



SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 7, VOLUMEN 7, Nº 3 SEPTIEMBRE DE 2011

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

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

## IMPORTANTE

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

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

### SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... suscripción gratuita  
Médicos no psiquiatras ..... \$ 15.000\*  
Otros profesionales ..... \$ 15.000\*

### SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... US\$ 50\*  
Médicos no psiquiatras ..... US\$ 65\*  
Otros profesionales ..... US\$ 65\*

#### Solicitudes

CyC Salud Limitada

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

Fono: (56-2) 269 7517

\* Suscripción por 1 año (cuatro números).

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

Revisión · Investigación · Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

## DIRECTOR ACADÉMICO

Dr. César Ojeda

## SECRETARIA ACADÉMICA

Ps. Anneliese Dörr

## EDITOR GENERAL

Dr. Alberto Botto

## SUB-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, Dr. Paul Vöhringer

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

---

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

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

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

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

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

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)



**JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS**

Médica Psiquiatra. Graduada como médico-cirujana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1977. Título de Especialidad en Psiquiatría de adultos, de la Universidad de Chile en 1980. Estudios de Postítulo en Psicoterapia sistémica familiar (Instituto Chileno de Terapia Familiar), bioética (Universidad de Chile), administración en salud (USACH). Miembro de Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y de Sociedad Chilena de Salud Mental. Ha trabajado como psiquiatra clínica en Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional del Maule, Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz", Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador, Santiago. Se ha desempeñado como encargada de Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (1991-1995). Actualmente es Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, donde realiza docencia de 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

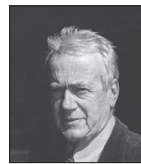
Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

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 coautor de numerosos trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales. Es editor, en conjunto con el Dr. Eduardo Correa, del libro "Psicopatología de la Mujer" y es, además, miembro de los comités editoriales de la *Revista Médica de Chile*, *World Psychiatry* y *Trastornos del Ánimo*. También es miembro de la Task Force on Evolutionary Psychiatry de la WFSBP (World Federation of Societies of Biological Psychiatry).



**JUAN PABLO JIMÉNEZ**

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

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



**JUAN FRANCISCO JORDAN MOORE**

Médico Psiquiatra. Psicoanalista. Se graduó en Medicina en la Universidad Católica de Chile y realizó su formación de 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 Brasileña 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](http://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](http://www.psiquiatriachile.cl), Miembro del Grupo de Psiquiatría de la Clínica Santa María.

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



**RAÚL RIQUELME VÉJAR**

Médico Psiquiatra, Psicoanalista, Profesor Asistente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estudió medicina en la U. de Chile, egresó en

1975, se especializó en Psiquiatría en la escuela de 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.

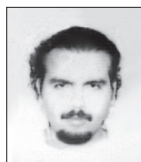


**ARTURO ROIZBLATT**

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 SALINAST.**

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

**LUIS TAPIA VILLANUEVA**

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

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

de Adultos, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Católica.

Miembro de la Society for Psychotherapy Research.

Miembro de la International Society for Humor Studies.

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



**BENJAMÍN VICENTE**

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

Jefe Servicio Psiquiatría Hospital Guillermo

Grant Benavente, de Concepción.

Bachiller en Filosofía (Universidad de Concepción).

Médico Cirujano (Universidad de Chile).

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

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



**MARIO VIDAL CLIMENT**

Estudios en Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Título: médico-cirujano, marzo de 1952.

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

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

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

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

*Libros publicados:*

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

*Temas de Psiquiatría*. Edit. Lom 1999.

*Para leer a Jaspers*. Edit. Univ. 2003.



**HERNÁN VILLARINO HERRERÍA**

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

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



**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.

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

### *Artículo:*

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

### *Libro:*

1. Jaspers K. *Psicopatología General*, Ed Beta, Madrid, 1970

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



# ÍNDICE

---

## 242 EDITORIAL

- 242 LA REVANCHA DEL LITIO: UNA (NO TAN) NUEVA EVIDENCIA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR  
*Alberto Botto*

## 245 ACADÉMICAS

- 245 MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, ORIENTACIÓN PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y CONDUCTUAL DIALÉCTICA. ESCUELA DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

## 246 COMENTARIO DE LIBROS

- 246 FRAGMENTOS SOBRE ADICCIONES Y PSIQUIATRÍA TRANSPERSONAL  
Autor: Roberto Lailhacar  
Editorial: Mago Editores, 2010, 233 pp.  
*Comentarista: Miguel Cortés*
- 248 DOLOR HUMANO Y FE CRISTIANA  
Autor: Sergio Peña y Lillo  
Editorial: Patris, 2009, 50 pp.  
*Comentarista: Ramón Florenzano*

## 250 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

## 256 REVISIÓN

- 256 DSM-5, OPD-2 Y PDM: CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE LOS NUEVOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS Y PSICOANALÍTICOS  
*Ricardo Bernardi*
- 277 LA PARADOJA DE LA DIFERENCIA: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA Y PSICOANÁLISIS  
*Alberto Botto*

## 282 ANÁLISIS

- 282 ESPEJISMOS DE LA POSMODERNIDAD REFLEXIONES SOBRE ARTE Y LA ESCENA PSICOANALÍTICA  
*Lilian Tuane Saa*

## 286 PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

- 286 TE BUSCO CUERPO, SIN PODER ALCANZARTE  
*Patricia Cordella*

## 300 ENSAYO

- 300 LA SEXUALIDAD EN LA ERA DE LA TÉCNICA  
*Thomas Fuchs*
- 309 HABITAR POÉTICO Y PRESENCIA-ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS): UN DIÁLOGO ENTRE OCCIDENTE Y ORIENTE  
*Rodrigo Brito Pastrana*

## 318 INVESTIGACIÓN

- 318 EVALUACIÓN DE LA RELIGIOSIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA  
*Ramón Florenzano Urzúa*
- 324 ESTUDIO DE AUTOAGRESIONES EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA EN CHILE  
*Arturo Roizblatt, Paula Thomassen, Matías Pinedo, Paulina Román, Álvaro Wolfenson, Álvaro Castillo-Carniglia*

## 330 PSIQUIATRÍA FORENSE

- 330 ¿ES LA CÁRCEL UN TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL?: REFLEXIONES EN TORNO A PSICOPATÍA E IMPUTABILIDAD  
*Fabián Pavez*

## 339 PSICOPATOLOGÍA Y CINE

- 339 UNA COMPRENSIÓN PSICOANALÍTICA EN LA FILMOGRAFÍA DE DAVID LYNCH  
*Daniela Larraín, Alberto Larraín, Josefina Huneus*

## LA REVANCHA DEL LITIO: UNA (NO TAN) NUEVA EVIDENCIA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR

Alberto Botto

Los estabilizadores del ánimo (EA) son un grupo de fármacos de diversas características que, aunque se utilizan ampliamente –con mayor o menor eficacia– en el tratamiento de la enfermedad bipolar (EB) y otras patologías psiquiátricas, aún continúan siendo fuente de controversia, partiendo por su definición. Utilizando un criterio más bien laxo, algunos incluyen dentro de los EA a todos aquellos agentes que son efectivos para una determinada fase de la EB (manía o depresión) y que no empeoran la otra fase o el curso de la enfermedad<sup>1</sup>. Desde este punto de vista podría considerarse como EA incluso a los antipsicóticos clásicos, los que se han mostrado útiles en el manejo de la manía y no empeorarían la depresión o el curso de la enfermedad (aunque esto último no ha sido completamente avalado). Por otra parte, también se ha postulado una definición más restrictiva que considera como EA a todo agente que sea efectivo, como monoterapia, en cuatro situaciones clínicas distintas: 1. Tratamiento de síntomas maniácos agudos, 2. Tratamiento de síntomas depresivos agudos, 3. Prevención de síntomas maniácos y 4. Prevención de síntomas depresivos<sup>2</sup>. Sin embargo, si además consideramos ciertos subtipos clínicos como los cicladores rápidos, los episodios mixtos, la presencia de síntomas psicóticos o la comorbilidad –como los trastornos de la personalidad o el abuso/dependencia de sustancias– el debate pareciera estar lejos de ser resuelto. Pero, ¿existe algún medicamento que reúna todas esas características? Hasta

el momento, el único fármaco que tal vez cumpla con los cuatro criterios es –y, probablemente, seguirá siendo– el carbonato de litio, por lo que aún se considera como tratamiento de primera línea para la EB.

El litio como metal fue aislado por primera vez en 1818 por Humphrey Davy, y se incorporó en la medicina a mediados del siglo diecinueve por Ure y Garrod como forma de tratamiento para las afecciones del metabolismo del ácido úrico<sup>3</sup>. Por esos años Trousseau en Francia y Haig en Inglaterra incorporaron a la manía y la depresión como manifestaciones de las alteraciones del ácido úrico. En 1886 el danés Carl Lange informó que una mezcla con carbonato de litio tuvo un efecto profiláctico en la depresión, mientras que Hammond en Estados Unidos reportaba haber utilizado bromuro de litio en manía aguda. Cabe destacar que hasta comienzos del siglo pasado la población norteamericana tomaba litio en forma de agua mineral, a la que atribuían importantes poderes curativos.

En 1949 un psiquiatra australiano, John Cade, publicó un artículo donde comunicaba la efectividad de las sales de litio en la manía<sup>4</sup>. Sin embargo, ante el fallecimiento de algunos pacientes, abandonó este tratamiento hasta que unos años más tarde un equipo de daneses liderados por Morgens Schou estudiaron y delimitaron los usos clínicos y los efectos tóxicos del fármaco<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Schatzberg A, Nemeroff Ch. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*, Third Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2004.

<sup>2</sup> Bauer M, Mitchner L. What is a 'mood stabilizer'? An evidence-based response. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 3-18.

<sup>3</sup> Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sixth Edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.

<sup>4</sup> Cade J. Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *The medical journal of Australia* 1949; 2: 349-352.

<sup>5</sup> Mitchell P, Hadzi-Pavlovic D. Lithium treatment for bipolar disorder. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78; 4: 515-517.

Cade, que pasó tres años y medio, durante la segunda guerra mundial, en un campo de concentración en Singapur, creía que todas las afecciones mentales se correspondían con una alteración orgánica. En su laboratorio realizó los primeros experimentos inyectando intraperitonealmente orina de pacientes maníacos en cobayos. Entonces observó que la orina era muy tóxica para los cobayos y pensó que esto demostraba la existencia de una sustancia patógena específica en los pacientes maníacos. Sin embargo, posteriormente comprobó que la urea aislada producía efectos similares. Con el fin de graduar su acción utilizó una sal hidrosoluble: el urato de litio. Para su sorpresa, la inyección de esta última atenuó los efectos deletéreos de la urea, lo que le sugirió un efecto protector del litio. Luego administró litio aislado en los cobayos y observó que se tranquilizaban. Finalmente ensayó el producto en forma de carbonato o citrato en enfermos maníacos obteniendo resultados espectaculares, los que no se observaron en pacientes con esquizofrenia o melancolía. Esto apuntaba hacia una acción específica para la manía.

