularidades comunes a los grupos culturales y religiosos participantes* (5). Parece ser que la visión reduccionista o mecanicista de los pacientes ya no es satisfactoria. Pacientes y médicos han empezado a darse cuenta del valor de los elementos tales como fe, esperanza y compasión en el proceso de curación (58).

Espero entonces que este artículo de revisión aporte en el marco teórico en esta nueva línea de estudio a nivel nacional, tal como lo expresó recientemente Florenzano (59), y motive a los equipos de salud la formación de estrategias de atención de salud mental comunitaria, descentralizada, participativa, integrativa y continua en conjunto con las comunidades religiosas (60).

REFERENCIAS

1. Bedell KB. Yearbook of American and Canadian Churches 1997. Nashville
2. DDB Needham Worldwide. DDB Needham Worldwide, 303 East Wacker Drive, Chicago. 2000 IL 60601-5282
3. Larson DB, Pattison EM, Blazer DG, Omran AR, Kaplan BH. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *Am J Psychiatry*. 1986; 149: 329-334
4. *Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, Real Academia Española*. 22 Ed. Madrid: Espasa Calpe, 2001
5. Jiménez JP. La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina. *Revista GPU* 1 (1): 92-101
6. Caplan G. *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Ed Paidós, Buenos Aires, 1970
7. McCullough ME, Larson DB. Religion and depression: A review of the literature. *Twin Research* 1999; 2: 126-136
8. Braam AW, Beekman ATF, Deeg DHG, Smit JH, Van Tilburg W. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community study in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 96: 199-205
9. Brown GW, Prudo R. Psychiatric disorder in a rural and an urban population. I: Aetiology of depression. *Psychological Medicine* 1981; 11: 581-599
10. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, *et al*. Cognitive symptoms of depression and religious coping in elderly medical patients. *Psychosomatics*. 1995; 36: 369-375
11. Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D. Religious values in psychotherapy and mental health: Empirical findings and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60: 94-103
12. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 536-42
13. Koenig HG. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2001; 31; 1: 97-109
14. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans RA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings* 2001; 76: 1225-35
15. Razali SM, Hasanah CI, Aminah K, Subramaniam M. Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32: 867-972
16. Koenig HG, Moberg DO, Kvale JN. Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic *J Am Geriatr Soc* 1988; 36; 4: 362-374
17. Baider L, Sarel M. Perceptions and causal attributions of Israeli women with breast cancer concerning their illness: the effects of ethnicity and religiosity. *Psychother Psychosom* 1983; 39; 3: 136-143
18. Ai AL, Peterson C, Tice TN, Bolling SF, Koenig HG. Faith-based and secular pathways to hope and optimism subconstructs in middle-aged and older cardiac patients. *J Health Psychol* 2004; 9; 3: 435-450
19. Hodges SD, Humphreys SC, Eck JC. 2002, Effect of spirituality on successful recovery from spinal surgery. *South Med J* 2002; 95; 12: 1381-1384
20. Shaw A, Joseph S, Linley PA. Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review: *Mental Health, Religion & Culture* 2005; 8; 1: 1-11
21. Nisbet PA, Duberstein PR, Yeates C, *et al*. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death

- in adults 50 and older. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188: 543-546
22. Comstock GW, Partridge KB. Church attendance and health. *Journal of Chronic Disease* 1972; 25: 665-672
 23. Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry* 2001; 13: 67-78
 24. Stein D *et al.* The association between adolescents' attitudes toward suicide and their psychosocial background and suicidal tendencies. *Adolescence* 1992; 27(108): 949-959. 17. Kerkhoff AJFM
 25. Nisbet PA, Duberstein PR, Yeates C, Seidltz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv and Ment Dis* 2000; 188(8): 543-546
 26. Koehoe NC, Gutheil TG. Neglect of religious issues in scale-based assessment of suicidal patients. *Hosp and Comm Psychiatry*. 1994; 45(4): 366-369
 27. Benson P. Religion and substance use. In: Schumaker JE (ed) *Religion and Mental Health*. New York: Oxford University Press, 1992: 211-220
 28. Gorsuch RL, Butler MC. Initial drug abuse: A view of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin* 1976; 3: 120-137
 29. Loch BR, Hughes RH. Religion and youth substance use. *Journal of Religion and Health* 1985; 24; 3: 197-208
 30. Desmond DP, Maddox JF. Religious programs and careers of chronic heroin users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1981; 8; 1: 71-83
 31. Montgomery HA, Miller WR, Tonigan JS. Does Alcoholics Anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment* 1995; 12; 4: 241-246
 32. Mohr S, Huguelet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care: *Swiss Med Wkly* 2004; 134; 25-26: 369-376
 33. Faulkner A, *Knowing Our Own Minds*: London, Mental Health Foundation, 1997
 34. Kirkpatrick H, Landeen J, Woodside H, Byrne C. How people with schizophrenia build their hope. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2001; 39; 1: 46-53
 35. Weisman A. Religion: a mediator of Anglo-American and Mexican attributional differences toward symptoms of schizophrenia? *J Nerv Ment Dis* 2001; 188; 9: 616-621
 36. Mickley JR, Carson V, Soeken KL. Religion and adult mental health: state of the science in nursing. *Issues in Mental Health Nursing* 1995; 16; 4: 345-60
 37. Pargament KI, Koenig H, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000; 56; 4: 519-543
 38. Pargament KI, Koenig H, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med* 2001; 161; 15: 1881-1885
 39. Pargament KI, Koenig H, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *J Health Psychol* 2004; 9; 6: 713-730
 40. Fabricatore AN, Handal PJ, Rubio DM, Gilner FH. Stress, Religion, and Mental Health: Religious Coping in Mediating and Moderating Roles. *International Journal for the Psychology of Religion* 2004; 14; 2: 91-108
 41. Yangarber-Hicks N. Religious coping styles and recovery from serious mental illnesses. *Journal of Psychology & Theology* 2004; 32; 4: 305-317
 42. Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10; 1: 21-24
 43. Ukst-Margetic B, Margetic B. Religiosity and health outcomes: review of literature. *Coll Antropol* 2005; 29; 1: 365-371
 44. Kim-Goh M. Conceptualization of mental illness among Korean-American clergymen and implications for mental health service delivery. *Community Ment Health J* 1993; 29; 5: 405-412
 45. Pfeifer S. Belief in demons and exorcism in psychiatric patients in Switzerland 7. *Br J Med Psychol* 1994; 67; 3: 247-258
 46. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Am Psychol* 2003; 58; 1: 64-74
 47. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull* 1985; 98; 2: 310-357
 48. Loewenthal KM. Loewenthal, K. M. *Mental Health and Religion*. London, Chapman & Hall 1995
 49. Weaver AJ, Flannelly LT, Garbarino J, Figley R, Flannelly KJ. A systematic review of research on religion and spirituality in the *Journal of Traumatic Stress: 1990-1999*. *Mental Health, Religion & Culture* 2003; 6; 3: 215-228
 50. Foskett J, Marriott J, Wilson-Rudd F. Mental health, religion and spirituality: Attitudes, experience and expertise among mental health professionals and religious leaders in Somerset. *Mental Health, Religion & Culture* 2004; 7; : 5-22
 51. Larson DB, Larson SS. Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: a brief review of quantitative research. *Journal of Psychology & Theology* 1998; 31; 1: 37
 52. Brown RP, Gerbarg PL. Sudarshan Kriya Yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression. Part II—clinical applications and guidelines. *J Altern Complement Med* 2005; 11; 4: 711-717
 53. Brown RP, Gerbarg PL. Sudarshan Kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression: part I—neurophysiologic model. *J Altern Complement Med* 2005; 11; 1: 189-201
 54. Meis JA. A haven for the spirit. A well-designed chapel can improve nursing home residents' spiritual and psychological health. *Health Prog* 1991; 72; 5: 56-59
 55. Catholic Culture Organisation, 2006, Ten theses on a church door: <http://www.catholicculture.org/culture/library/view.cfm?id=121&repos=1&subrepos=0&searchid=719070>, Acceso 19 de Febrero de 2011
 56. Architecture.com, 2006, Rafael Moneo's Royal Gold Medal lecture: <http://www.architecture.com/NewsAndPress/News/AwardsNews/Press/2003/RafaelMoneoCollectsTheRoyalGold-Med>. Acceso 19 de Febrero de 2011
 57. McKinney M. Community Psychiatry and Religion. En *Religion and Spirituality in Psychiatry*; Huguelet P, Koenig H. Ed Cambridge University. Press. 2009: 215-231
 58. Culliford L. Spirituality and clinical care: Spiritual values and skills are increasingly recognised as necessary aspects of clinical care *BMJ* 2002; 325: 1434-1435
 59. Florenzano R. Religiosidad y salud mental: ¿amigos o enemigos? *Rev GPU* 2010; 6; 2: 221-229
 60. Rodríguez J *et al.* (Ed.). *Salud Mental en la Comunitàs*. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 49, OPS/OMS. Washington, D.C., 2009

INVESTIGACIÓN

RESULTADOS DE UNA AUDITORÍA DE FICHAS CLÍNICAS DE LOS EGRESOS DEL AÑO 2008 DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ HORWITZ BARAK”: LAS EPICRISIS

(Rev GPU 2011; 7; 2: 214-220)

Rafael Céspedes¹

Basado en una auditoría administrativa de fichas clínicas del año 2009, de los egresos del año 2008 del Instituto Psiquiátrico, se auditó 130 fichas clínicas correspondientes a Servicios de Corta Estadía y otras Unidades Clínicas. En este trabajo se presentan los resultados referentes a las epicrisis de estos egresos. Se expone el modo en que fueron auditadas las epicrisis, la ponderación de éstas en deficientes, aceptables y buenas de acuerdo al puntaje obtenido, además de la ponderación de éstas, según el registro o no registro de los parámetros considerados imprescindibles. Finalmente se hacen algunos comentarios y propuestas.

INTRODUCCIÓN

Un requisito a exigir en cualquier momento por las autoridades, para poder atender patología GES en una Institución de Salud, es estar acreditado en Calidad Asistencial. Lo más básico, según nuestro parecer, son los Registros Clínicos. Este trabajo quiere ser una contribución en un proceso de toma de conciencia de la relevancia de alcanzar los Estándares de Calidad exigibles, en el ámbito particular de los Registros Clínicos y por añadidura en todos los ámbitos de la Calidad Asistencial en el Instituto Psiquiátrico.

En el informe N°: 231/09, de la Contraloría General de la República, publicado con fecha 9 de marzo de 2010 en la página Web de esta Institución, en el apartado III número 5 “Fichas Clínicas” se hace referencia a una auditoría de Fichas Clínicas realizada en el Instituto Psiquiátrico en el año 2009, y a una serie de Normas y Leyes en este ámbito. Deja en claro la Contraloría que los registros de las fichas clínicas son deficientes (1).

Debemos tener en consideración que nos encontramos en un proceso de Reforma Sanitaria y un aspecto fundamental que considera esta Reforma es el de la calidad asistencial, precisamente en los Manuales de Acreditación en este ámbito, lo señala en

¹ Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” E-mail: errecspedes@yahoo.com

la Introducción el Superintendente de Salud: ...*Una de las tantas tareas que nos impuso la Reforma a la Salud: evaluar la calidad de nuestro sistema sanitario prestador.* (2).

En los Manuales para la Acreditación de los Prestadores Institucionales y sus Pautas de Cotejo, de los nueve ámbitos a acreditar en calidad, uno de ellos, el ámbito sexto, es el de los Registros Clínicos, el que tiene un Componente REG-1 que se desglosa en cuatro Características como veremos:

“**AMBITO: REGISTROS (REG)**

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.

Componente REG-1 El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

Características:

REG 1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual

REG 1.2 El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.

REG 1.3 El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.

REG 1.4 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente.”

ALGUNAS CONSIDERACIONES EN RELACIÓN CON LA EPICRISIS

Consideramos que la epicrisis debería evaluarse y auditarse por separado del resto de los registros de una Ficha Clínica, pues da cuenta resumida del proceso total de lo efectuado en relación con una persona en el evento de una internación, en nuestro caso hospitalización psiquiátrica, que generalmente tiene un promedio de 40 días en los Sectores de Corta Estadía. Por ser un producto final fundamental, que da cuenta del derecho a la información del paciente y de la necesidad de otros prestadores de conocer cabalmente lo acaecido u obrado respecto a la patología o salud de una persona en una internación, considerando especialmente que se trabaja o se debe trabajar en un sistema integrado, la Red Asistencial, como lo estipulan las Políticas de Salud. Por lo tanto podemos considerar la epicrisis como un instrumento que debe contribuir a la continuidad de la calidad de la atención sanitaria de la persona en el tiempo y en el espacio, por sus desplazamientos en los diversos dispositivos asistenciales de la Red.

En los Manuales de Acreditación la característica: “REG 1.3 *El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento*”, está haciendo implícita referencia a la epicrisis entre otros probables registros.

La epicrisis es un documento de primordial importancia en el proceso de atención de un enfermo, de la cual debe quedar una copia en la Ficha Clínica, especialmente si ha estado hospitalizado, y con mayor razón si se trata de una internación psiquiátrica especialmente prolongada. Al ser dado de alta un enfermo, debe entregársele una epicrisis, que es un documento que da cuenta de una serie de hechos a los que se sometió el paciente, en el proceso de atención, en el cual intervino una serie de profesionales, de un equipo encabezado por el médico tratante, el cual es el encargado de llevar adelante el Estudio Diagnóstico, elaborar un Plan de Tratamiento multidimensional y multiprofesional y supervisar el adecuado desarrollo de este Plan de Tratamiento o de los sucesivos Planes de Tratamientos que el caso haya requerido. Por lo tanto, la epicrisis debe ser un compendio que considere todos los aspectos y acciones relevantes del proceso de modo atingente, resumido, conciso, claro y preciso. Considerando que este documento se hace para ser remitido, por intermedio del enfermo o sus familiares, a profesionales de otro Centro de Salud de la Red de Servicios Asistenciales, en donde la referencia y la contrarreferencia son la norma, debe por lo tanto elaborarse de modo que cumpla a cabalidad con dicho objetivo. No debemos olvidar que nuestro Instituto es un Hospital Autogestionado en Red.

Por otra parte debemos tener muy presente que la epicrisis es un documento que refleja la calidad del trabajo realizado por el personal de la institución que la emite. Una diáfana claridad deben tener los profesionales emisores, respecto al uso que se le dará a este documento por parte del enfermo, considerando que es una herramienta comunicacional, que debe cumplir cabalmente su objetivo dando cuenta de lo que se realizó por la salud de esa persona en el proceso de atención de que fue objeto. Esta misma epicrisis es un documento referido con frecuencia a Tribunales y otros organismos de salud como FONASA, las Superintendencias, las ISAPRES, la COMPIN, otras Aseguradoras, etc.

Por lo tanto son los profesionales que reciben la epicrisis quienes necesariamente harán un juicio sobre la calidad de la atención, sobre la seriedad de nuestro trabajo, la magnitud del respeto que tenemos sobre los otros profesionales que necesitan recibir información

Cuadro 1
PARÁMETROS A EVALUAR EN LA EPICRISIS

PARÁMETRO	* Registros Imprescindibles	Puntaje Máximo	Puntaje Obtenido
Legible		3	
Nombre del Paciente	*	10	
Número de Ficha Clínica		4	
Fecha		2	
Hora		1	
Fecha de Ingreso		5	
Fecha de Egreso		5	
Días de Estadía		4	
Diagnóstico de Ingreso		5	
Diagnóstico de Egreso	*	10	
Fundamentos Diagnósticos	*	5	
Tratamiento		10	
Resultado del Tratamiento		4	
Indicaciones de Alta	*	10	
Pronóstico		3	
Destinación (<i>referencia o derivación</i>)		5	
Observaciones y Comentarios		4	
Nombre del Médico Becado		5	
Nombre del Médico Tratante	*	5	
Nombre Supervisor	*	5	
Médico Tratante			
Médico Jefe de Unidad o Sector			
Jefe de Servicio			
TOTAL		100	

(*) Registros Imprescindibles: Si falta uno de estos Registro la Epicrisis es calificada de deficiente.

válida, de los enfermos que hemos atendido y derivado y sobre el respeto al derecho que tiene un enfermo de recibir una epicrisis de calidad tal, que pueda cumplir la función que le corresponde.

La epicrisis es además una oportunidad privilegiada de aprendizaje para los médicos en formación en la especialidad y una especial instancia de supervisión y de apreciación de los avances en el aprendizaje de los médicos becados o residentes.

Es conveniente remarcar que si una epicrisis es realizada considerando estos postulados, deberá estar fundamentada y documentada en los otros registros que se han efectuado en el transcurso de la Internación, como por ejemplo la Historia Clínica, los exámenes, las Evoluciones, diversas Evaluaciones realizadas, Planes de Tratamiento, etc.

MÉTODO

Sobre la base de los resultados de una Auditoría de Fichas Clínicas del Instituto Psiquiátrico, realizada en el año 2009, sobre una muestra de los egresos del año 2008, se mostrará en específico en este trabajo lo referente a las epicrisis.

En la Auditoría de Fichas Clínicas en el Instituto Psiquiátrico, por no existir una normativa sobre los Registros Clínicos en general y de la Ficha Clínica e Historia Clínica en particular, se confeccionó una plantilla para realizar la auditoría, basada fundamentalmente en el Reglamento de Internación (Decreto Supremo 570, del Minsal) (3).

La plantilla de auditoría, en lo referente a la epicrisis, consideró todos los puntos que contiene un

Cuadro 2

PONDERACIÓN DE EPICRISIS DE ACUERDO AL PUNTAJE

Deficiente:	Entre 0 y 59
Aceptable:	Entre 60 y 79
Buena:	Mayor que 80

Formulario de Epicrisis usado en el Instituto por años. Se agregó en la plantilla un aspecto a auditar, el de la supervisión, dado que el Reglamento de Internación específica que las acciones sobre los enfermos psiquiátricos deben ser efectuadas por un médico acreditado (psiquiatra acreditado), pues muchos enfermos son atendidos por Becados o Residentes de Psiquiatría, por lo cual deben ser supervisados y quedar registro de la supervisión. De igual manera por ser la epicrisis un documento fundamental en muchos ámbitos se considera que debe ser supervisado por las jefaturas en los casos que corresponda.

Se solicitó a la Unidad de Archivo que buscara al azar 10 egresos del año 2008, de enfermos hospitalizados, de los 8 Sectores de Corta Estadía y de otras Unidades de Hospitalización, UEPI, UDAC, UDA, UETA y Servicio de Urgencia, lo que da un total de 130 egresos, de los cuales nos referiremos en este trabajo exclusivamente a la Epicrisis.

A los diversos ítems del Formulario de la Epicrisis, se les asignó un puntaje para su evaluación (ver Cuadro 1).

Se consignaron 6 ítems, como registros imprescindibles (de faltar un registro en estos ítem la epicrisis se considera deficiente): En el cuadro puede apreciarse el valor asignado a cada ítem o parámetro.

El puntaje obtenido en cada ítem en la auditoría fluctuó entre los valores 0, si no había registro y el máximo si había algún registro. Esto, considerando que no existía y no se confeccionó una pauta para ponderar los valores intermedios, y considerando que esta auditoría era de índole administrativa y no de pares.

Los registros tampoco fueron evaluados de acuerdo a la pertinencia del mismo o por su coherencia y adecuación a lo que se debía registrar, por lo cual habiendo en determinado ítem un registro se le asignó el puntaje máximo, aunque no fuera atingente lo que se registraba.

En la auditoría se sumaron los resultados de las 10 epicrisis de cada Sector de Corta Estadía y de las Unidades Clínicas, sumando posteriormente las de los 8 Sectores de Corta Estadía y los de las 5 Unidades; finalmente se hizo un consolidado de las 130 epicrisis.

Cuadro 3

REGISTROS IMPRESCINDIBLES SIN REGISTRAR EN 80 EPICRISIS DE SECTORES DE CORTA ESTADÍA

Registros Imprescindibles	TOTAL
Sin Nombre del Paciente *	24
Sin Diagnóstico de Egreso *	12
Sin Fundamentos Diagnósticos *	16
Sin Indicaciones de Alta *	27
Sin Nombre del Médico Tratante *	9
Sin Nombre Supervisor *	79
Total de Imprescindibles sin Registro	189
Epicrisis Ponderadas Deficientes por Registros Imprescindibles sin Completar	80
Suma de Puntaje de 80 Epicrisis de Sectores de Corta Estadía	5706

La ponderación de las epicrisis la haremos a la base del puntaje y a los imprescindibles sin registrar. Como hemos dicho, si una epicrisis no tiene un registro imprescindible, de inmediato es catalogada de deficiente. Por el puntaje la catalogación de las epicrisis se efectuó según los rangos especificados en el Cuadro 2.