Sin embargo, a pesar de que el trabajo de Cade no tuvo mucha resonancia en los medios académicos, en Dinamarca, Schou animado por Stromgren realizó el primer ensayo clínico psicofarmacológico que demostró la efectividad del litio determinando los márgenes tóxicos y terapéuticos de los niveles plasmáticos. Diez años después se demostrarían sus efectos profilácticos no sólo en los episodios maníacos sino también en los depresivos. En 1970 la FDA (U.S. Food and Drug Administration) aprobó al litio como tratamiento para la manía y en 1974 incluyó una aprobación adicional como terapia de mantención en pacientes con antecedentes de manía.

Además del litio, otros fármacos han sido evaluados y su utilidad ha sido demostrada en el tratamiento de la EB. Dentro de éstos destacan: valproato, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina y antipsicóticos (especialmente atípicos, como la olanzapina y la quetiapina). También se ha estudiado a otros anticonvulsivantes (topiramato, gabapentina, levetiracetam, zonisamida). Además, en la EB se han utilizado otros agentes en combinación con los EA como: hormona tiroidea, bloqueadores de canales de calcio (nimodipino), bupropión, antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y benzodiazepinas (clonazepam, lorazepam).

El litio es un catión monovalente que inhibe diversos pasos en el metabolismo del fosfoinositol, así como también segundos y terceros mensajeros, incluyendo la proteína G y proteínas-kinasas. Además se han propuesto otros efectos que incluyen: inhibición de la

enzima glicógeno-sintetasa-3-beta (GSK-3 $\beta$ ), inhibición de la unión de serotonina al receptor 5HT<sub>1B</sub> y modulación de la liberación y recaptura de glutamato. Por último, en los últimos años se han sugerido propiedades neurogénicas, neuroprotectoras (aumento de la proteína neuroprotectora bcl-2) y estimuladoras del crecimiento neurítico, las que se correlacionarían con su efecto terapéutico<sup>6</sup>.

El litio ha probado ser eficaz en el tratamiento agudo y preventivo de episodios maníacos y depresivos en pacientes con EB. Sin embargo, aquellos pacientes cicladores rápidos (cuatro o más episodios afectivos por año) o con episodios mixtos presentan una menor tasa de respuesta. El litio además es efectivo en la prevención de futuros episodios depresivos en pacientes con depresión mayor unipolar recurrente, y como tratamiento complementario a los antidepresivos en la depresión resistente. También se ha mostrado útil en mantener la remisión de un episodio depresivo luego de la aplicación de terapia electroconvulsiva. Finalmente, ha sido usado en forma efectiva en casos de agresión, impulsividad y descontrol conductual.

A pesar de sus innegables beneficios, el litio no es un fármaco útil para todos los pacientes con EB, presenta un estrecho margen terapéutico –lo que obliga a controlar rigurosamente sus niveles plasmáticos– y puede causar efectos adversos que para muchos son intolerables. Estas limitaciones han favorecido la investigación de nuevas alternativas para el tratamiento de la EB, como ocurre con los antipsicóticos atípicos y los anticonvulsivantes. Uno de los agentes más utilizados es el valproato de sodio, especialmente en EEUU, donde su indicación se triplicó entre los años 1992 y 1999, mientras que la de litio disminuyó a la mitad<sup>7</sup>.

Cuando los pacientes no responden a la monoterapia se recomienda utilizar una combinación de distintos fármacos, siendo una de las más frecuentes la mezcla de litio y valproato. Si esta estrategia demostrara tener efectos aditivos (más allá de la monoterapia) podría transformarse en una indicación de primera línea en el manejo de la EB.

Con el objeto de establecer si la combinación de litio más valproato de sodio es mejor que la monoterapia con cualquiera de los dos fármacos en la prevención de recaídas en EB de tipo I, se efectuó un ensayo

<sup>6</sup> Belmaker R. Bipolar Disorder. *N Engl J Med* 2004; 351: 476-486.

<sup>7</sup> Blanco C, Laje G, Olfson M, Marcus SC, Pincus HA. Trends in the treatment of bipolar disorder by outpatient psychiatrists. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1005-10.

multicéntrico, randomizado –cuya sigla en inglés (BALANCE) hace referencia a *Bipolar Affective disorder: Lithium/ANti-Convulsant Evaluation*– que analizó tres grupos de pacientes recibiendo tratamiento en fase de mantención (con monoterapia de litio, monoterapia de valproato y su combinación) efectuándose un seguimiento de hasta 24 meses<sup>8</sup>. El parámetro de evaluación de la respuesta fue la necesidad de iniciar una nueva intervención terapéutica a causa de algún episodio afectivo. El estudio –que reclutó a 330 pacientes del Reino Unido, Francia, Estados Unidos e Italia– fue publicado el año pasado en la prestigiosa revista LANCET.

Del total de pacientes evaluados, el 54% de aquellos que recibieron combinación, el 59% de los que recibieron monoterapia con litio y el 69% de quienes recibieron monoterapia con valproato, presentó algún episodio afectivo a lo largo del tratamiento. 16 pacientes presentaron efectos adversos graves: 7 con monoterapia de valproato (3 muertes), 5 con monoterapia de litio (2 muertes) y 4 con la combinación (1 muerte). Lo interesante del estudio es que la presencia de episodios afectivos fue significativamente menor en aquellos pacientes que recibieron la combinación de litio más valproato y la monoterapia con litio, no así para quienes sólo recibieron la monoterapia con valproato. Por lo anterior, los autores concluyen que en pacientes que presentan el diagnóstico de EB de tipo I y que requieren un manejo farmacológico a largo plazo, tanto la combinación de litio más valproato como la monoterapia con litio son más efectivas en la prevención de recaídas que la monoterapia con valproato. Este efecto pareciera ser independiente de la gravedad inicial de la enfermedad y se mantiene por un periodo de al menos 2 años. El estudio BALANCE no pudo confirmar ni descartar en forma confiable la superioridad de la combinación por sobre la monoterapia con litio.

Luego de años de estudio y discusión acerca de la efectividad de los tratamientos –otra vuelta en el siempre olvidado movimiento pendular– nuevamente nos encontramos (casi) en el punto de partida. Todavía podemos plantearnos algunas preguntas que no han perdido vigencia: ¿existe mejor antipsicótico que el haloperidol? ¿O un estabilizador del ánimo que supere al carbonato de litio? Una respuesta elaborada con prudencia debiera incorporar –al menos– dos condiciones: *para qué y para quién*. El estudio BALANCE nos muestra que en la actualidad no existiría evidencia suficiente como para postergar la indicación de litio en la EB-I; por el contrario, su enseñanza apunta a la necesidad de –junto con el paciente– aceptar el desafío de reconocer, evitar y manejar los riesgos –por lo demás, inherentes a cualquier intervención médica– que plantea el manejo de la enfermedad bipolar. Más allá de la aplicación de una guía clínica basada en el consenso –cuyo objetivo es servir de referencia para el manejo de un universo de pacientes anónimos–, los avances en la comprensión de las enfermedades del ánimo (desde los factores genéticos hasta los psicodinamismos, pasando por las explicaciones evolucionarias y la interacción con el ambiente) han puesto de relieve la importancia de reconocer subgrupos de pacientes (con determinados perfiles genéticos, biológicos y psicológicos) que pudieran orientar de mejor forma la planificación de un tratamiento; es decir –tal como ha ocurrido con las psicoterapias– estamos hablando de la necesidad de contar con una *indicación diferencial* que se fundamente en las necesidades de cada persona. Por último, nunca estará de más insistir en la relevancia de las estrategias no farmacológicas en el manejo a largo plazo de la EB como la psicoeducación, el manejo de los ritmos sociales, la psicoterapia y otros tratamientos biológicos.

¿Hay algo nuevo bajo el sol?

<sup>8</sup> The BALANCE investigators and collaborators. Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomised open-label trial. *Lancet* 2010; 375: 385–95.



DIRECCIÓN DE POSTGRADOS Y POSTÚTULOS

**PERÍODO POSTULACIÓN**  
octubre 2011 a marzo 2012



Universidad de  
**los Andes**

Escuela de  
**Psicología**

## MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, ORIENTACIÓN PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y CONDUCTUAL DIALÉCTICA



### ALGUNOS DE NUESTROS PROFESORES

DR. FRANCISCO BUSTAMANTE, Psiquiatra Terapeuta Conductual Dialéctico por grupo DBT Chile, Behavioral Tech, Estados Unidos.

PS. CECILIA BRAHM, Formación en Terapia Conductual Dialéctica con Marsha Linehan en Behavioral Tech, Estados Unidos.

PS. LISA CLEFBERG, PhD. en Psicología Clínica, Universidad de Estocolmo.

PS. MARÍA PAZ ALTUZARRA, Magister en Psicología Clínica, P. Universidad Católica.

PS. PATRICIA ZAÑARTU, miembro de la American Psychological Association, Estados Unidos.

PS. BEATRIZ ZEGERS, Magister en Fundamentación Filosófica, Universidad de los Andes.

### DURACIÓN PROGRAMA

2 años

### DATOS DE CONTACTO

postgrados.psicologia@uandes.cl  
Daniela Ramírez V.  
Tel: 412 9215

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

Nuestro magister ofrece formación en dos terapias ampliamente validadas por su eficacia clínica: la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Conductual Dialéctica en adultos. Esta última se ha transformado en la principal indicación para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. Además, nuestros alumnos aprenden a realizar una terapia grupal infantil de tipo integrativa, cuya indicación abarca la mayoría de los trastornos psiquiátricos de la infancia. Todo desde una perspectiva práctica centrada en la técnica y en análisis de casos clínicos.



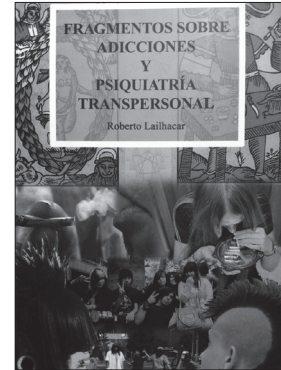
UNIVERSIDAD ACREDITADA 5 años  
desde noviembre de 2007 hasta noviembre de 2012  
Gestión Institucional y Docencia Conducente a Título

# FRAGMENTOS SOBRE ADICCIONES Y PSIQUIATRÍA TRANSPERSONAL

**Autor:** Roberto Lailhacar

**Editorial:** Mago Editores, 2010, 233 pp.

(Rev GPU 2011; 7; 3: 246-247)



Miguel Cortés

Siempre cuando se piensa en los fenómenos psíquicos en el terreno de la transpersonalidad, conviene recordar al maestro del diálogo, Sócrates, que en su “conócete a ti mismo” le dice al ser humano que debe comenzar por analizarse personalmente para lograr comprender el pensamiento del hombre en la sociedad.