RESULTADOS

Presentamos a continuación, en primer lugar, los resultados de la auditoría en lo referente a las epicrisis de los Sectores de Corta Estadía (80) por la ponderación de imprescindibles y por puntaje obtenido por los diversos parámetros; a continuación presentamos de igual modo los resultados de las cinco Unidades Clínicas (50), UEPI, etc. y finalmente, en la misma forma los resultados del consolidado de las 130 fichas clínicas, en lo referente a las epicrisis.

Síntesis de Resultados de Sectores de Corta Estadía: 80 Epicrisis Auditadas de Egresos del Año 2008.

En el Cuadro 3 podemos ver que de las 80 epicrisis de los Sectores de Corta Estadía, 24 no tienen el nombre del enfermo, 27 no tienen indicaciones de alta y prácticamente la totalidad no tiene registro de supervisor alguno.

Como podemos apreciar en el Cuadro 4, en consideración a los registros imprescindibles sin llenar, todas estas epicrisis deben ser catalogadas de deficientes. Si consideramos el puntaje obtenido, con las características antes reseñadas de cómo se procedió con éste,

Cuadro 4

PONDERACIÓN DE EPICRISIS DE LOS SECTORES DE CORTA ESTADÍA SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO Y AUSENCIA DE REGISTROS IMPRESCINDIBLES

Ponderación	Deficientes	Aceptables	Buenas
Por Puntaje	13	43	24
Por Ausencia de Registros Imprescindibles	80	0	0

Cuadro 5

REGISTROS IMPRESCINDIBLES SIN REGISTRAR EN 50 EPICRISIS AUDITADAS DE 5 UNIDADES CLÍNICAS (UEPI, UDAC, UDA, UETA Y SERVICIO DE URGENCIA)

Registros Imprescindibles	Total
Sin Nombre del Paciente *	11
Sin Diagnóstico de Egreso *	19
Sin Fundamentos Diagnósticos *	16
Sin Indicaciones de Alta *	16
Sin Nombre del Médico Tratante *	4
Sin Nombre Supervisor *	50
Total de Imprescindibles sin Registro	116
Epicrisis Ponderadas Deficiente por Registros Imprescindibles sin Completar	50
Suma de Puntaje de Epicrisis de 5 Unidades Clínicas	3499

tenemos 13 epicrisis deficientes, 43 aceptables y 24 buenas.

El puntaje promedio de las epicrisis de los Sectores de Corta Estadía fue de 71,3 puntos, resultado de dividir los 5.706 puntos obtenidos por las 80 epicrisis, por el número de éstas (80).

Síntesis de Resultados de UEPI, UDAC, UDA, UETA y Servicio de Urgencia: 50 Epicrisis Auditadas de Egresos del Año 2008

En el Cuadro 5 podemos ver que de las 50 epicrisis de las Unidades Clínicas auditadas, 11 no tienen el nombre del enfermo, 16 no tienen fundamentos diagnósticos, 16 no tienen indicaciones de alta y la totalidad no tiene registro de supervisor alguno.

Como podemos apreciar en el Cuadro 6, en consideración a los ítems imprescindibles sin llenar, todas estas epicrisis deben ser catalogadas de deficientes. Si

Cuadro 6

PONDERACIÓN DE EPICRISIS DE 5 UNIDADES CLÍNICAS (UEPI, UDAC, UDA, UETA Y SERVICIO DE URGENCIA) SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO Y AUSENCIA DE REGISTROS IMPRESCINDIBLES

Ponderación	Deficientes	Aceptables	Buenas
Por Puntaje	13	24	13
Por Ausencia de Registros Imprescindibles	50	0	0

consideramos el puntaje obtenido, con las características antes reseñadas de cómo se procedió con éste, tenemos 13 epicrisis deficientes, 24 aceptables y 13 buenas.

El puntaje promedio de las epicrisis de las 5 Unidades Clínicas (UEPI, UDAC, UDA, UETA y Servicio de Urgencia) fue de 69,98 puntos, resultado de dividir los 3.419 puntos obtenidos por las 50 epicrisis, por el número de éstas (50).

Consolidado de 130 Epicrisis de Egresos del Año 2008: de los Sectores de Corta Estadía (1 a 8), UEPI, UDAC, UDA, UETA y Servicio de Urgencia

En el Cuadro 7 podemos ver el consolidado de 130 epicrisis auditadas de los Sectores de Larga Estadía y otras Unidades Clínicas. En la columna "Puntaje Máximo" tenemos sumados los valores de cada parámetro de las 130 epicrisis, y en la fila de Total vemos el valor de 13.000 puntos, que es la suma de los puntajes máximos de las 130 epicrisis.

En la columna de puntaje obtenido tenemos la suma de los puntajes por parámetro de las 130 epicrisis, y en la fila del total la sumatoria de los puntajes obtenidos de las 130 epicrisis.

En la columna con el texto "Deficiente" tenemos la suma de todos los parámetros considerados imprescindibles, que no tienen registro alguno en las 130 epicrisis auditadas, en la fila del total tenemos la suma de la totalidad de los imprescindibles sin registro alguno.

Los 9.207 puntos, correspondientes a la suma de los resultados obtenidos por cada una de las 130 epicrisis, nos da un puntaje promedio por epicrisis de 70,8.

En el Cuadro 8 podemos ver que de las 130 Epicrisis de las Unidades Clínicas auditadas, 38 no tienen el nombre del enfermo, 34 no tienen fundamentos diagnósticos, 50 no tienen indicaciones de alta y la totalidad no tiene registro de supervisor alguno.

Como podemos apreciar en el Cuadro 9, en consideración a los ítems imprescindibles sin llenar todas estas epicrisis deben ser catalogadas de deficientes. Si consideramos el puntaje obtenido, con las características

Cuadro 7

CONSOLIDADO DE 130 EPICRISIS DE EGRESOS DEL AÑO 2008: DE LOS SECTORES DE CORTA ESTADÍA (1 A 8),
UEPI, UDAC, UDA, UETA Y SERVICIO DE URGENCIA

Parámetro	* Registro Imprescindible	Puntaje Máximo	Puntaje Obtenido	Deficiente
Legible		390	387	
Nombre del Paciente	*	1300	920	38
Número de Ficha Clínica		520	312	
Fecha		260	32	
Hora		130	5	
Fecha de Ingreso		650	644	
Fecha de Egreso		650	632	
Días de Estadía		520	340	
Diagnósticos de Ingreso		650	630	
Diagnóstico de Egreso	*	1300	980	32
Fundamentos Diagnósticos	*	650	495	31
Tratamiento		1300	1095	
Resultado del Tratamiento		520	448	
Indicaciones de Alta	*	1300	770	53
Pronóstico		390	165	
Destinación		650	460	
Observaciones y Comentarios		520	280	
Nombre del Médico Becado		645	305	
Nombre del Médico Tratante	*	650	300	12
Nombre Supervisor	*	650	5	129
Médico Tratante			0	
Médico Jefe de Unidad o Sector			0	
Jefe de Servicio			0	
TOTAL		13000	9207	295

Cuadro 8

REGISTROS IMPRESCINDIBLES SIN REGISTRAR EN 130 EPICRISIS LOS SECTORES DE CORTA ESTADÍA, UEPI, UDAC, UDA, UETA Y SERVICIO DE URGENCIA

Registros Imprescindibles	TOTAL
Sin Nombre del Paciente *	38
Sin Diagnóstico de Egreso *	32
Sin Fundamentos Diagnósticos *	34
Sin Indicaciones de Alta *	50
Sin Nombre del Médico Tratante *	13
Sin Nombre Supervisor *	129
Imprescindibles sin registro	295
Epicrisis Ponderadas Deficiente por Registros Imprescindibles sin Completar	130
Puntaje	9205

Cuadro 9

PONDERACIÓN DE EPICRISIS DE 5 UNIDADES CLÍNICAS (UEPI, UDAC, UDA, UETA Y SERVICIO DE URGENCIA) SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO Y AUSENCIA DE REGISTROS IMPRESCINDIBLES

Ponderación	Deficientes	Aceptables	Buenas
Por Puntaje	26	67	37
Por Ausencia de Registros Imprescindibles	130	0	0

antes reseñadas de cómo se procedió con éste, tenemos 26 epicrisis deficientes, 67 aceptables y 37 buenas.

COMENTARIOS

1. Las epicrisis de los egresos del año 2008 auditadas nos muestran, pese al enfoque administrativo de la evaluación, serias deficiencias en los registros, nos sería impropio referirnos a la no pertinencia o inadecuación de algunos registros existentes, pues la intención no estaba dirigida a calificar dichos registros.
2. Los resultados por puntaje de la catalogación de las epicrisis favorecen a éstas, por razones ya enunciadas en otras secciones de este trabajo, como es el hecho que existiendo algún registro en determinado ítem se colocaba el puntaje máximo, sin considerar la pertinencia o no del mismo, de no existir registro, se adjudicaba al ítem cero puntaje.
3. Basándonos en la ponderación por los imprescindibles que no tienen registros, podemos decir con fundamento que es preocupante la calidad deficiente, de los registros de este instrumento de comunicación clínica, basándonos en los resultados, pues las 130 epicrisis auditadas caen en la categoría de deficientes; aunque uno podría conceder, que no correspondería considerar el ítem Supervisión en este análisis, de igual modo la ponderación en lo general continuaría siendo deficiente, pues se omite registros que sin duda no pueden dejar de registrarse, como son el nombre del paciente, los fundamentos diagnósticos, las indicaciones de alta, entre otros; pues ¿quién dará legitimidad o valor a un documento carente de la identificación de la persona que lo presenta? Si sumamos a esto la falta de registro de otros ítem no considerados imprescindibles, sin duda que lo deficiente de las epicrisis resulta más preocupante aun.

Sobre las causas de esta situación no profundizaremos, pues nuestra inquietud va por lograr la mejoría de los Registros Clínicos del Instituto, por lo cual preferiremos hacer propuestas orientadas a lograr dicho objetivo, las que publicaremos en un trabajo independiente el cual junto a otro en torno específicamente a la auditoría de historias clínicas, las evoluciones de los profesionales, etc., constituyen un tríptico. Hemos optado publicar esta auditoría, como señalamos en

tres partes, para poder entrar en algún nivel de detalle y por razones de extensión de un trabajo único a publicar.

PROPUESTA

Hemos propuesto una Normativa General para el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak" sobre la Ficha Clínica y los Registros Clínicos, que publicaremos en un trabajo independiente, el cual completa un tríptico.

De la normativa, siendo válidos todos los aspectos generales respecto a los registros clínicos para la epicrisis, los cuales aquí no mencionaremos, solo haremos referencia a lo específicamente pertinente, relacionado con la epicrisis: "Será llenada completamente, con todos los datos que se solicitan, no se usará abreviaturas ni siglas. Será firmada por el médico tratante, el que consignará su nombre completo y será firmada por el supervisor o jefe de unidad, sin excepciones en el caso de haber sido elaborada por un becado o residente".

Forman parte inseparable de esta propuesta de "Normativa de Registros Clínicos" para el Instituto Psiquiátrico, todos los formularios elaborados para los diversos registros clínicos, como por ejemplo: Ingreso de Urgencia, Historia Clínica, etc. y por su puesto un formulario estandarizado para la confección de la epicrisis, el que incluye otros ítems que complementan los del formulario de epicrisis auditadas.

Este nuevo formulario de epicrisis propuesto, considera la relevancia del trabajo en equipo, lo que debiera reflejarse en la epicrisis, por lo cual están los campos abiertos para ser completados con las intervenciones hechas por otros profesionales del equipo tratante, a si como recomendaciones, e indicaciones específicas.

En la Normativa se incluye también la responsabilidad de las jefaturas de supervisar y auditar todos los registros clínicos y de las medidas administrativas que deben considerarse de incumplir esta normativa.

REFERENCIAS

1. Informe N°: 231/09, de la Contraloría General de la República, publicado con fecha 9 de marzo de 2010 en la página Web de esta Institución, www.contraloria.cl
2. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, 2009
3. Diario Oficial, Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. 14 de Julio del año 2000

ANÁLISIS

REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS EN TORNO AL TERREMOTO¹

(Rev GPU 2011; 7; 2: 221-226)

Pablo Santander²

Puerto Montt está temblando
con un encono profundo
es un acabo de mundo
lo que yo estoy presenciando
a Dios le voy preguntando
con voz que es como un bramido
por qué mandó este castigo
responde con elocuencia
se me acabó la paciencia
y hay que limpiar este trigo.

VIOLETA PARRA

El presente artículo analiza las angustias generadas durante el reciente terremoto y maremoto ocurrido en Chile, e intenta dar luces respecto a los numerosos saqueos posteriores a éste, utilizando conceptos de Bion. Se postulan angustias intensas y precoces, descritas en relación con la pérdida del pecho continente, y el posterior ataque a éste. Se describe la fantasía de una escena primaria particular que se asocia con la violencia posterior, intentando considerar los eventos de la realidad externa en relación con la fantasía inconsciente. Se abordan aspectos individuales, de la psicología de grupos y sociológicos para intentar dar cuenta de un fenómeno complejo que requiere de una integración de miradas (incluyendo la mirada literaria).

¹ Texto publicado en la *Revista de Psicoanálisis* de la Asociación Psicoanalítica de Chile (APCH). Reproducido con autorización.

² Psicoanalista, miembro asociado APCH.

El pasado 27 de febrero de 2010 los habitantes de varias regiones de Chile nos despertamos bruscamente en medio de un fuerte movimiento telúrico (8,8 grados Richter), el que ha sido calificado como el quinto de mayor intensidad dentro de los sismos de los que se tiene registro en el mundo (tenemos el triste registro de que el de mayor intensidad ocurrió también en Chile). Posterior a los daños sufridos por este sismo y al maremoto que se asoció, siguió lo que en medios periodísticos se llamó el “segundo terremoto”, en relación metafórica con los daños sufridos por los cuantiosos saqueos que sucedieron en las zonas afectadas, y al impacto y dolor sentido al ver estas conductas violentas ocurridas en nuestra sociedad.

Fue Freud mismo quien comenzó a analizar temas más bien relacionados con la psicología de masas, y a intentar comprender los sucesos sociales que le tocaron vivir, como lo hizo en “el malestar de la cultura” (1932), y en “El por qué de la guerra” (1933), por nombrar solo algunos. Desde esos años hasta los nuestros, numerosos psicoanalistas han intentado continuar en esta línea. Es así como sucesos tales como los campos de concentración (R. Levin, 2000), los totalitarismos (D. Bell, 2007), las grandes crisis bursátiles (D. Tuckett, R. Taffler, 2009), han sido abordados desde la perspectiva psicoanalítica. Éste es el sentido que busco en este breve texto, un intento elaborativo de los fuertes sucesos emocionales vividos recientemente en nuestro país, y a la vez aportar en la comprensión de la violencia social que siguió al sismo.

A nosotros como psicoanalistas nos cabe un rol importante en poder colaborar en la comprensión y procesamiento de lo experimentado durante el terremoto y, de esta forma, ayudar en la elaboración de eventos traumáticos como éste. Esto cobra mayor relevancia si consideramos que Chile es un país sísmico, y que estos eventos traumáticos se repiten y se transmiten de una generación a otra, siendo hitos en la vida familiar de muchas personas. Estos relatos y recuerdos olvidados reaparecen bruscamente en nuestras mentes en el momento del sismo³. Pero también, y asociado a esas angustias, resulta de gran relevancia aportar en el entendimiento de ese movimiento de masas violento que prosiguió al terremoto (el llamado “segundo terremoto”).

Para mi análisis del significado que pudo tener la experiencia vivida en nuestra sociedad, deseo relatar algunos hechos que aporten a situarnos en el contexto

social en que se desencadenaron los sucesos. La fecha en que ocurrió el terremoto es importante, el último fin de semana del mes de febrero, mes en el que con mayor frecuencia los chilenos tomamos vacaciones. Era el fin de las vacaciones, cuando se empieza a preparar el nuevo año laboral. Por otra parte, habían habido elecciones presidenciales recientemente y la coalición gobernante desde hacía 20 años había perdido las elecciones quedándole pocos días en el poder (la primera presidenta mujer terminaba su periodo). En este sentido resultó sorprendente la coincidencia de que justamente la réplica de mayor magnitud haya sido durante este cambio de mando. Con esto sólo quiero exponer elementos que ayuden a sintonizar con el estado emocional y el ambiente social que rodeaba al evento sísmico, aportando elementos que pueden adquirir significación a un nivel inconsciente.

Como muchos, el día lunes que siguió al terremoto, yo reiniciaba mi trabajo tras las vacaciones de verano. Pero a diferencia de otros años, este marzo comenzó con pacientes que llamaban para preguntar si estaban las condiciones para el reinicio de su tratamiento, otros que llamaban para postergar unos días su regreso, por la necesidad de visitar a padres que viven cerca del epicentro. Una vez reinstalado el tratamiento, pacientes me manifiestan su preocupación por que yo y mi familia estemos bien. Luego comienzan a aparecer en el material clínico fuertes angustias, sentimientos de destrucción. Se relatan sueños en relación al terremoto, que se asocian con situaciones traumáticas de sus vidas. Todos queriendo contar su experiencia, contar lo que vivieron, relatar las imágenes que veían en los medios de comunicación, lo que yo interpreto como una necesidad de ser contenidos y de elaborar este episodio.

Pero por otro lado estaba yo, con mis fuertes emociones despertadas por el movimiento telúrico, asociada a una sensación penosa respecto al dolor de la vivencia nacional. Paciente y analista intentando, ambos, elaborar sus vivencias. En ese momento pensé que el riesgo podía consistir en ya sea hacer un alejamiento defensivo de estas emociones, con el resultado de, entonces, no poder estar disponible para acoger las de mis pacientes o, por otro lado, un mantenerse contactado pero no ser capaz de contenerlas ni elaborarlas, provocando una identificación proyectiva del analista al paciente (A. Ferro, 2001), somatizar el conflicto o llevarlo al plano de la conducta, de alguna forma.

Hasta acá he descrito el ambiente emocional de mis pacientes, y mi propio estado emocional para intentar bosquejar cómo este sismo irrumpió fuertemente en todas las áreas del país, y cómo éste llegó fuertemente también a nuestras consultas. Ahora me

³ Probablemente no es azaroso que los padres del autor vivían en Valdivia durante el terremoto de 1960 (el de mayor intensidad de que se tenga registro en el mundo).

quiero referir al ambiente social observado después del sismo, y a mi propuesta de una interpretación de las ansiedades que ahí se estaban tramitando.

El terremoto se impuso como un evento que violentamente alteró nuestro quehacer y nos recordó la vulnerabilidad de todo aquello que nos parecía estable y firme.

En los días que siguieron al sismo continuaron frecuentes réplicas, muchos sistemas telefónicos no funcionaban, había muchos sectores sin agua potable, bancos que no permitían el retiro de dinero, bombas bencineras que vendían en forma reducida (por no tener luz) y sólo permitían el pago en efectivo. En muchos lugares no se aceptaban tarjetas bancarias. Un sistema al que estamos muy acostumbrados y dábamos por seguro, ya no lo era.

Lo que inicialmente surgió fue una sensación de desconcierto; algo que se espera estable y firme como es la tierra, el suelo, se movió fuertemente. Como ya mencioné, se despertó una fuerte sensación de vulnerabilidad. Esto nos con-movió. Literalmente “se movió el piso”. La tierra, el “continente” que nos sostiene, nos falla. Esto generó el surgimiento de profundas angustias, las que se vivirán según nuestras experiencias con nuestros “continentes” y los “temblores” que éstos hayan tenido. W. Bion propone que el bebé internaliza la relación de él con su madre, una madre que contiene sus angustias y sensaciones del lactante, y logra transformarlas y calmar al bebé. Ésta es la relación continente-contenido que ayudará posteriormente a darle significado a las experiencias que se vivan (Bion, 1962). Esta capacidad de la madre de estar abierta a las proyecciones-necesidades del bebé es lo que se llama *reverie*. Cuando esta relación falla, es decir, que la fantasía subyacente a la identificación proyectiva es que la madre, en lugar de desintoxicar el temor a morir, actúa como un objeto malo que despoja a la proyección del bebé envidiosamente, se genera lo que Bion denominó el “terror sin nombre”, esto último sería para Bion un modelo de “menos continente-contenido”; cito textual, “en -K se siente que el pecho envidiosamente quita el elemento bueno o valioso contenido en el miedo de morir y fuerza dentro del lactante el residuo sin valor. El lactante que comenzó con miedo de estar muriendo termina conteniendo un terror sin nombre” (“Aprendiendo De La Experiencia”, W. Bion, 1962, Pág. 155). Este terror sin nombre es un modelo en relación con las sensaciones del 27 de Febrero, y la fantasía de un continente que usurpa lo bueno envidiosamente.

Habitualmente la tierra, la “pacha mama”, se asocia con la madre, esta pacha mama que se espera y desea que nos sostenga y proteja. La madre que contuvo

nuestras angustias y calmó nuestros temores más profundos, de pronto se tambalea.