El libro del doctor Lailhacar, psiquiatra que ha trabajado mucho tiempo con grupos juveniles y adolescentes, nos coloca en la boca de entrada de un túnel oscuro y cuya salida no se avizora. Es como recordar un “Agujero negro”, que los astrofísicos describen como un gran objeto macizo cuya tracción gravitacional “se traga” todo, incluso la luz. Pero astrofísicos modernos han “logrado ver” que los agujeros negros también pueden emitir ondas, por lo que se podría investigar cuál es el contenido dentro del túnel.

El oscuro largo túnel al que logró introducirse el Dr. Lailhacar, el túnel del adolescente, logra poner al descubierto casi toda su estructura; comienza con la sexualidad del adolescente, que actualmente utiliza el sexo sólo como satisfacción de su instinto animal; no hay preámbulo, no hay conquista, no hay seducción, no hay romanticismo; el sexo es sólo satisfacción instintiva, sin amor. Es verdad que en nuestros tiempos los padres eran tan reservados sobre el tema de la sexualidad, que se tenía que averiguar por terceras personas, que tampoco eran los profesores, sobre el significado y características del sexo. Actualmente existe en el cine, la televisión, las revistas, la radio, el internet, etc., que

proporcionan conocimiento a quienes lo requieran: aún más, son conocimientos deformados y pervertidos en que la parafilia, la homosexualidad, el lesbianismo, la pedofilia, etc., se muestran impunemente en adolescentes y niños.

En el camino investigativo se llega a la drogadicción. Es cierto que el hombre ha consumido drogas desde hace muchos siglos; primero por ignorancia, consumiendo sustancias energéticas y estimulantes para aliviar el cansancio, para permanecer dinámicos en una fiesta o reunión o para aliviar ciertas dolencias; la marihuana o “mariguana”, como le llaman ciertos aborígenes centroamericanos, es una droga muy antigua como lo es también el jugo de ciertos cactus mexicanos. Pero el aumento de consumo de drogas es producto del mercantilismo de ciertas organizaciones, que se enriquecen traficando y enviándolas a todos los países del mundo. El control jurídico de estos delitos es muy ambiguo y deficiente, a tal punto que hay países que viven de la cosecha de sus plantas productoras de droga.

El adolescente transita por este largo y oscuro túnel, y llega a la estación de la vivencia temporal. La vida actual, desde hace ya unos cuarenta y tantos años, ha adquirido ciertos caracteres distintivos, desde la aparición de los hippies, que lograron introducir algunos rasgos como la artesanía, la música, el vestuario y las costumbres que aún se practican en algunos grupos sociales. Se llega luego a costumbres menos sofisticadas pero igualmente imitadas; recordemos la música rock,

hasta llegar a la música psicodélica y a la música punk, con vivos colores pintados en el cuerpo, anillados o "piercing" en distintos segmentos y el pelo cortado, erizado y teñido de distintos colores y todo esto se ve a cada instante en los programas de tv y en la internet. Ha llegado el posmodernismo.

Esta era nos muestra un adolescente que sólo piensa en el "ahora"; no le interesa el mañana y no recuerda lo que le pasó ayer. Asiste a una escuela o colegio sin preocuparse de las materias que pasará el profesor; se distrae para combatir el aburrimiento, pensando en el próximo partido de fútbol que jugará su equipo favorito, o en qué piscina se reunirá con sus compañeros. Las tareas, que posiblemente se las anotará un compañero, las hará en la casa usando la internet, donde ni siquiera tiene que leer porque todo está hecho; sólo debe ver cuáles páginas debe imprimir para llevar su tarea. Luego se sentará frente a un televisor para ver algún programa erótico, o tal vez lo hará en su computador. Sus padres trabajan y no están durante el día; sólo llegan en la tarde a comer. Las comidas son solitarias; ya no se usa la mesa familiar y las comidas consisten en sacar del "refri" un tarro o bolsa con alguna comida ya preparada, calentarla en el microondas y comerla sentado frente al televisor. Se habla por teléfono (o más bien por el celular) para ponerse de acuerdo en el "carrete" del viernes y sábado.

¿Que debe prepararse para la PSU? No, ¡falta mucho para eso!, ¡y la universidad eso lo decidiremos con

mi padre si es que puede pagar los estudios!; pero aún falta mucho para eso. Mientras tanto sigamos viviendo como mejor podamos.

Llega el fin de semana. Viene el carrete irá, con amigos y amigas a una "disco" a moverse en un pseudo baile llamado reggae, estimulado por el consumo de una o varias chelitas y tal vez una "aspiradita" de "coca de la buena". Son las cinco de la madrugada pero aún es temprano; "total mis viejos deben dormir hasta la tarde".

Y muchas otras cosas y sucesos de una era postmoderna. Ya no hay diálogo con los padres, no hay contacto familiar, no hay mesa donde se conversa, no existen proyectos, no hay opiniones ni menos conversaciones serias. Ha habido un cambio de la estructura familiar, no hay diálogo ni seriedad. Sólo hay "soledad" de los jóvenes, adolescentes que proyectan hacia las drogas, sexo sin amor, un porvenir albo y oscuro; porque lo albo y blanco señala un sendero sin marca ni huella y lo oscuro muestra un horizonte oscuro y sin luz.

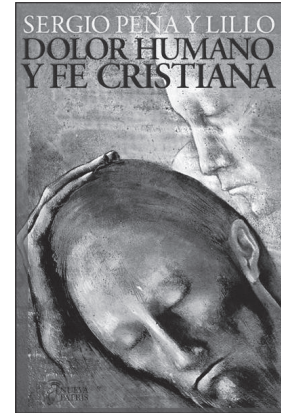
Interesante y didáctico es lo escrito por el Dr. Laihacar. Después de leerlo, recordamos lo que asevera en su comienzo cuando habla del "filosofar del hombre" y menciona a los existencialistas. Me quedo con Heidegger, que dice que el hombre es "un-ser-para-la-muerte". ¿Será posible que los jóvenes piensen que si el hombre es el único ser viviente que "sabe" que su destino es morir, no vale la pena vivir de otro modo si vamos a morir?

# DOLOR HUMANO Y FE CRISTIANA

**Autor:** Sergio Peña y Lillo  
**Editorial:** Patris, 2009, 50 pp.

(Rev GPU 2011; 7; 3: 248-249)

Ramón Florenzano



El tema de una perspectiva teológica cristiana es el centro de esta breve obra del profesor Sergio Peña y Lillo, quien nos ofrece un conjunto de reflexiones y pensamientos que ayudarán a muchos a pensar cómo el dolor, que confrontamos a diario en nuestros pacientes y en nuestro quehacer cotidiano, debe ser reconocido, aunque no totalmente comprendido. El confrontar el dolor pertenece a la condición humana, y desde el Pecado Original, nos señala el autor, acompaña los ciclos vitales de todas las personas. Este hecho constituye un escándalo y lleva a muchos a dejar de creer en un Dios que permite el sufrimiento, muchas veces injusto, de tantos. ¿Cómo conciliar el amor divino por la humanidad con los horrores en que viven y mueren tantos?

El autor, conocido profesor de Psiquiatría en Santiago de Chile, ha escrito textos más prolongados acerca de la interfase entre espiritualidad y psiquiatría. En estas 39 páginas revisa el tema del significado del dolor, explorando por ejemplo la relación entre dolor y Pecado Original. Si Adán no hubiera comido del árbol del bien y del mal quizá seguiríamos viviendo en felicidad perpetua en el Paraíso. Los nuevos descubrimientos de la última década acerca del genoma humano han entregado la impactante noticia de que el *homo sapiens sapiens* tiene una constitución genética no sólo imperfecta sino enferma. La decodificación del genoma nos ha revelado también que compartimos la mayoría de los genes con otros miembros del reino animal, y especialmente con otros primates. La secuenciación del DNA ha mostrado que tenemos sectores infectados

con virus, otro golpe a la visión tradicional del hombre como Rey de la Creación. No estamos tan cerca de una divinidad perfecta como pensamos en el pasado, y el camino de perfección es largo y doloroso. El significado del doler, plantea Peña y Lillo, puede hacernos conscientes de nuestra debilidad.

Un tema hoy de moda es el de la Felicidad y el bienestar subjetivo. Tanto libros científicos como publicaciones de autoayuda nos dicen que habría un camino fácil para ser felices. Este librito nos entrega una aproximación más centrada: aun si es cierto que el optimismo y la psicología positiva ayudan, el sufrimiento físico o emocional son estaciones camineras necesarias para alcanzar la sabiduría y la paz interior. El hedonismo y otras búsquedas narcisistas del sí mismo, ligadas a estilos de vida costosos y a la así llamada *industria del lujo*, que también está apareciendo en nuestro país. El altruismo y la caridad cristianos tienen una larga experiencia en combatir el exceso de autocentramiento.

La teología del dolor es analizada desde dos aproximaciones diversas: una ligada a la existencia del Mal que plantea que el sufrimiento es causado por poderes demoníacos que nos tientan a hacer un uso poco sabio de nuestra libertad. Esta visión maniquea, de lucha entre Bien y Mal, es reemplazada correctamente por el autor por la idea de que un buen padre permite a sus hijos experimentar dolor para acumular experiencia y permitir el desarrollo madurativo. La existencia de un lado oscuro (*lado B*) en cada personalidad fue desarrollada inicialmente por Carl Jung y ampliada en la



literatura espiritual del siglo XX por Thomas Merton. El desarrollo personal, para estos autores, implica la integración de la luz y la oscuridad en la madurez.

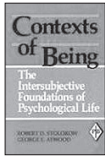
La conexión de la felicidad y la espiritualidad es explicada en diversos lugares del texto por el autor aludiendo a la Divina Providencia. *“El verdadero cristianismo es, en su esencia, un apasionado llamado a la plenitud de su existencia y a la felicidad”*, dice en la página 26. El surgimiento del dolor en la alegría cristiana es enfocado en forma providencialista, como lo hicieron Pascal y la escuela de Port Royale. Peña y Lillo insiste en que no debe confundirse la providencia cristiana con el *Kairós* griego ni con el fatalismo islámico: *“en la Fe se desvanece el azar y lo casual se convierte en providencia”*.

Quedan planteados, y por lo breve de la obra no se alcanza a profundizar, el rol protector de la espiritualidad y la religión en cuadros clínicos como la depresión,

el suicidio y las farmacodependencias. El autor nos debe un desarrollo más completo de muchas intuiciones y reflexiones esbozadas en el texto. Uno de los elementos que pudiera desarrollarse más es la conexión entre Dios y su amor por el mundo, y el pueblo de Dios, que también puede comportarse altruistamente con quienes lo rodean. Este amor por los demás es especialmente fructífero en la preocupación por los enfermos, señalando el autor como una de las características de Cristo el haber sido *médico de cuerpos y almas*. Cuando el enfermo mental se pregunta acerca de por qué Dios le asignó su especial tipo de sufrimiento, una respuesta es el permitir a sus prójimos buscar una cura natural para su sanación. El rol protector de la religión, más que una inmunidad de los creyentes frente a los problemas psiquiátricos o emocionales, significa una oportunidad para que sufriente y sanador, en conjunto, busquen una salida en común tanto médica como espiritual.

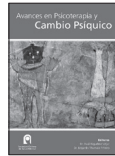
## CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



### AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



### LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



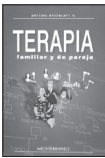
### CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



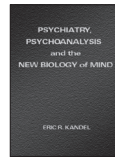
### EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



### TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



### PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



### NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



### TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



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

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



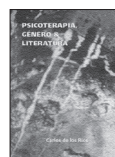
### TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



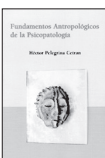
### JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



### PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



### FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

Autor: Héctor Pelegrina  
Editorial Polemos  
Comentario: Rev GU 2006; 2; 3: 256-263  
Compra: [www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

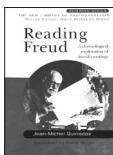


### SCHIZOPHRENIC SPEECH

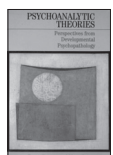
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh  
Ed: Cambridge University Press, London, 2005  
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232  
Compra: [www.amazon.com](http://www.amazon.com)



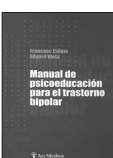
**TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN**  
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo  
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235  
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



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



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



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



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



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



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



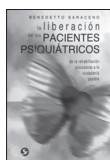
**EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD**  
 Editor General: Hernán Silva  
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



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



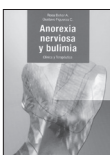
**DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS**  
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz  
 Ed: El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22  
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



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



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



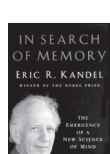
**MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA**  
 Autor: César Ojeda Figueroa  
 Ed: C&C Ediciones  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



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



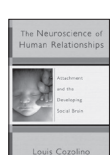
**PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA**  
 Autor: Mario Vidal C.  
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133  
 Compra: www.sonepsyn.cl



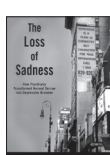
**IN SEARCH OF MEMORY**  
 Autor: Eric R. Kandel  
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136  
 Compra: www.amazon.com



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



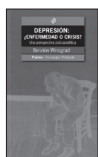
**THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN**  
 Autor: Louis Cozolino  
 Ed: W.W. Norton & Company, New York, 2006  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244  
 Disponible en: www.amazon.com



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



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



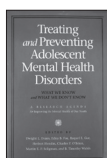
**DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA**  
 Autor: Benzió Winograd  
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254  
 Compra: www.paidos.com



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



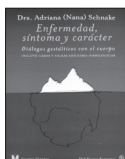
**SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA**  
 Autor: Mauro Mancia  
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386  
 Compra: www.tematika.com



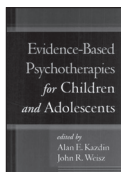
**TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW**  
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh  
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005  
 Comentario: Rev GPU 2007;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



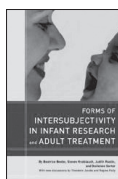
**LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE**  
 Autora: Alcira Mariam Alizade  
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390  
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



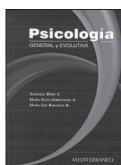
**EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS**  
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz  
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22  
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



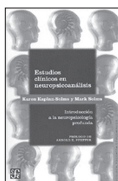
**SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO**  
 Autor: Pedro Torres-Godoy  
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34  
 Compra: www.psicodrama.cl



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



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

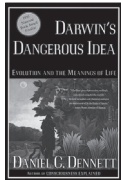


**ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA**  
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms  
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164  
 Compra: www.libreriasdelfondo.com

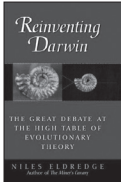


**EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS DE LA FEMINIDAD**  
 Autora: Emilce Dio Bleichmar  
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166  
 Compra: www.libreriangeles.com.mx

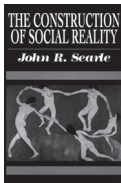




**DARWIN'S DANGEROUS IDEA**  
 Autor: Daniel Dennett  
 Editorial: Simon & Schuster, 586 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 3: 277-282  
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



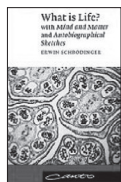
**LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS**  
 Tome II. Mélanie Klein  
 Autora: Julia Kristeva  
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.  
 ISBN : 2213605939  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387  
 Compra: www.amazon.com



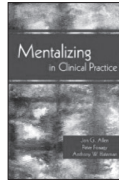
**EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS**  
 Tomo II. Mélanie Klein  
 Autora: Julia Kristeva  
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.  
 ISBN : 950-12-3809-1  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387  
 Compra: www.amazon.com



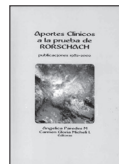
**THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE**  
 Autor: Daniel Siegel  
 Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391  
 Compra: www.amazon.com



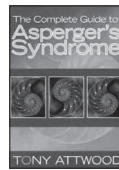
**WHAT IS LIFE?**  
 Autor: Erwin Schrödinger  
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396  
 Compra: www.mediterraneo.cl



**MENTALIZING IN CLINICAL PRACTICE**  
 Autores: Jon Allen, Peter Fonagy, Anthony Bateman  
 Editorial: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1ª edition, 2008, 433 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 3: 397-398  
 Compra: www.mediterraneo.cl



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



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



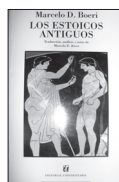
**WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING**  
 Autor: Enrique Jadresic  
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23  
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



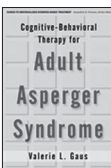
**LA NATURALEZA DE LA CONCIENCIA. CEREBRO, MENTE Y LENGUAJE**  
 Autores: Maxwell Bennett, Daniel Dennett, Peter Hacker y John Searle  
 Editorial: Paidós, 2008, 269 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 164-166  
 Compra: www.tematika.com



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



**NOMADÍAS**  
 Universidad de Chile  
 Facultad de Filosofía y Humanidades  
 Centro de Estudios de Género y Cultura en Latinoamérica.  
 Directora: Kemy Oyarzún.  
 Editorial: Cuarto Propio, Oct. 2008, Número 8, 172 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 173-174  
 Compra: Librería Lila



**COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR ADULT ASPERGER SYNDROME**  
 Autor: Valerie L. Gaus  
 Editorial: The Guilford Press, New York, 2007, 244 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 175-176  
 Compra: www.amazon.com



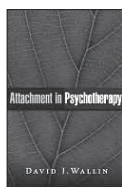
**ENCUENTRO CON LA PSICOTERAPIA. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA RELACIÓN Y EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PARADOJA DE LA VIDA**  
 Autor: Jean-Marie Delacroix  
 Editorial: Cuatro Vientos  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 177-179  
 Compra: www.cuatrovientos.cl



**EL TEMOR Y LA FELICIDAD**  
 Autor: Sergio Peña y Lillo  
 Editorial Universitaria, 27ª Edición, Santiago, 2008, 166 páginas  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 295-297  
 Compra: librerías



**LOOK ME IN THE EYE**  
 Autor: John Elder Robison.  
 Crown Publishers, New York, USA, 2007, 288 páginas  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 298-300  
 Compra: www.amazon.com



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



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



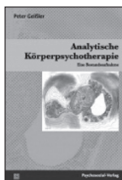
**BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE**  
 Autor: Enrique Jadresic  
 Uqbar Editores, Santiago, 2009  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 303  
 Compra: librerías



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



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



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



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



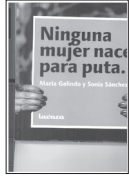
**ESTRUCTURAS PSICÓTICAS, LÍMITROFOS Y NEURÓTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL TEST DE RORSCHACH**

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



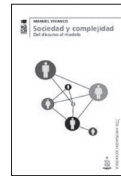
**EMBUDOS MÁGICOS. DE METÁFORAS Y TERAPIAS: LA ESTRATEGIA METAFÓRICA**

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



**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



**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



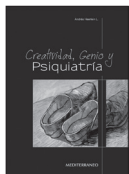
**ANOREXIA, BULIMIA, OBESIDAD: EXPERIENCIA Y REFLEXIÓN CON PACIENTES Y FAMILIAS**

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



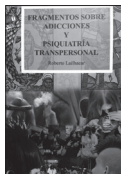
**REPENSANDO LO PSICOSOMÁTICO: DESDE LO CLÍNICO A LO PSICOSOCIAL**

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



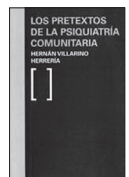
**CREATIVIDAD, GENIO Y PSIQUIATRÍA**

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



**FRAGMENTOS SOBRE ADICCIONES Y PSIQUIATRÍA TRANSPERSONAL**

Autor: Roberto Lailhacar  
Editorial: Mago Editores, 2010, 233 pp.  
Comentario: Rev GPU 2011; 7; 3: 246-247



**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



**DOLOR HUMANO Y FE CRISTIANA**

Autor: Sergio Peña y Lillo  
Editorial: Patris, 2009, 50 pp.  
Comentario: Rev GPU 2011; 7; 3: 248-249

## REVISIÓN

# DSM-5, OPD-2 Y PDM: CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE LOS NUEVOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS Y PSICOANALÍTICOS

(Rev GPU 2011; 7; 3: 256-276)

Ricardo Bernardi

**El diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis en el campo del diagnóstico se dificultó, en décadas pasadas, por la existencia de posturas contrapuestas sobre la forma de definir los trastornos y sobre la utilidad misma de la tarea diagnóstica. Esta situación parece haber cambiado recientemente, al surgir nuevos sistemas diagnósticos de orientación psicoanalítica (OPD-2 y PDM) que aceptan la operacionalización de sus conceptos y al incorporar la nueva versión en borrador del DSM-5 un enfoque diagnóstico que refleja mejor la complejidad y variabilidad clínica. Los tres sistemas son comparados en el campo de los trastornos de la personalidad, buscando señalar las zonas de complementariedad y de coincidencia entre ellos, así como los puntos aún abiertos a la discusión tanto entre la psiquiatría y el psicoanálisis, como también en el interior de cada una de estas disciplinas.**

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico clínico constituye un campo privilegiado para el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis, en el que a lo largo del tiempo se dieron convergencias y divergencias de distinta naturaleza. En este terreno se ponen en juego no sólo concepciones sobre la salud y la enfermedad sino, también, el modo de establecer la relación profesional y humana entre el clínico y quien procura su ayuda. En los últimos años psiquiatras y psicoanalistas estuvieron situados en los extremos del péndulo respecto a muchos aspectos del diagnóstico. Hoy día, sin embargo, existen en el horizonte claros indicios de cambios que sugieren que el periodo de los desacuerdos globales deja paso a zonas

en las que es posible un intercambio fecundo entre ambas perspectivas diagnósticas.