En forma cotidiana, nosotros negamos conocimientos que tenemos sobre el permanente movimiento de las placas tectónicas, el desplazamiento de los continentes. Negamos también la vulnerabilidad de la tierra en relación, por ejemplo, con la depredación humana, manteniendo un ilusorio de tierra inmutable y de imposibilidad de daño. Ante el movimiento sísmico esta negación desaparece y se nos presentan las posibilidades de acabo de mundo y exterminio que habían estado fuera de la mente (el retorno brusco de lo escindido, que genera gran ansiedad). Si Melanie Klein estuviera con nosotros, quizás ella nos diría que a nivel inconsciente esto nos recuerda angustias precoces en relación con la ausencia del pecho o angustias en relación con la destrucción del pecho (M. Klein, 1952). Pero es importante considerar el pecho como continente de estas angustias (Bion, 1962), de ansiedades de muerte, de estabilidad. El terremoto provoca que estos aspectos vuelvan a surgir al sentir que el continente falla, también se tambalea el continente interno. Todo el ataque inconsciente a nuestro “continente” vuelve en forma retaliativa, y también, como veíamos en Bion, el surgimiento de una fantasía de relación – (menos) continente-contenido, en que un “continente” envidioso nos ataca.

El bebé muerde, devora vorazmente el pecho, con escisión o negación del daño, y frente a la ausencia de éste, sobrevienen sentimientos de angustia y desesperación frente al pecho perdido. Y un pecho perdido, en la fantasía es un pecho destruido (Bion, 1962). Creo que con esta imagen nos podemos acercar a comprender el fenómeno que vimos en Santiago⁴ los días que siguieron al terremoto, en el que se produjeron filas en las bencineras, gente con bidones para almacenar bencina; en los supermercados, gente comprando carros llenos, por la angustia de desabastecimiento (proceso que puede en verdad producir desabastecimiento), como una fantasía inconsciente de un pecho que no está y de que se producirá una hambruna. En este estado emocional, al que M. Klein denomina posición esquizoparanoide, y en que la persona se siente amenazada externamente, no existe un pensamiento de preocupación por los demás ciudadanos que se pueden quedar sin abastecimiento si se acumula tanto; hay que almacenar para la carencia que viene. Estas angustias por el pecho perdido producen un aumento en la voracidad, éste es un pecho persecutorio, porque como decíamos, en la fantasía fue destruido y amenaza retaliativamente

⁴ Santiago es la capital de Chile.

al sí mismo. Se podría pensar que este comportamiento observado es también fomentado y justificado por un modelo social en que cada uno debe “salvarse por sí solo” (“La Modernidad Chilena, Una Modernidad Sui Géneris”, G. Salinas, 2008). Me he detenido en esta situación ocurrida en bencineras y supermercados porque es un paso en la comprensión de los saqueos.

Esta voracidad recién descrita tiene elementos rabiosos, asimilables a la sensación que tiene el bebé de haber dañado el pecho. En el caso del terremoto, es la descripción descrita en distintos artículos de diarios de haber sentido rabia porque se vivió como una tierra-continente que atacaba, en retaliación por la voracidad⁵, o como veíamos con Bion, de una madre envidiosa que nos ataca. Aparece en la fantasía un planeta enojado y atacante, aumentando a la vez la angustia, voracidad y agresividad (esto es lo que plasmó Violeta Parra en sus coplas del epígrafe, refiriéndolo como un castigo de Dios, un Dios padre atacante y castigador).

Hasta el momento he discutido sobre la fantasía inconsciente individual frente a este episodio, sin embargo es necesario considerar variables que tienen relación con la psicología de grupos, y el vivir en sociedad. En este sentido, resulta fructífero el planteamiento de Bion sobre los supuestos básicos (Bion, 1959), explicando que un grupo funciona en muchas oportunidades con una mentalidad grupal, es decir, con una opinión común, unánime y anónima en un momento dado. Las suposiciones básicas están configuradas por emociones intensas y primitivas, y el grupo entonces adquiere una organización y estructura acordes a éste. Propone la existencia de tres supuestos básicos, que serían: el de dependencia, en el que el grupo sustenta la convicción de que está reunido para que alguien de quien depende el grupo de forma absoluta, provea la satisfacción de todas sus necesidades y deseos; el supuesto básico de ataque y fuga, que consiste en la convicción grupal de que existe un enemigo, y que es necesario atacarlo o huir de él; y el supuesto básico de apareamiento, que consiste en la creencia colectiva e inconsciente de que, cualesquiera sean los problemas actuales del grupo, un hecho futuro o un ser no nacido los resolverá. Desde este modelo teórico recién bosquejado deseo continuar el análisis.

En los medios de masas (diarios y televisión) se ha discutido bastante sobre el error cometido por las instituciones que debían proteger a la población del riesgo

de maremoto. El ahora tristemente famoso SHOA (Servicio Hidrológico y Oceanográfico de la Armada) y la ONEMI⁶ (Oficina Nacional de Emergencia) fallaron en su rol. Podríamos especular que esto es como unos padres que fallan en cuidar a sus hijos, no protegiéndolos. Recordemos que hubo gente que volvió a sus casas por obedecer a los organismos encargados. Esto es algo que puede agregar un elemento de rabia frente a un padre que ataca, o al menos, desprotege a su hijo. Una rabia dirigida contra el orden y respeto a la organización dada socialmente. Pienso que los saqueos implican angustias intensas, pero también impulsos rabiosos importantes. Un ataque al orden social, etc. Se está en un supuesto básico de dependencia, y, al no cuidarnos estos organismos, se pasa al de ataque y fuga.

En la fantasía inconsciente, el saqueo en el supermercado sería como entrar rabiosamente en la madre, a sacarle sus riquezas que tacañamente no quiere compartir. Éste es un ataque a la madre que posee aquello deseado y se lo guarda para sí. Sacarlas en la ausencia del padre, como un acto de aprovechamiento del momento en que el padre se ausenta. Postulo que inconscientemente se siente una ausencia del padre, por la sensación de que están los supermercados ahí sin protección (la madre sin cuidado), sensación de pérdida del orden. También vimos escenas de personas que tras saquear los supermercados les prendían fuego, destruyendo todo. Esta violencia se podría pensar en el mismo sentido recién señalado como el meterse en la madre rabiosamente y luego de quitarle aquello deseado, atacarla con la orina y quemarla, en un acto también con ribetes excitatorios (acto violatorio, rompiendo con la ley paterna)⁷.

Pienso que paralelamente al ataque a la madre recién descrito, hubo un ataque a la pareja, como una pareja que se tiene mutuamente y excluye a sus hijos despreocupándose de ellos, como un objeto combinado en una sexualidad permanente, sentido atacante.

Sabemos que gente aparentemente adaptada socialmente, de una forma impensada, incluso para ellos mismos, salió a saquear, o se encontró con una turba que saqueaba y que, sin pensarlo, y llevado por el supuesto básico, se sumó. Esta conducta comenzó el día siguiente del sismo, cuando aún no podía haber una real carencia de alimentos. También se vio que hubo profesionales (médicos, ingenieros, periodistas)

⁵ Resulta interesante acá pensar en el descuido social de nosotros por el estado del planeta, su contaminación, el agujero en la capa de ozono, etc., como ataques inconscientes a la madre.

⁶ Organismos encargados de dar la alerta de Tsunami, y tomar las emergencias que se requieran.

⁷ Quizás sea importante recordar que la presidenta del país era mujer, y sin pareja.

involucrados en saqueos, lo que también nos aleja de la carencia real, y nos da mayor pie para continuar intentando desentrañar el fenómeno de masas vivido.

Este último punto me recuerda la anécdota personal que me relató un amigo, el que estando en un supermercado al día siguiente del terremoto, para comprar unas pocas cosas que necesitaba, vio cómo mucha gente compraba carros llenos, y sin darse cuenta, hizo lo mismo. Este episodio nos comunica sobre una característica conocida en estos casos, que es el factor de “contagio” existente en este estado emocional, en que no se logra establecer pensamiento, y éste se transfiere a la masa, es la masa la que dirige al individuo. Una masa que se guía por el estado emocional descrito de angustia intensa y sensación de fragilidad y vulnerabilidad. Este contagio funciona similar a una epidemia altamente infecciosa, cuya vacuna es el poder mantener la capacidad de pensamiento a pesar de las intensas emociones. Este fenómeno también pasa en los saqueos, y probablemente este fenómeno fue el que el gobierno intentó aminorar al minimizar inicialmente la gravedad de los saqueos. Sin embargo, las imágenes televisivas y radiales se difundieron casi inmediatamente, por lo que este “contagio” del supuesto básico de ataque y fuga ya estaba instalado, generando una nueva sensación de padres ausentes o desconectados de las necesidades de sus hijos, creando sensaciones de desvalimiento y desprotección, y en “los hijos” una sensación de que todo cambió, no están los padres, y tienen que salvarse como puedan. Ante esta situación, surgen líderes que dan cuenta de este estado emocional. Así, no fue raro escuchar voces que dijeran “que maten a algunos y se acabó”, en reacción a los sucesos. Como llamando al padre fuerte que restituya el orden y la ley perdida.

En su texto “El Verdadero Crimen Es Callar” (1987), Hannah Segal explica el mecanismo en el que se inviste al grupo con el superyó individual, lo que permite realizar acciones al individuo que en otras condiciones no haría, y se libera de la responsabilidad de sus actos. En este respecto señala: “los grupos pueden sostener puntos de vista que, de presentarse en un individuo, se calificarían de desquiciados”. Esto último en el sentido de comprensión de los supuestos básicos como funcionamientos psicóticos.

Distintos sucesos ocurrieron en estos días, que dan cuenta del supuesto básico de ataque y fuga, que terminó con la llegada de los militares que aplacaron los ataques (y posterior establecimiento del supuesto básico de dependencia).

Pero no quisiera terminar esta reflexión sin incorporar ciertos elementos estructurantes de nuestra sociedad que es necesario considerar, siendo aspectos

más bien, o mejor estudiados desde la sociología, por lo que solamente los bosquejaré.

Un primer elemento que quisiera mencionar sería el previamente bosquejado individualismo (“salvarse por sí solo”), la que es propia de la llamada modernidad de nuestra sociedad (G. Salinas, 2008). Una modernidad que se ha descrito ha generado una apatía, indiferencia, retraimiento y retiro del espacio social. Una pobre sensación de cooperación social, el aislamiento, la escasa relación comunitaria hace más fácil la actuación de la hostilidad y la ruptura del orden social. Creo que acá resulta útil recordar a Hannah Arendt (1978), quien nos menciona que la dicotomía vida privada – vida pública viene del griego (de la polis griega), donde privado es carenciado, privado de elementos de la vida, y nos llama la atención sobre el fenómeno que vivimos de aumento y estímulo de lo privado, en detrimento de lo público. En este sentido las campañas de ayuda o las cooperaciones vividas tras el terremoto (como “Chile ayuda”) no tan sólo tienen una función de ayuda concreta, sino el restablecer una sensación de familia preocupada y empática que disminuye la hostilidad⁸, de injusticia y también la sensación de privación (en el sentido de privado, excluido).