En el periodo pasado buena parte de los desacuerdos giró en torno a la necesidad, jerarquizada por la psiquiatría, de diagnósticos claros y precisos que cubrieran el campo de la patología y la diferenciara de la normalidad, mientras el psicoanálisis hizo hincapié en la necesidad de reconocimiento de la singularidad de cada individuo y en la continuidad entre los fenómenos de salud y enfermedad. El sistema DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana y el CIE (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, capítulo V), publicado por la Organización Mundial de la Salud, se apoyaron en definiciones

operacionales en base a criterios aportados por la investigación científica. Al mismo tiempo, muchos psicoanalistas enfatizaron la necesidad opuesta, de una comprensión indefinidamente abierta, de los aspectos más profundos y únicos de cada experiencia humana individual. Esta polarización terminó restringiendo en ambos la validez de las categorías clínicas. En el caso de la psiquiatría, si bien las definiciones operacionales aumentaron la validez y confiabilidad de los diagnósticos, los criterios utilizados llevaron en muchos casos, sobre todo en el campo de los trastornos de la personalidad (TP), a un empobrecimiento de su contenido, que afectó su validez. En el caso del psicoanálisis, la búsqueda de profundidad, al no acompañarse de la necesaria preocupación por la definición de los conceptos, aumentó su imprecisión, afectando por tanto su validez al no ser posible establecer hasta dónde distintos términos eran coincidentes, contradictorios o complementarios.

Tanto en la psiquiatría como en el psicoanálisis la situación resultante provocó insatisfacción, lo que llevó a que desde uno y otro campo se pusieran en marcha revisiones de los criterios diagnósticos. En este momento asistimos al anuncio de nuevas versiones del DSM y del CIE así como al surgimiento de nuevos sistemas diagnósticos psicoanalíticos, los cuales buscan ser complementarios al DSM o al CIE. En este trabajo me referiré a la próxima aparición del DSM-5, cuyos borradores ya están disponibles (1), y, dentro del campo psicoanalítico, al Manual de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, versión 2 (OPD-2)(2) y al Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM)(3) recientemente publicados. Ellos abren un nuevo espacio para el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis, el cual intentaré explorar a continuación comparando entre sí estos tres sistemas diagnósticos en relación a los TP.

## EL SISTEMA DIAGNÓSTICO DSM Y LA TRADICIÓN URUGUAYA

La influencia que tuvieron en Uruguay el DSM-III y luego el DSM-IV fue importante, al igual que en muchos otros países y puede preverse que lo mismo ocurrirá con el DSM-5. El sistema CIE ha tenido menor influencia y en líneas generales resulta similar y traducible al DSM.

Conviene señalar que la preponderancia del sistema DSM fue durante largo tiempo contrabalanceada en Uruguay por el peso que conservaron los grandes maestros europeos de la psiquiatría así como por la influencia de las corrientes fenomenológica y existencial. Si comparamos los *Anales de la Clínica Psiquiátrica* con la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, encontraremos que alrededor de 1970 existía en ambos una fuerte

influencia de esta tradición filosófica, visible en las obras de R. Ramírez, J. Galeano, G. Koolhaas y otros distinguidos psiquiatras o psicoanalistas de ese momento. También debe destacarse el peso que tuvo la obra de Henri Ey, que inspiró la práctica y la producción de numerosos psiquiatras, entre la cual se destacan los trabajos y la enseñanza de Humberto Casarotti. La discusión sobre las convergencias y divergencias entre las ideas órgano-dinámicas de H. Ey, y el psicoanálisis tenía su antecedente en discusiones que habían ocurrido en Francia, algunas de ellas con especial brillo, como ser las Jornadas de Bonneval de 1946 sobre el tema de la causalidad psíquica, que se abrieron con las presentaciones contrapuestas de H. Ey y J. Lacan (4). También en nuestro medio surgieron temas de debate entre las ideas de Henri Ey y las psicoanalíticas, en cuestiones tales como la distinción entre salud y enfermedad o la etiopatogenia de los trastornos mentales, problemas que desbordan el tema diagnóstico y que serán sólo indirectamente abordadas aquí.

Las primeras versiones del DSM, el DSM-I (1952) y el DSM-II (1968), recogieron la influencia de las tradiciones fenomenológica, psicoanalítica y de la psiquiatría social, pero fueron cuestionadas por su falta de confiabilidad y por la ausencia de criterios apoyados en la investigación científica. Surgieron, en consecuencia, propuestas de cambio basadas en la operacionalización de las definiciones, la revalorización del curso y desenlace de los trastornos, y un uso más amplio de las investigaciones empíricas (5) (6). Estas propuestas se impusieron y llevaron a que en la siguiente versión del DSM, aparecida en 1980, el DSM-III, se produjera una amplia reformulación de las categorías diagnósticas, que sirvieron de base para el DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000).

Los cambios introducidos en el DSM-III y el DSM-IV trajeron beneficios e inconvenientes. Del lado de las ventajas se debe reconocer que colocaron en primer plano las condiciones exigibles a un diagnóstico, a saber:

- Contener categorías diagnósticas que tengan validez, confiabilidad y utilidad clínica
- Lograr que las investigaciones sean comparables
- Delimitar los trastornos a los que el sistema de salud debe dar cobertura
- Identificar la respuesta a los tratamientos
- Facilitar los estudios epidemiológicos que permitan determinar tasas de incidencia, prevalencia o remisión de los trastornos,

La necesidad de estos requisitos es indiscutible, pero el problema es encontrar el camino adecuado



para cumplir con ellos. El DSM-III y el DSM-IV, sin proponérselo, al enfatizar el diagnóstico en base a listas de síntomas, en el marco de categorías discontinuas que encerraban un apreciable margen de arbitrariedad, llevaron en muchos casos a una desvalorización del examen clínico minucioso, volvieron innecesaria la empatía con el paciente y el atender a su contexto familiar y social, y desestimularon la comprensión psicopatológica. Aunque el DSM siempre hizo hincapié en que no pretendía sustituir una formación clínica profunda, los psiquiatras jóvenes buscaron memorizar síntomas más que comprender personas. Tampoco intentaron comparar sus observaciones con las de los grandes maestros. Esto llevó a lo que Andreasen (7) denominó "la muerte de la fenomenología en Estados Unidos". El mismo panorama se repitió en otros países. En la medida en la que el uso del DSM-III o DSM-IV se asoció a una renuncia a la riqueza de la descripción fenomenológica y a la complejidad de la psicopatología, se llegó a aquello mismo que se buscaba evitar, esto es, a la irrelevancia de los conceptos diagnósticos. Una misma categoría diagnóstica podía recubrir realidades humanas muy diferentes entre sí, cuyas particularidades, necesarias para un encare terapéutico del paciente y no sólo de la enfermedad, no ayudaba a reconocer.

### EL PROBLEMA DEL DIAGNÓSTICO EN EL PSICOANÁLISIS URUGUAYO

Desde su fundación en 1955, la influencia dominante en la Asociación Psicoanalítica Uruguaya (APU) fue la de Sigmund Freud. Si bien Freud no se propuso formular un sistema diagnóstico completo, distinguió las neurosis, las psicosis y las perversiones y, dentro de las neurosis, diferenció las psiconeurosis (neurosis histérica, neurosis fóbica o histeria de angustia y neurosis obsesiva), en las cuales los conflictos inconscientes juegan un papel determinante y a las que consideraba las más aptas para el tratamiento psicoanalítico, frente a otros tipos de neurosis (neurosis actuales, neurosis de guerra, etc.), en las que era preciso tomar en cuenta factores de otro tipo. Con el correr del tiempo, nuevos autores fueron agregando nuevas categorías diagnósticas (por ejemplo, O. Kernberg, H. Kohut, A. Green, entre muchos otros), lo cual aumentó la riqueza de las conceptualizaciones clínicas pero también aumentó el riesgo de un caos terminológico y conceptual.

En los comienzos del grupo psicoanalítico uruguayo, junto con la obra de S. Freud, tuvieron una fuerte gravitación las de Melanie Klein y de W. R. Bion. Ellas llevaron a distinguir lo que se denominó la parte neurótica y la parte psicótica de la personalidad, como dos

formas distintas, existentes en grado variable en todo individuo, de manejar la realidad interna y externa en base a diferentes ansiedades, fantasías inconscientes y mecanismos de defensa. J. Bleger (8), psicoanalista argentino, fue tal vez quien con mayor rigor metodológico intentó construir indicadores clínicos que permitieran operacionalizar estos conceptos para su uso diagnóstico, tarea que su muerte prematura (1972) dejó inconclusa. En las décadas siguientes, en Uruguay, la influencia del psicoanálisis francés y en especial de la obra de Jacques Lacan llevó a revalorizar los conceptos diagnósticos originales freudianos y a desarrollar nuevas perspectivas que condujeron a prestar atención a las fallas en la estructuración psíquica relacionadas con procesos de desmentida que llevan a déficits en los procesos de simbolización (9-10).

El tema del diagnóstico nunca fue en realidad una prioridad del grupo uruguayo, en el que tuvieron escasa repercusión las variadas propuestas diagnósticas que se formularon en la comunidad psicoanalítica internacional. En nuestro medio se puso mayor énfasis, como dije, en lo singular e inabarcable de cada paciente. Esto aparejó una ventaja, pues fortaleció la escucha de aquellas metáforas o descripciones co-construidas entre paciente y analista que permitían captar mejor las experiencias propias del análisis. Se ha comprobado (11-13) que cada psicoanalista trabaja influido por teorías implícitas personales que se van desarrollando a lo largo de la vida y enriquecen su comprensión clínica. Pero esta actitud de escucha abierta y provisional necesita acompañarse de un segundo momento de observación clínica y reflexión crítica más rigurosa, que busque traducir estas experiencias singulares en conceptos más generales, pues de lo contrario conducen a una deriva conceptual que puede debilitar el anclaje clínico de los conceptos y vaciarlos de significado, al utilizar distintos autores las mismas palabras para designar cosas muy diferentes, o denominar de forma distinta a las mismas cosas.

El momento actual es oportuno para que el psicoanálisis vuelva a interesarse por la tarea diagnóstica. Existe hoy día una creciente conciencia de que es necesario identificar el tipo de pacientes que se beneficia más con alguno de los diferentes recursos psicoterapéuticos y farmacológicos disponibles. Esto constituye una responsabilidad profesional hacia los pacientes pero también hacia el sistema de salud, que, como ocurre en todo el mundo, necesita información diagnóstica sobre el tipo de pacientes que recibe las prestaciones y sobre su evolución. Este camino requiere que la psiquiatría, el psicoanálisis y las distintas psicoterapias encuentren la forma de hacer compartibles sus distintos lenguajes.

## DIAGNOSTICAR NO ES ETIQUETAR SINO CONCEPTUALIZAR

El término “diagnóstico” es utilizado por múltiples disciplinas para designar el proceso analítico que conduce a identificar fenómenos, de acuerdo con un sistema conceptual que es tomado como referencia. En las ciencias de la salud tiene un sentido muy específico: el de identificar la situación de una persona en relación con sus procesos de salud y enfermedad, o, dicho más directamente, el de saber qué es lo que le está pasando para poder, en consecuencia, saber cómo tratarlo.

El diagnóstico psiquiátrico constituye, como señala con razón H. Casarotti (14), el paso primero y fundamental de la atención psiquiátrica y del “saber-hacer” del psiquiatra. Cabe agregar que lo mismo vale para cualquier acción en salud mental, sea individual o colectiva. Para ello el diagnóstico debe estar apoyado en conceptos y en procedimientos que posean validez, confiabilidad y utilidad clínica, tres conceptos que conviene subrayar. El proceso diagnóstico no termina en la primera entrevista, aunque ella pueda ser importante, sino que continúa a través del tiempo y puede incluir diversas perspectivas especializadas (ej., diagnósticos de especialidades médicas, de laboratorio, psicológico, neuropsicológico, psicoanalítico, familiar, psicosocial, etc.). Cada una de ellas puede pasar a primer plano, si lo requiere así la atención del paciente. No tiene sentido, por tanto, contraponer diagnóstico psiquiátrico y diagnóstico psicoanalítico, pues en principio ambos deben ser complementarios. Todas las perspectivas diagnósticas comparten ciertas preguntas básicas (¿Qué le pasa al paciente? ¿Qué es necesario tomar en cuenta para poder atenderlo mejor?) Y la tarea del clínico a cargo del paciente es formular un plan terapéutico coherente a partir de todas ellas. Pueden, eventualmente, surgir zonas de conflicto entre las distintas disciplinas, las cuales serán abordadas en la práctica según las responsabilidades profesionales en juego en cada situación. A largo aliento, el desafío para todas las disciplinas involucradas es convertir estas zonas de conflicto en tema de investigación, de modo que la respuesta se apoye lo más posible en la mejor evidencia disponible, como lo pide la práctica basada en evidencias.

Aunque algunos sistemas diagnósticos como el DSM-IV pretendan ser ateóricos, su marco conceptual no es ajeno a las influencias filosóficas, ideológicas y culturales del momento. En el caso del DSM-IV es perceptible la influencia del modelo biomédico, aun cuando la medicina y la psiquiatría actuales son conscientes de la necesidad de no sustituir un enfoque bio-psico-social por uno bio-bio-bio o psico-psico-psico, al decir

del ex presidente de la APA, S. S. Shafstein (15). Pero dar concreción a este enfoque es una tarea compleja y obliga a no olvidar que tanto la psiquiatría como el psicoanálisis asientan sobre diversas tradiciones filosóficas que a veces están en tensión entre sí. El psicoanálisis tiene un método específico de exploración de los problemas psíquicos, pero sus hipótesis teóricas pertenecen en realidad a dos tradiciones diferentes, a saber, la de las ciencias de la naturaleza y las ciencias de la cultura. Freud intentó desarrollar una ciencia similar a las ciencias naturales a partir de un método interpretativo, que proviene de la tradición hermenéutica; por un lado necesita una comprensión idiográfica, esto es, referida a lo particular y único, pero para desarrollarse como disciplina le es necesario formular criterios e hipótesis de alcance general, lo cual lo aproxima a las ciencias nomotéticas. De hecho, el psicoanálisis (y también la psiquiatría) incluyen preguntas y problemas de distinta naturaleza y es preciso responderlos desde distintas aproximaciones y metodologías.

La discusión actual sobre el diagnóstico ha llevado a poner el acento en los aspectos metodológicos relacionados con la operacionalización de las definiciones. Este desafío ha sido aceptado tanto por el DSM-5 como por los nuevos sistemas diagnósticos psicoanalíticos. Operacionalizar significa definir los conceptos a partir de las operaciones y procedimientos que les dan origen, lo cual significa relacionar las formulaciones abstractas de una teoría a los términos observables en los que se apoya (16). El OPD-2, que asumió esta tarea en forma sistemática, debió hacer frente a las dificultades que plantea la irrenunciable subjetividad del entrevistador (p. ej., en conceptos como los de contratransferencia, etc.). Esto llevó al OPD-2 a poner especial cuidado en evaluar la validez y confiabilidad de los conceptos usados.

Una categoría diagnóstica posee validez si recoge características centrales del fenómeno. Es confiable o consistente si muestra que existe acuerdo entre evaluaciones realizadas por distintos clínicos (medido por el “acuerdo entre evaluadores”) o en distintos momentos (“confiabilidad test-retest”). Como test estadístico de confiabilidad suele utilizarse el índice kappa de Cohen. Para la mayoría de los trastornos, el DSM-IV logró un acuerdo entre investigadores de nivel aceptable o excelente, sobre todo cuando se utiliza la Entrevista Clínica Estructurada (SCID) aplicada a los trastornos del eje I. La confiabilidad test-retest no es tan buena en el caso de los trastornos de la personalidad. El desafío para los nuevos sistemas diagnósticos psicoanalíticos ha sido el de lograr índices kappa igualmente o incluso más satisfactorios que el DSM-IV, exigencia que el OPD-2 ha mostrado que puede cumplir.

Una cuestión importante que los nuevos sistemas diagnósticos debieron enfrentar tiene que ver con la naturaleza categorial o dimensional de los fenómenos en estudio. ¿Son salud y enfermedad dos categorías distintas o son variaciones de grado dentro de un mismo continuo? La misma pregunta vale para las diferencias entre trastornos, que pueden ser alternativamente considerados como pertenecientes a clases distintas o como valores dentro de espectros de naturaleza continua. Creo que una virtud de los nuevos sistemas diagnósticos es evitar la dicotomía entre lo categorial y lo dimensional y combinar ambas perspectivas, reabriendo la discusión desde una perspectiva más útil, a saber, sobre cuáles aspectos del diagnóstico se describen mejor desde una perspectiva categorial y cuáles desde una dimensional.

Un sistema diagnóstico debe poseer utilidad clínica, lo que significa que debe abarcar el conjunto de trastornos que se ven en la práctica, facilitar su reconocimiento y ser suficientemente amigable para que pueda ser utilizado por personas con el entrenamiento promedio. A la vez debe servir para la investigación científica, criterio afortunadamente compartido tanto el DSM-5 como el OPD-2 y el PDM. Hoy existe suficiente evidencia de que los cambios que produce no sólo la farmacoterapia sino también la psicoterapia pueden ponerse de manifiesto por medio de investigaciones estadísticas de proceso y resultados acordes con las exigencias de la Medicina Basada en Evidencias y que también son evidenciables por el estudio imagenológico de los cambios cerebrales (17, 18). Pero si bien estas investigaciones deben ser jerarquizadas, conviene no divorciarlos de la investigación clínica. Clínica e investigación deben informarse mutuamente, pues a veces la investigación destaca la significación estadística sin examinar suficientemente si la investigación posee significación clínica (19). Los juicios clínicos expresan las observaciones e inferencias que surgen de la experiencia clínica directa con una persona, mientras que la investigación estadística formula generalizaciones sobre la distribución de las variables y sus relaciones mutuas en una población dada (20). Clínica e investigación deben complementarse cuidando que una no ocupe el lugar que le corresponde a la otra.

### EL MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICA, 5ª VERSIÓN (DSM-5)

A comienzos de 2010, luego de un trabajo de cerca de 10 años que involucró a más de 500 especialistas de todo el mundo, agrupados en 13 Comités, la Asociación Psiquiátrica Americana dio difusión a los lineamientos que guiarán la nueva versión del DSM, el DSM-5 (esta

vez el número de la versión se escribe con números arábigos), cuya versión definitiva se anuncia para mayo del 2013. Esta revisión busca ajustar el DSM a los avances de la clínica y de la investigación, de modo que los diagnósticos sean más precisos, confiables y útiles para la práctica psiquiátrica.

Mientras que el DSM-IV se mantuvo dentro de los lineamientos generales del DSM-III, el DSM-5 apunta a una revisión mayor. Se propone unir los Ejes I, II y III en un único eje, aproximándose al sistema CIE, cuya nueva versión (CIE 11) está anunciada para 2014. También se está estudiando utilizar escalas comunes con el CIE para los ejes IV y V. Señalaré, sin la intención de ser exhaustivo, algunos de los cambios propuestos. En muchos casos el diagnóstico categorial se combinará con el dimensional, utilizando las dimensiones para describir fenómenos de distribución continua. Se incluye la evaluación dimensional de síntomas que atraviesan los distintos trastornos (cross cutting assessment) tales como la ansiedad, el humor depresivo, los trastornos del sueño, el consumo de sustancias, etc., pues se las considera útil no sólo para el diagnóstico sino también para el pronóstico, la planificación y la evaluación de los resultados del tratamiento. Con fines de prevención se incluyen formas premórbidas o iniciales de los trastornos, por ejemplo Síndrome de Riesgo de Psicosis. Se estudia la inclusión de la opinión del paciente sobre su calidad de vida y sobre la atención recibida recogida a través de un sistema computarizado (Patient Reported Outcomes Measurement System, PROMIS), utilizado también para enfermedades orgánicas. La definición de numerosos trastornos sufre algún tipo de modificación, más o menos importante, punto en el que no entraré aquí.

Estas propuestas están aún en fase de testeo empírico para saber si son aplicables a la práctica clínica. Pero aun cuando sean provisionales y estén abiertas a la discusión, resulta interesante cotejarlas con los nuevos sistemas diagnósticos psicoanalíticos. Me focalizaré en el diagnóstico de los TP, pues es uno de los campos que sufre mayores modificaciones en el DSM-5 y que se presta mejor para una comparación de los tres sistemas.

### LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (TP) EN EL DSM-IV: LIMITACIONES DEL EJE 2

El Eje 2 del DSM-IV venía siendo objeto, desde bastante tiempo atrás, de fuertes cuestionamientos por parte de clínicos y de investigadores que le objetaban la falta de validez de las categorías diagnósticas, la inestabilidad de los diagnósticos, la arbitrariedad de los umbrales y el alto grado de comorbilidad. Desarrollaré algunas de estas críticas siguiendo a Shelder y Westen (20), pág. 576:

- En el DSM-5 el diagnóstico de los TP se realiza combinando síntomas que son muy heterogéneos entre sí en su naturaleza e importancia.
- Los puntos de corte para decidir la inclusión o exclusión de un ítem son arbitrarios (por ejemplo: ¿cuán poca empatía es falta de empatía?).
- Las categorías diagnósticas en realidad se podrían evaluar como si fueran rasgos dimensionales (las personas pueden ser más o menos paranoides, narcisistas, evitativas, dependientes, etc.).
- El nivel de co-morbilidad de distintos TP es exageradamente alto (es habitual que haya 4 o más diagnósticos para la misma persona), lo cual pone en duda la validez discriminante del sistema.
- La mayoría de las personas (cerca del 60%) que califican para la categoría general de TP del DSM-IV no coincide con ninguna de las categorías diagnósticas específicas.
- En contrapartida, estas categorías agrupan pacientes que son demasiado heterogéneos entre sí en aspectos relevantes.
- Algunas categorías (por ej., TP paranoide) están en realidad basadas en la reiteración con diferentes palabras de un mismo rasgo (susplicia).
- La confiabilidad test-retest es baja, lo cual indica una falta grave de confiabilidad del método, puesto que se trata de diagnosticar trastornos que se supone tienden a persistir en el tiempo.