Pienso que un segundo factor de hostilidad latente en nuestro país es la importante desigualdad social, la cual, como sabemos, es generadora de resentimiento y de envidia lista a aflorar. Sin embargo, como lo señalé, me parece que no es la carencia misma la que impulsó a las conductas señaladas, pienso más bien en rabias en estado latente frente a un orden sentido injusto.

Por último, sólo mencionar la invasión publicitaria, en la que se hace sentir de primera necesidad cosas que no lo son. Creo que esta publicidad actúa a través de crear objetos que se asocian con estatus y de esta forma deshacerse de los sentimientos de inferioridad (R. Money-Kyrle, 1965), o generando objetos espurios⁹ (R. Money-Kyrle, 1971). Esto aporta en la comprensión de esa imagen del hombre robando un televisor plasma. En esta cultura individualista la televisión cumple un rol de generar una pseudo sensación de comunidad falsa, de paliar la sensación de “privación”, pero de una forma tan sólo de pantalla. Aparecen estimulados aspectos que tienen relación

⁸ De hecho el día posterior a la Teletón hubo devolución de bastantes objetos saqueados, que en parte puede ser por temor, pero otra por arrepentimiento y culpa del daño perpetrado a la comunidad que ayuda.

⁹ Money-Kyrle describe que cuando la memoria y la pérdida se hacen intolerables, el objeto bueno ya no es reconocido como tal y se lo cambia por otro al cual se le atribuyen equivocadamente las virtudes del original. Como cuando el niño cambia el pecho por su trasero.

con la frivolidad y la bidimensionalidad como respuesta a angustias catastróficas (M. Moreno, 2009).

Luego del terremoto y maremoto se dice que en las regiones de Talcahuano y Concepción no quedó ningún negocio ni supermercado sin ser saqueado. Lo mismo ocurrió en zonas de Talca y sectores de Santiago. El ambiente generado en estas regiones recordó lo que en forma literaria describe José Saramago (2002) en su libro "Ensayo Sobre La Ceguera". En este libro se describe cómo las personas se van contagiando de una ceguera blanca, motivo por el que son apartados y encerrados para impedir el contagio, al modo de una peste. En este encierro se organizan grupos mafiosos, que asaltan, roban y violan al resto de la población, y grupos que se defienden de este primer grupo. Todos los contagiados son arrojados en este lugar y se les lanza la comida desde afuera, pero no hay una preocupación de la sociedad por ellos, sino encerrarlos para no contagiarse.

Esta novela muestra similitudes con lo sentido en estas regiones. Como ya veíamos en este artículo, las ansiedades desencadenadas generaron un funcionamiento grupal de supuestos básicos. Existió esta sensación de ser "arrojados" a esto, vivido como intencionalidad a ellos como castigo. Hubo una sensación de estar apartados del resto del país. Surgieron grupos mafiosos que asaltaban y saqueaban, y hubo grupos que se organizaban para defenderse de éstos. También existió claramente la sensación de ser abandonados por la autoridad central. Este libro muestra ese enceguecimiento que ocurre bajo el liderazgo de estos supuestos básicos.

Las crisis generan una sensación de incertidumbre, pero también son una oportunidad para mirar estos aspectos que afloran en estos momentos (Edgard Morin, 1994). Existe la posibilidad de pensar y la necesidad de entender de estos dos terremotos y el desvalimiento que a un nivel apareció. En el artículo de Hannah Segal citado previamente, ella nos advierte sobre el riesgo del uso de una "neutralidad como escudo de negación" y refiriéndose al silencio de la comunidad psicoanalítica frente al nazismo dice: "éste nunca más debe existir". Ella hace un llamado a los psicoanalistas a abordar los temas sociales que vivimos ya que conocemos los mecanismos de la negación, proyección, el pensamiento mágico, etc. Éste es el llamado del cual este trabajo se hace parte y así ir cambiando una suerte de inhibición en el aporte psicoanalítico frente a contingencias importantes del país¹⁰.

En fin, he descrito variados aspectos, ya que creo que la comprensión es compleja pero necesaria para la posibilidad de hacer experiencia. Todos dicen que somos un país sísmico, por lo que el pensamiento y elaboración de estos hechos es de gran relevancia, y nosotros como psicoanalistas cumplimos una función en sacar la mayor experiencia-aprendizaje posible. Así como el terremoto es generado por la acumulación de energía por el desplazamiento de las placas tectónicas, es posible pensar que el poder pensar las violencias y comprender sobre ellas, puede ayudar a que estas energías "no se acumulen" para nuevos terremotos sociales; la idea es lograr entender la violencia, escuchar estos "síntomas" sociales, y saber más respecto a lo que nos hablan.

REFERENCIAS

1. Arendt H. (1978) La vida del espíritu. Trad. Fernando Montoro y Ricardo Vallespín. Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1984. Trad. reeditada por Paidós en Barcelona
2. Bell D. (2007) Anything is possible and everything is permitted. Psychoanalytic Reflections on Hannah Arendt's elements of Totalitarianism. Presentado en congreso de Berlín
3. Bion WR. (1959). Experiencias en grupos. Buenos Aires, Ediciones Paidós. 2001
4. Bion WR. (1962). Aprendiendo de la experiencia. Ed. Paidós. 1980
5. Ferro A. La sesión analítica, Pág. 290. Grupo editorial Lumen. Mexico.2001
6. Freud S. (1930 [1929]). El malestar de la cultura. Amorrortu editores. Tomo XXI. Buenos Aires. 1976
7. Freud S. (1933 [1932]). ¿Por qué la guerra? (Einstein y Freud). Amorrortu editores. Tomo XXII. Buenos Aires. 1976
8. Klein M. (1952). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. Obras completas Melanie Klein Vol. 3. Paidós. Buenos Aires. 1987
9. Levín R. (2000) Simiente de Lobo. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXII - Nº 2 y "Auschwitz y el Psicoanálisis - APdeBA - Secretaría Científica 7.-7.-9.-
10. Money-Kyrle R. (1965). Megalomanía. The collected papers of Roger Money-Kyrle. Perthshire, Clunie Press. 1978
11. Money-Kyrle, R. (1971). The aim of Psycho-Analysis. The collected papers of Roger Money-Kyrle. Perthshire, Clunie Press. 1978
12. Moreno M. (2009). Abriendo un espacio analítico a la frivolidad. Rev Chil Psicoanal 26(2): 160-170
13. Morin E. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa, Montevideo
14. Salinas G. (2008). La modernidad chilena, una modernidad *sui generis*. Publicado en internet www.indiscipline.fr
15. Saramago J. (2002). Ensayo sobre la ceguera. Santillana ediciones generales. Madrid
16. Segal H. (1987). El verdadero crimen es callar En: Libro anual de psicoanálisis de 1987 o en el Int Rev Psycho-Anal 14: 2-12
17. Tuckett D, Taffler R. (2009). "Objetos fantásticos y el sentido de la realidad en los mercados financieros: una contribución psicoanalítica a la comprensión de la inestabilidad en cotización en bolsa". En: Libro anual de psicoanálisis de 2009

¹⁰ En carta enviada por el presidente de la APCH a asociados con relación al terremoto, dice "...nuestra poca participación en eventos de esta naturaleza en el pasado se evidencia en el hecho de no haber estado en el mailing list del ministerio..." (Carta fechada 15.04.2010).

ENSAYO

PSIQUE, SOMA E IDENTIDAD FEMENINA¹

(Rev GPU 2011; 7; 2: 227-231)

Carmen Gloria Fenieux², Lilian Tuane³, Mireya Faivovich⁴

El presente trabajo es una reflexión acerca de la potencia que posee el cuerpo en la psiquis femenina, lo que está avalado tanto por la alta frecuencia de trastornos de la imagen corporal (anorexia, bulimia, exceso en las cirugías plásticas) así como por el interés y/o preocupación de las mujeres en torno a su cuerpo, lo que se ha traducido en nuestra cultura en una serie de manifestaciones estéticas, valóricas y económicas. Se postula la idea que esto tiene relación con el silencio de los genitales femeninos que facilita el despliegue de la fantasía, así como con que además el cuerpo de la mujer se ve atravesado concretamente a través de la adolescencia, menstruación, embarazo, maternidad, menopausia, dejando huellas y manifestándose la sensación carnal que la vida y la muerte transitan concretamente a través del cuerpo femenino.

Los distintos momentos del desarrollo psicosexual femenino –menarquia, vida sexual, reproducción y menopausia–, definen en gran medida la manera en que la mujer está en el mundo. El cuerpo femenino constantemente está anunciando y experimentando cambios. Cambios que aparecen, evolucionan y luego desaparecen en un transcurrir a veces silencioso y pertinaz, otras veces doloroso. Por sus orificios emanan sangre, leche, flujos. Además el cuerpo de la mujer tiene un órgano especializado en el placer y su periodo refractario en la respuesta sexual es bajo, lo que le per-

mite una mejor capacidad orgásmica. Sumado a ello, y siendo un hecho fundamental, la mujer tiene capacidad de parir. Estas expresiones corporales, que también contemplan la posibilidad de abortos y pérdidas, nos acercan a la potencialidad efervescente de la vida y también de la muerte. Por lo tanto, para una mujer la experiencia de duelo en el cuerpo es tan ineludible como la posibilidad de intimidad a través de la maternidad y sus consecuencias.

Aunque adherimos al concepto de bisexualidad psicológica planteado por Freud (1899) en el entendido

¹ Trabajo presentado en el XV Forum Internacional de Psicoanálisis, Octubre 2008 y en las II Jornadas Multidisciplinarias de Sexualidad Humana.