En el plano conceptual se ha señalado que la distinción entre Eje I y Eje II es arbitraria (21). Se señaló también la ausencia de una dimensión relevante: la evaluación del nivel de funcionamiento de la personalidad y en especial de sus recursos y su capacidad de resiliencia así como de sus vulnerabilidades. Esta carencia lleva a que el diagnóstico ofrezca escasa orientación para planear un enfoque terapéutico más global. El sistema DSM, en opinión de los responsables del DSM-5 (22) corría el riesgo de volverse irrelevante si no realizaba los cambios necesarios.

## LOS TP EN EL DSM-5

El comité sobre TP, presidido por A.E. Skodol, recomendó una reconceptualización profunda de la psicopatología de la personalidad. Los TP son definidos como fallas en el desarrollo del sentido de la identidad del *self* y de la capacidad para el funcionamiento interpersonal que serían adaptativos en el contexto de las normas y expectativas de la cultura del individuo.

Estas fallas se manifiestan como perturbaciones nucleares del funcionamiento de la personalidad y como

características extremas de al menos algún rasgo de la personalidad, que comienza en la adolescencia y que se mantiene a través del tiempo aunque cambien las circunstancias. Se conservan algunos de los tipos categoriales del DSM-IV que mostraron mayor validez y utilidad. En suma, los TP ya no se diagnostican sumando síntomas como en el DSM-IV sino combinando la evaluación en los dominios señalados, que pasaré a examinar.

### A) La estimación del nivel de funcionamiento de la personalidad

Esta estimación se hace teniendo en cuenta el funcionamiento de la personalidad (normal o patológica) en relación al *self* o sí mismo y en relación a los otros. Dado que estos criterios servirán de base para la comparación con el OPD-2 y el PDM, pasaré a detallarlos.

#### 1) *Funcionamiento en relación al self*

##### 1. i) Integración de la identidad:

Incluye: a) la regulación de los estados del *self*; b) la coherencia del sentido del tiempo y de la historia personal; c) la capacidad para experimentar la unidad del *self* y para identificar claramente los vínculos entre el *self* y los otros; y d) la capacidad para la autorreflexión.

##### 1. ii) Integridad del concepto del *self*

a) Regulación de la autoestima y del respeto por sí mismo; b) el sentimiento de constituir una agencia autónoma; c) la valoración o apreciación de sí mismo; y d) las cualidades de las representaciones del *self* (ej. complejidad, diferenciación e integración)

##### 1. iii) Capacidad del *self* para dirigirse a sí mismo ("*self directedness*").

a) Establecimiento de normas internas para la propia conducta y b) coherencia y significación de las metas a corto plazo de las metas vitales.

#### 2) *Funcionamiento en el dominio interpersonal*

##### 2. i) Empatía

Incluye: a) capacidad de mentalizar (o sea de crear un modelo adecuado de los pensamientos y emociones de otra persona); b) de apreciar las experiencias de otros; c) atención a la variedad de las opiniones de otros; d) comprensión de la causalidad social.

## 2. ii) Intimidad y cooperación

A saber: a) la profundidad y duración de la conexión con otros; b) la tolerancia y el deseo de cercanía; c) la reciprocidad en la consideración y apoyo y su reflejo en el comportamiento interpersonal y social.

## 2. iii) La complejidad e integración de las representaciones de los otros.

a) La cohesividad, complejidad e integración de las representaciones mentales de otros, y b) el uso de las representaciones de los otros para regular el *self*.

D. Bender (23) expone así el fundamento de la importancia que se les da a las fallas del funcionamiento del *self* y de las relaciones interpersonales: “la severidad generalizada es el más importante predictor aislado de la disfunción concurrente y prospectiva”, esto es, constituye el mejor indicador de la existencia de otras disfunciones de la personalidad en el presente y en el futuro (24). Resulta legítimo, por tanto, dar peso diagnóstico a la ubicación del individuo en un continuo de severidad de la disfunción, pues esta disfunción refleja características sustanciales del modo en que la persona se ha estructurado en sus relaciones internas y externas. Bender señala con claridad que este funcionamiento refleja la acción del temperamento, de los procesos del desarrollo y de los factores ambientales actuales. Cita al respecto los “modelos de trabajo interno” (*internal working models*), descritos por la teoría del apego de Bowlby, que describen estructuras psíquicas que regulan la forma en que la persona se relaciona consigo y con los otros y que son necesarias para la regulación emocional.

Como queda a la vista, muchas de estas consideraciones son compartibles por el psicoanálisis. La teoría del apego de Bowlby se relaciona no sólo con su obra psicoanalítica sino también con uno de los campos de investigación del desarrollo más fructíferos actualmente.

El nivel de perturbación de la personalidad se evalúa de acuerdo con una escala de 0 a 4, y para cada uno de estos cinco niveles se ofrece una descripción prototípica. Para dar una idea de ella tomaré como ejemplo el comienzo de la descripción del nivel 3 (perturbación seria):

*Self*: existe una incapacidad para pensar sobre la experiencia propia. Los estados del *self* están desregulados y pueden ocurrir sin que sean percibidos y/o ser experimentados como externos al *self*. La experiencia de una identidad única está virtualmente ausente, así como cualquier sentido de continuidad de la historia personal. Los límites con los otros están confundidos o faltan. El concepto del *self* es difuso...

**Interpersonal:** La capacidad para considerar y comprender la experiencia de los otros y sus motivaciones están significativamente perturbadas, y la atención hacia los otros está virtualmente ausente (la atención es hipervigilante, focalizada en atender las necesidades y evitar el daño). Las interacciones sociales pueden ser confusoras o desorientadoras. El deseo de pertenencia está limitado por la expectativa de daño. El compromiso con los otros es desapegado, desorganizado o consistentemente negativo...

## B) Los tipos principales de TP

El DSM-5 propone reducir el número de categorías o prototipos de trastornos principales a los siguientes: 1) Trastorno borderline (fronterizo o límite); 2) antisocial/ psicopático, 3) esquizotípico; 4) evitativo; 5) obsesivo-compulsivo. La reducción fue decidida en base a estudios que mostraron que estas cinco categorías eran las que poseían mayor validez y utilidad clínica.

La forma de describir los trastornos cambia también sustancialmente. No se ofrece una lista de síntomas sino un formato narrativo que combina aspectos nucleares que se expresan en el funcionamiento de la personalidad visto más arriba, con comportamientos y rasgos característicos, configurando prototipos que el clínico debe comparar con el paciente en estudio y decidir el grado de concordancia entre ambos.

Las categorías que quedan suprimidas (trastornos esquizoide, paranoide, histriónico, narcisista y dependiente) son sustituidas por una evaluación a través de la combinación de rasgos, sumada al funcionamiento de la personalidad en las áreas del *self* e interpersonal.

Para ilustrar la forma en la que son descritos los prototipos, transcribiré los primeros párrafos de la descripción de los trastornos borderline(25):

“Los individuos que entran en este trastorno de la personalidad tienen un concepto del *self* extremadamente frágil que es fácilmente alterado y fragmentado bajo estrés y resulta en la experiencia de la falta de identidad o sentimientos crónicos de vacío. Como resultado tienen una estructura del *self* empobrecida o inestable y dificultad para mantener relaciones íntimas duraderas. La autovaloración está a menudo asociada con la autodepreciación, desprecio por sí mismo, rabia, y desánimo. Los individuos con este trastorno experimentan impulsos rápidamente cambiantes, intensos, impredecibles y reactivos, y pueden sentirse extremadamente ansiosos o deprimidos. Pueden también enojarse o ponerse hostiles, y sentirse incomprendidos, destratados o victimizados...”



### C) Los rasgos de la personalidad

Se incluyen seis rasgos: 1) emocionalidad negativa; 2) introversión; 3) antagonismo; 4) desinhibición; 5) compulsividad y 6) esquizotipia. Cada uno de estos rasgos a su vez incluye entre 4 y 10 facetas de orden más bajo, lo que ofrece un total de 37 facetas para construir el perfil del paciente.

La propuesta sobre los rasgos se originó en el denominado “modelo de los 5 factores”, el cual fue modificado para incluir a la compulsividad y a la esquizotipia. Se espera que la descripción en base a rasgos permita eliminar la comorbilidad del DSM-IV, clarificar la heterogeneidad de las categorías, incrementar la estabilidad de los diagnósticos, reconocer la naturaleza continua de los fenómenos y mejorar la validez discriminante y convergente.

### MODO DE FORMULAR EL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico consignará:

- A) El nivel de funcionamiento de la personalidad en una escala que va de 0 (sin perturbación) a 4 (perturbación extrema)
- B) El grado de concordancia del caso con cada uno de los 5 prototipos de personalidad descritos (Trastorno borderline, antisocial/psicopático, esquizotípico, evitativo y obsesivo-compulsivo). El grado de concordancia con cada uno de ellos puede ir de 5 (muy bueno) a 1 (inexistente)
- C) Se consignan los rasgos de la personalidad que llegan a nivel 3 (extremadamente descriptivo) y 2 (moderadamente descriptivo).

En base a lo anterior se llega a la decisión de si el paciente cumple con los criterios para TP (sí / no).

Si tomamos, p. ej., para un paciente con un trastorno borderline, el diagnóstico se formularía señalando: Existe un TP; que posee una perturbación del funcionamiento del *self* e interpersonal de nivel (...); con un grado (...) de coincidencia con el prototipo borderline; y para el cual los rasgos (...) resultan ser extremada o moderadamente descriptivos.

### CONTROVERSIAS SOBRE LAS MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR EL DSM-5

Resulta útil revisar algunas opiniones críticas al DSM-5, pues ellas ponen a luz aspectos que merecen ser discutidos en la actual etapa de revisión del texto.

A. Frances, quien presidió el comité anterior de la APA que elaboró el DSM-IV (26) considera que el estado actual del conocimiento no justifica cambios de la magnitud propuesta. Considera que el DSM-5 exigirá a los psiquiatras un reaprendizaje trabajoso, el cual será utilizado por la industria farmacéutica para sus propios fines. Esto podría llevar a nuevas “epidemias” diagnósticas, como las que provocó el DSM-IV. Sobre su propia experiencia con el DSM-IV comenta: “Aunque muchos otros factores estuvieron ciertamente en juego, el súbito aumento en los diagnósticos de trastornos autistas, de déficit atencional con hiperactividad y de trastornos bipolares, puede en parte reflejar los cambios en las definiciones del DSM-IV (...). La psiquiatría no debe entrar en el negocio de fabricar inadvertidamente trastornos mentales”. Frances opina que con el loable propósito de favorecer la prevención, la introducción de categorías de riesgo podría incrementar la medicalización (y la medicación) de casos falsos positivos, efecto que también podría ser producido por la modificación de los umbrales diagnósticos de otros trastornos que surgen a partir de las nuevas definiciones (27). Respecto a la evaluación dimensional, en especial en los trastornos de la personalidad, si bien admite que su uso resulta más preciso que el de las actuales categorías borrosas, encuentra que las dimensiones propuestas son demasiado complejas, prematuras e insuficientemente testeadas como para que resulten aplicables en la práctica clínica.