² Autora. Psicóloga Universidad de Chile. Psicoanalista Sociedad Chilena de Psicoanálisis. Directora Centro Clínico y Docente de Sexualidad Humana. Teléfono Consulta: 334 97 22. cgfenieux.gcp@gmail.com

³ Colaboradora. Psicóloga Universidad de Chile. Psicoanalista Ichpa. Miembro Grupo Co-terapia de Santiago. lilian.tuane.saa@gmail.com

⁴ Colaboradora. Psicóloga Universidad Católica de Chile. Psicoanalista Ichpa. mfaivovich@gmail.com

que todo ser humano tendría constitucionalmente disposiciones sexuales tanto masculinas como femeninas, creemos que este transcurrir en el cuerpo femenino facilita el que muchas de las vivencias y el desarrollo de la identidad estén asociados a la experiencia en ese cuerpo. De esta manera, el cuerpo femenino con frecuencia se constituye en continente de sentimientos de potencialidad y poder, así como en depósito de conflictos de autoimagen, sentimientos de deterioro, daño e incomodidad y en algunos casos de desarrollos patológicos tales como la anorexia, la bulimia y el exceso en la cirugía estética. Creemos que esta paradoja, es decir, el sentir la exaltación de la vida, al mismo tiempo que el sentirse incompleta o dañada, se inscribe en la corporalidad de la mujer. De esta manera, tal como lo plantea Mariam Alizade, “el cuerpo femenino es escenario de procesos trascendentales: vida y muerte se entrelazan sobre los cuerpos de las mujeres” (Alizade, 1999). Bajo este prisma revisaremos algunas concepciones acerca de la relación del ser mujer y su corporalidad.

Lo más evidente es que los genitales femeninos no son visibles a nuestros ojos por lo cual puede resultar difícil conceptualizarlos. La vagina como expresión del llamado “continente negro” en referencia a la psiquis femenina (Freud, vol 20, pág 199, 1926), se convierte en terreno fértil para el cultivo de la fantasía o para el desarrollo de intensos temores respecto de que ese interior se encuentre dañado (Melanie Klein, 1928), Joyce McDougall, 1998).

Joyce McDougall (1998) plantea que la niña vive la vagina como una puerta de entrada a su interioridad, y por lo tanto es posible asemejarla inconscientemente a otras entradas como el ano, la uretra o la boca. Esto convierte a la vagina en susceptible de ser investida con los fantasmas sadomasoquistas portados por esas zonas. De esta manera, la vagina puede contaminarse lo libidinal con lo agresivo en la concepción de cloaca. Así para la autora, la niña y la mujer –más fácilmente que el hombre– temerá a que su cuerpo sea visto como sucio o peligroso, por las confusiones zonales (vagina = ano, boca, uretra). En referencia a este tema, recuerdo a una joven paciente, profesional y de pensamiento liberal –que hablaba de la vagina como el “poto de adelante”. Coherente con este conflicto, se avergonzaba de su propia excitación, no lograba el orgasmo y temía orinarse cuando se excitaba. En general se sentía fea, hedionda y rechazable. Incluso en su actividad social en el momento que existía la posibilidad de un encuentro sensual con un hombre, se escondía en el baño para evitar la situación. Sin embargo, es probable que las mujeres que tienen más resuelta esta confusión o esta conflictiva tienden a imaginar la vagina como un

lugar húmedo y cálido, siendo frecuente la asociación con arbustos, fondos aterciopelados, cuevas, bosques y orquídeas (Dio Bleichmar, 2000).

Bernstein (1990) citado por Dio Bleichmar (1997), plantea tres ansiedades femeninas específicas: acceso, penetración y difusividad, las que tienen relación con un acercamiento temeroso, confuso y ambivalente a la propia sexualidad.

La ansiedad de acceso se refiere a la dificultad que tienen las mujeres para observar, tocar, manipular sus genitales a diferencia del niño, quien lo hace de una manera más libre y exploratoria. Esto genera una representación poco clara de una zona que produce sensaciones físicas muy intensas. Por otra parte, cuando ella toca sus genitales la sensación recorre toda la zona: clítoris, vagina, uretra y ano. Así surge la segunda angustia, la de difusividad que tiene relación con no poder controlar las sensaciones que se generan en la zona genital, las que se difunden en estado de excitación por todo el cuerpo. Las dificultades para tocar, ver, palpar, manipular, controlar, nombrar pueden generar en la niña representaciones mentales difusas de su propio cuerpo y por ende del mundo exterior, del poder y del control de sí misma.

Finalmente, la angustia de penetración se refiere a lo que también han planteado autores tales como Joyce McDougall (1998), Dio Bleichmar (1997) en relación con la falta de esfínter, lo que implica no controlar lo que entra y sale de la vagina, a diferencia de lo que ocurre con la boca y con el ano. La sensación de no poder abrir o cerrar esta abertura a voluntad crea la fantasía de que pueden entrar cosas que dañen o destruyan y la niña entonces puede vivir la sensación de la vagina como algo pasivo, inerte y extremadamente vulnerable.

Estas angustias básicas en lo femenino, descritas por estos autores, tienen relación con la sensación de daño así como con la vivencia de no control. Esto podría complicar la representación de sí misma, lo que puede derivar en dificultades en la relación con su cuerpo y su desarrollo. Nos parece interesante el aporte de Probert y Vandereys (1988) (en Bjerrum y Rudberg, 1993) quienes plantean que el concepto de imagen corporal debiera ser reemplazado por el de experiencia corporal, entendiendo que de esta manera se le otorga mayor amplitud y profundidad psicológica al tema de la relación con el cuerpo, integrando aspectos como la experiencia en él. De esta manera, nos parece que el cuerpo femenino y la experiencia en él, en tanto algo que está constantemente alimentando al yo, son una parte importante en la constitución de la propia identidad. Pensamos que en el cuerpo entero de la mujer se inscriben y se representan muchos conflictos y ansiedades. “Estar

flaca; "estar gorda", sentirse fea, incómoda, representan la herida narcisística y el sentimiento de daño que pueden surgir del vacío y del "silencio" de la vagina y el útero ¿Envidia al pene? Es probable, pero como manifestación de una falta, así como manifestación del dolor de no tener lo que el otro tiene, vivencia que también podría ser experimentada por un hombre en relación, por ejemplo, con la capacidad de parir de la mujer. El experimentar esta falta derriba la fantasía de completitud y omnipotencia y nos enfrenta a la realidad psíquica de la propia castración.

Sumado al misterio que implica el silencio de los genitales femeninos está el hecho que el cuerpo de la mujer, "se ve atravesado" concretamente en distintos momentos evolutivos. Adolescencia, menarquia, embarazo, parto y menopausia, son todos procesos carnales que merecerían un apartado especial, sin embargo, para los efectos de esta exposición, sólo los revisaremos brevemente.

Uno de los primeros momentos en que el cuerpo femenino hace su estreno consciente e ineludible es en la preadolescencia. Considerando que el desarrollo sexual de la mujer es expuesto y evidente, Emile Dio Bleichmar (1997) plantea que la instalación de la sexualidad en la niña es amenazante y asociada a sentimientos de descontrol y vergüenza. Según la autora, en la pubertad la niña empieza a notar que su cuerpo, sus movimientos, sus formas, despiertan la mirada deseante del otro. Esto la confunde, la excita y le impone una sexualidad que en ese momento es más ajena que propia. Es probable que la niña desconozca su atractivo sexual y que se sienta atraída y también amenazada por esta experiencia. Siguiendo a Dio Bleichmar, la niña puede sentirse una provocadora activa por poseer un cuerpo que despierta el deseo de los otros. Cuando una mujer pasa a ser objeto público de los otros se pierde en cierta medida la dimensión de lo privado. Y se encuentra con la disociación de querer ser mirada para ser aceptada, pero también está la necesidad de resguardar su intimidad y su vulnerabilidad. Así, según la autora, el cuerpo de la mujer se vuelve tirano e imperativo porque en todo momento son objeto de la mirada y del voyerismo del hombre (Dio Bleichmar, 2000).

Creemos que este voyerismo no sólo es propio de los hombres. También las mujeres manifiestan una actitud escrutinadora como si quisieran desentrañar el misterio del encanto femenino en otras mujeres. Quizás este interés forma parte de los vestigios de la antigua relación homosexual con la madre idealizada. Tal vez, la otra mujer representa aquella madre pre-edípica que simboliza todo lo bueno y hermoso. También representa a la madre rival edípica poseedora de todo el saber

del goce y capaz de contener dentro de ella el pene deseado. Así se conjugan en el cuerpo de la otra mujer los resabios del amor primario, la intimidad, la rivalidad, la competencia y también el dolor de no poseer el falo representado en la idealización de la belleza. Tal como lo plantea León Cohen (2008) "la mujer tiene en su propia mujer amada a la rival. Lleva esto en su mente, lo vive y lo teme en la cotidianeidad, lo refleja en el temor hacia la amiga separada, hacia una hermana, en el celo hacia la compañera de trabajo. Es tan potente esto, que no es de extrañar las armas antiquísimas que componen toda una estética y una cultura, y hasta una economía, destinadas a la sorda y encarnizada lucha de las mujeres, en primer lugar entre sí y luego por un hombre" (León Cohen, 2008, pág. 31).

Todas estas experiencias conducen en la adolescencia a que la niña descubra el potencial sexual de su cuerpo. Al sentir su cuerpo cargado de sexualidad, se establecen más claramente los límites con los otros. La niña chica en sus primeras separaciones con la madre se constituye en una pequeña copia de este primer objeto de amor. En la infancia de la niña el sexo actúa como un aspecto que iguala, no que diferencia. En el despertar sexual adolescente la niña se encuentra con un cuerpo que la separa, que la distingue y que constituye una posibilidad de individuación y de integración de la propia persona. Esta experiencia que en el decir de Cohen "implica el gigantesco desafío de movilizar el profundo amor y cercanía de una mujer hacia un hombre, conlleva los dolores de la ambivalencia e implica reconocer en la madre también una rival" (Cohen, 2008, pág. 30). En este proceso de separación y desarrollo la adolescente se contacta con la potencia del deseo y la potencia de la realización, condiciones que en la intensidad pueden vivirse de manera amenazante. De esta manera, "la mujer necesita una potente, precoz y muchas veces dolorosa diferenciación para lograr ser una mujer diferente, lograr tener su propia sexualidad y sus propios hijos" (Cohen, 2008, pág.31). A modo de ejemplo tomaremos brevemente la anorexia como un tipo de desarrollo que condensa en el cuerpo la intensidad de esta conflictiva interna. Creemos que la niña anoréxica odia su cuerpo porque tiene vida, porque se desarrolla, porque la convierte en algo que no conoce, que la individualiza, y esto la asusta y la amenaza. Quiere entonces controlar todo aquello que entra y que sale de su boca. Medir, pesar, escudriñar, mirar, objetivar se convierten en la manera de manejar el "objeto cuerpo", serían intentos fallidos por acabar con el descontrol interno al que la somete el proceso de diferenciación. De esta manera en su intento de no hacerse mujer, se convierte en objeto al que intenta inmovilizar, detener

y controlar. Así creemos que el cuerpo femenino en la adolescente anoréxica implica peligro, desborde, grollera gordura que amenaza con romper la propia identidad dañada. La adolescente anoréxica no tolera este cuerpo que descubre sexualizado que la identifica, que la separa y que la convierte en única. Se cristaliza en el cuerpo el temor a la sexualidad así como el temor a convertirse en mujer. La niña anoréxica se niega narcisística y obstinadamente a elaborar el duelo de la pérdida de su niñez, duelo que para muchas niñas es difícil de realizar.

Creemos que la adolescente y la mujer (tanto en la normalidad como en procesos patológicos) imbuida en esta dinámica de la potencia sexual que posee su cuerpo así como debido al carácter de anidación que caracteriza al útero, se ve expuesta a la sensación de ser un objeto para los otros. Más objeto del deseo de otro que sujeto que es capaz de desear. Una paciente decía “me cuesta manejar el tema físico, caminando me miro en algún vidrio y no me gusto y me angustio. Siento mi pelo feo, me siento rara y cuando estoy así todo me afecta el doble y me siento insignificante, desgraciada”. Creemos que esta vivencia es frecuente y reiterativa, en mayor o en menor grado, en muchas mujeres y refleja la queja y la preocupación femenina acerca del cuerpo y su deseo de agrandar a través de él.

Con la inauguración de la menarquia es posible que la niña integre en su esquema corporal los órganos sexuales. Según Louise Kaplan (1994), esta experiencia la vincula con la evidencia de ese hueco a la vez que la conecta con la idea de un continente del cual emana sangre. Paradójicamente esto, por una parte, puede expresar la certeza del daño interno, por otra parte puede ser la evidencia del desarrollo como mujer con la consecuente posibilidad de ser madre. ¿Cuál sensación primará? ¿Qué se integrará con mayor fuerza a la identidad? Eso dependerá de las vicisitudes de la propia constitución así como de las experiencias infantiles de la niña. Sin embargo, creemos que ambas experiencias conviven en mayor o menor grado como expresión de muerte y de vida en el cuerpo femenino. Más tarde, a través del embarazo y la maternidad, la mujer tiene la oportunidad de constatar la indemnidad de su interior y confirmar que el fantaseado daño no ha ocurrido.

Una vez que la menstruación se establece como proceso biológico, el mandato del cuerpo se hace evidente en la vida cotidiana. En nuestra cultura el menstruar se asocia a “estar indispuesta”, “estar enferma”, “andar con la regla”. Recordemos que tal como lo plantea Sir James Frazer, “en ciertos lugares todavía se cree que si la mujer que tiene la regla entra en la destilería de cerveza, la bebida se pondrá agria, que si toca

la cerveza, el vino, el vinagre o la leche, éstos se arruinarán, que si prepara la mermelada, no se conservará” (James Frazer citado por Helen Fisher, 1992, pág. 246). Siguiendo con esta “maldición de la sangre”, en la tradición semita un hombre judío no puede tocar a una mujer que menstrua. Desde esta mirada que evidencia un profundo temor a la menstruación y que representa aspectos primitivos del pensamiento, la menstruación no constituye un proceso natural sino que se puede entender como la inevitable consecuencia de ser un ser castrado. Siguiendo a Moisés Lemlij (2008), la idea sería “si toco a alguien castrado esto también me puede ocurrir a mí”. La sangre asusta y la historia nos dice que la mujer también asusta. Así, nuevamente ahora en nombre de la menstruación se depositan en el cuerpo femenino sentimientos, angustias y aspectos histórico-culturales que generan que el cuerpo se imponga y establezca una vivencia que en gran medida define el “estar” en el mundo.

El embarazo es otra forma en que las mujeres están concretamente sujetas a su condición corporal. Una paciente en los inicios de su embarazo decía “... Ya no puedo hacer deportes, me canso, todo me cansa, me gustaría estar echada, ya no me puedo concentrar como antes, no puedo evitar que la guata crezca, crece y crece y me angustia... Me siento poseída... yo ya no soy yo”. De esta manera, asociada al cuerpo femenino surge la experiencia de ser para otro, de ser habitada por un otro amoroso o por un algo amenazante. La misma paciente decía “...La cosa está agarrada, aferrada ahí arriba en el útero, no sé qué hacer. No quiero estar embarazada”. Creemos que estas angustias tienen relación con que el embarazo hace ineludible el tema del amor, del vínculo íntimo, la dependencia y la responsabilidad por el otro.

La feminidad asociada al cuerpo se manifiesta nuevamente con la madurez, cuando comienza la incipiente metamorfosis del envejecimiento y la menopausia anuncia el cese de la función procreadora. Según Torres Arias (1991) en esta etapa la mujer piensa a nivel de certeza que queda excluida del deseo masculino. Ello implica, según la autora, “asistir al derrumbe de un cuerpo que es sostén del deseo del otro; asistir al derrumbe narcisista”. Desde esta mirada, el cuerpo entero en su estado de pérdida potencial remite a la idea de castración total. La pérdida resulta aún más significativa si se considera, como hemos planteado, que el cuerpo fue literalmente fuente de vida a través de la maternidad y del goce sexual así como a través de la encarnación del propio deseo o del deseo de otro. Sin embargo, como todas las pérdidas ésta da espacio a una nueva posibilidad, que en la elaboración permitiría a la

mujer gozar de la experiencia de vida así como de la libertad de soltar algunas de las ataduras corporales. Ahora, puede estar y ser más para sí misma. En este sentido, los cambios culturales y los avances de la medicina han permitido salir del paradigma de la menopausia como sinónimo de muerte y se la puede entender también como un paso hacia una nueva etapa. En este sentido, Helen Fisher (1992) plantea que en las sociedades tradicionales las mujeres se vuelven más seguras y aplomadas a medida que envejecen, adquiriendo más poder político, religioso y social. Con la menopausia los niveles de estrógeno declinan y la dosis de testosterona son desenmascaradas y, como es sabido, la testosterona suele estar presente en asociación con la autoridad y la jerarquía. En discusión acerca de este tema en las II Jornadas Multidisciplinarias de Sexualidad Humana (Noviembre, 2008), la socióloga y Secretaria General de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual, Cristina Fridman, planteaba que la menopausia puede implicar el proceso de hacerse dueña del propio cuerpo generando “la posibilidad de parirse a sí misma”.

Para finalizar, y a modo de síntesis, planteamos que en este transcurrir femenino en el cuerpo, la mujer a través de la vivencia de vacío de la vagina que facilita el surgimiento de la fantasía, así como a través de distintas experiencias tales como las pérdidas y/o abortos, la menstruación como representación del daño y la menopausia, toma por una parte, contacto en el cuerpo con lo desconocido y con lo inerte como expresión de la muerte. Se hace carnal la tragedia del ser humano que deviene del tiempo y la finitud. El afán de ser sujeto y no objeto de la propia vida se transforma en una cuestión imposible. Si bien es cierto este acontecer desesperado al que alude Cecilia Sinay (2004) es propio del ser humano, tal vez en las mujeres surge con mayor ímpetu el sentido de los límites y lo finito de la propia existencia ya que se da sin tregua y concretamente a través de la vivencia de imposición del cuerpo. Por otra parte, a través de la exaltación estética del cuerpo femenino, la potencialidad orgásmica, la evidencia de una vida en el vientre así como la experiencia de parto, amamantamiento y sus consecuencias, posibilitan en la mujer el tomar contacto con lo vital en el cuerpo de una manera concreta, directa y evidente. Así, el cuerpo femenino

plantea con énfasis la cuestión de la proximidad de la vida y la muerte, e integrar estas dos experiencias a lo largo de la vida es tal vez el mayor y más complejo desafío del ser humano.

REFERENCIAS

1. Alizade M. Duelos del cuerpo. Primer congreso de psicoanálisis y XI Jornadas científicas. Mayo 1999. Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1999
2. Bjerrum H, Rudberg M. Gender body and beauty in adolescence. *Young*. Vol 1. N° 2. 1993
3. Carril E. El cuerpo en Psicoanálisis. Diálogos con la Biología y la Cultura - 2002 -APU, Montevideo
4. Cohen L. ¿Qué es eso de la sexualidad en el Mundo Humano? en Sexualidad: una perspectiva Multidisciplinaria. Centro Clínico y Docente de Sexualidad Humana, 2008
5. Dio Bleichmer E. La sexualidad Femenina, de la niña a la mujer. Editorial Paidós. 1ª Edición 1997
6. Dio Bleichmar E. Anorexia/Bulimia: un intento de ordenamiento desde el enfoque modular - transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*. N° 4, 2000
7. Dio Bleichmar E. Sexualidad y género: Nuevas perspectivas en el psicoanálisis contemporáneo. En Internet, *Revista de Psicoanálisis: Aperturas psicoanalítica, hacia un modelo de integración*. N° 11. Julio 2002
8. Fisher HE. Anatomía del Amor. Historia natural de la monogamia, el adulterio y el divorcio. Ed. Anagrama. Barcelona. Nueva York, 1992
9. Freud S. Yo y el ello. Obras Completas. Amorrortu Editores, 1923
10. Freud S. El problema Económico del Masoquismo. Obras completas. Amorrortu editores, 1924
11. Freud S. Lo femenino. Obras completas. XXII. Amorrortu Editores, 1924
12. Gil García E, Ortiz Gomez T. Los discursos en torno al cuerpo en mujeres diagnosticadas de Anorexia y Bulimia Nerviosa. II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa de Salud. Julio, 2005
13. Hidalgo R. “Sexualidad, agresión y autonomía en la mujer. Contribuciones psicoanalíticas actuales”. Universidad de Costa Rica, 2002
14. Hitelman JL. Lo femenino. *Rev. Chilena Psicoanalítica*, Vol. 24 (1): 46-55, 2007
15. Kaplan L. Perversiones Femeninas. Ed. Paidós, 1994
16. Mc Dougall J. Las mil y una caras de Eros. La sexualidad humana en busca de soluciones. Ed. Paidós. Bs. Aires, 1998
17. Mead M. Masculino y Femenino, Minerva Ediciones, 1949
18. Lemlij M. Cuerpo y Erotismo en Sexualidad: una perspectiva Multidisciplinaria. Centro Clínico y Docente de Sexualidad Humana, 2008
19. Sinay Millonschik C. Disturbios de la Sexualidad en Masculino Femenino (Cuestiones Psicoanalíticas Contemporáneas). Grupo Editorial Lumen. Bs. Aires México, 2004
20. Torres Arias MA. El derrumbe del cuerpo Publicado en traumas, subjetividad y mujer, número “UAM-x, 1991