Estas críticas fueron rechazadas por quienes encabezan los trabajos para el DSM-5, sosteniendo el valor práctico y la base en la evidencia de las nuevas propuestas (22, 28).

Desde el campo de la psicoterapia psicoanalítica y cognitivo-conductual también surgieron cuestionamientos. En un comentario editorial aparecido en el *American Journal of Psychiatry* firmado por conocidas figuras del campo de la psicoterapia, algunos de los cuales son co-autores del PDM, a saber: Jonathan Shedler, Aaron Beck, Peter Fonagy, Glen O. Gabbard, John Gunderson, Otto Kernberg, Robert Michels, y Drew Westen (29), se señalan algunos puntos de acuerdo y otros de franca discordancia con las propuestas del DSM-5. Los autores dan una bienvenida a la evaluación de la severidad de los trastornos, pues concuerdan en que un mismo trastorno del DSM-IV puede ir desde leves trastornos en las relaciones a una inhabilitación para la convivencia social (p. 1026). También están de acuerdo con las descripciones de los trastornos basadas en prototipos, pues consideran que las decisiones sobre la pertenencia a una categoría diagnóstica se basan en realidad en la percepción del ajuste de un caso indivi-

dual a un determinado prototipo que el clínico tiene en mente (p. 1026)(30, 31). Sin embargo no concuerdan en modo alguno en reducir los prototipos o categorías diagnósticas a cinco, en base al argumento de que las otras categorías no poseen suficiente evidencia surgida de investigaciones a su favor. Consideran que ausencia de evidencia no equivale a evidencia de ausencia y que sería un error excluir síndromes ampliamente confirmados en la práctica, pues esto introduciría una cuña entre la realidad clínica y los diagnósticos sancionados como válidos, por lo que instan a ampliar el sistema de prototipos de modo de no excluir síndromes que no son raros en la población y que están desde hace mucho identificados empíricamente (p. 1027). Igualmente críticos se manifiestan respecto a la inclusión de rasgos. Consideran que su definición proviene más de la psicología académica que de la clínica y que introducen una heterogeneidad en los criterios diagnósticos que complica inútilmente la práctica clínica y que difícilmente será incorporada por los psiquiatras clínicos, ya renuentes hoy a completar el diagnóstico del eje II. Por eso creen que dichos cambios tendrán un efecto contrario al esperado y no harán avanzar el diagnóstico de la personalidad en la práctica de todos los días (p. 1028).

P. Luyten y S. Blatt (32) consideran que muchos de los supuestos sobre la naturaleza categorial de los trastornos mentales subyacentes al DSM-III y al DSM-IV no fueron confirmados por la investigación. Creen, en cambio, que la nueva aproximación dimensional nos coloca al borde de una nueva era en el diagnóstico psiquiátrico, que traerá cambios radicales en la conceptualización, clasificación y tratamiento de los trastornos mentales. Pero para que esta promesa se cumpla es necesaria una mayor integración de los modelos psicopatológicos guiados por la teoría con los modelos derivados de estudios empíricos. Opinan que el tipo de enfoque más útil para los clínicos será el que integre las interacciones entre los procesos psicosociales y neurobiológicos que están presentes en el desarrollo de la personalidad y en la psicopatología.

Estas controversias sugieren algunos comentarios. Merece ser destacada la concordancia existente sobre la utilidad de la evaluación dimensional de la severidad de los trastornos, que será la dimensión en la que me apoyaré para la comparación con el OPD-2 y con el PDM. La crítica a la disminución del número de trastornos parece bien fundamentada. En realidad, la experiencia clínica lleva más a ampliar los prototipos y a señalar subtipos dentro de ellos, que a disminuirlos. El alcance de la crítica al uso de rasgos es más difícil de evaluar. Resulta evidente que 37 facetas son excesivas e impracticables, introduciendo una heterogeneidad

de criterios diagnósticos que resultará problemática. Sin embargo, no me parece que la observación clínica no incluya habitualmente el prestar atención a ciertos rasgos. Algunos de los incluidos en el DSM-5, como ser la emocionalidad negativa, la desinhibición, etc., son características que habitualmente están incluidas en la mirada diagnóstica. Probablemente las experiencias de campo del nuevo sistema puedan llevar a formulaciones más afortunadas.

## NUEVOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS PSICOANALÍTICOS: OPD-2 Y PDM

Como señala R. Wallerstein (33), Freud no estaba primariamente interesado en desarrollar un sistema diagnóstico –aunque realizó numerosas e importantes contribuciones en ese sentido–, sino en describir configuraciones psicopatológicas que sirvieran de apoyo para el tratamiento psicoanalítico. En esas épocas existían escasas alternativas terapéuticas, pero a medida que se desarrollaron nuevos recursos terapéuticos y el psicoanálisis mismo dio origen a diversos enfoques psicoterapéuticos (grupo, familia, pareja, diversas formas de psicoterapia dinámica, etc.) se hizo sentir la necesidad de una aproximación diagnóstica más amplia para poder indagar cuál forma de tratamiento resultaba más beneficiosa para qué tipo de paciente. Se comprobó que la psicoterapia era requerida también por personas cuyos problemas desbordaban los cuadros clásicos. Al mismo tiempo el propio desarrollo interno del psicoanálisis hizo necesario identificar no sólo los cuadros que podían interpretarse como el efecto de conflictos inconscientes, sino también los efectos de fallas o déficits a nivel de la estructuración y funcionamiento de la personalidad, cuyos efectos se intrincaban con los de los conflictos. Las descripciones clínicas tradicionales resultaron para muchos insuficientes e insuficientemente operacionalizadas, lo que hizo surgir la necesidad de nuevos enfoques. En los últimos años surgieron dos propuestas de sistemas diagnósticos operacionalizados que buscan hacer frente a estas necesidades. La primera de ellas surgió en Alemania (OPD-2) y la segunda en Estados Unidos (PDM). Aunque tienen una creciente difusión en muchos países, algunos de ellos de nuestra región, estas propuestas aún no han tenido suficiente divulgación en Uruguay, por lo que resulta útil su presentación aquí.

La operacionalización de los conceptos psicoanalíticos no es fácil y es aún resistida por muchos psicoanalistas que creen que pueden llevar a la desnaturalización de dichos conceptos. El OPD-2 resume claramente las decisiones que fue necesario tomar, y los

costos y beneficios de esta operación. En primer lugar se debe encontrar un “mínimo común múltiple” entre las variadas acepciones que un mismo término posee para diferentes escuelas psicoanalíticas. En segundo lugar es necesario buscar formas de operacionalización que sean a la vez firmes en cuanto a la traducción de los conceptos psicoanalíticos a términos con base fenomenológica, pero sin pretender desconocer su filiación y el marco conceptual en el que se originaron. Para dar un ejemplo sencillo, la expresión “reproches del superyó” es sustituida en el OPD-2 por “sentimientos de culpa”, lo cual se sitúa más cerca de la experiencia clínica. El grado en que estas soluciones de compromiso son exitosas debe ser evaluado en función de un doble requisito cuyo punto medio no es siempre fácil de lograr: por un lado la traducción operacionalizada debe conservar el mayor grado de riqueza del original y, por otro, a nivel metodológico, debe alcanzar un nivel aceptable de validez y confiabilidad cuando se la pone a prueba empíricamente.

El modelo implícito del OPD-2 y del PDM sigue siendo biopsicosocial y es bidireccional, dado que se postula una compleja multifactorialidad entre los fenómenos de nivel somático y psicosocial. Se parte del carácter dimensional y continuo de los fenómenos en estudio, pero no por ello se niega la existencia de diversos umbrales, los cuales marcan transiciones clínicamente significativas entre diferentes trastornos o entre situaciones de salud y enfermedad. Las explicaciones de tipo causal y las hermenéutico-comprensivas son consideradas ambas válidas, siempre que se especifique el tipo de problema para el que se recurre a ellas, se respete su margen de validez y no se pretenda ensamblarlas en un conocimiento unificador a priori sobre el ser humano.

## MANUAL DE PSICODIAGNÓSTICO OPERACIONALIZADO (OPD-2)

El OPD-2 (Operationalized Psychodiagnostic Manual, versión 2) surgió como resultado del trabajo en el que participaron numerosos psicoanalistas, psicoterapeutas y psiquiatras alemanes. La primera versión (OPD-1) vio la luz en 1996, y en el 2006 apareció la segunda versión (OPD-2), con Manfred Cierpka como figura de referencia. Existe una adaptación para niños y adolescentes no incluida en el manual para adultos y que no será considerada aquí. La traducción al español se realizó bajo la responsabilidad de Guillermo de la Parra (2008).

El OPD-2 constituye un sistema diagnóstico multiaxial, complementario al sistema CIE. La segunda versión difiere de la primera en que profundizó la in-

terrelación entre los 5 ejes diagnósticos que lo componen, jerarquizó la evaluación de los recursos naturales del paciente para el cambio y mejoró la identificación del foco terapéutico desde una perspectiva dinámica, pero que busca ser también útil para otros enfoques psicoterapéuticos. Como señalé más arriba, el nivel de confiabilidad de los distintos diagnósticos, evaluado de acuerdo al índice kappa de Cohen, es entre bueno y excelente, y resulta comparable a la alcanzada por el DSM. El manual contiene también referencias a estudios sobre la validez de los constructos y un resumen de los puntos abiertos a futuras investigaciones. Si bien el Manual puede ser usado con beneficio por los lectores como una orientación para la tarea clínica, el entrenamiento recomendado incluye un curso básico y dos complementarios de veinte horas cada uno.

Expondré a continuación los cinco ejes diagnósticos que, como dije, buscan aprehender los aspectos cardinales del paciente de modo que sirvan para el tratamiento psicoterapéutico.

### EJE I: VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD Y PRERREQUISITOS PARA EL TRATAMIENTO

El eje 1 del OPD-2 busca poner de manifiesto la perspectiva del paciente sobre su sufrimiento y sus expectativas de ayuda, jerarquizando la relación entre los factores estresantes y los recursos de la personalidad.

Este eje incluye:

- La gravedad y evolución del padecimiento y la evaluación del funcionamiento global
- El concepto y la vivencia subjetiva que el paciente tiene de su enfermedad y la presentación de los síntomas y problemas sociales
- El concepto de cambio, el tratamiento deseado a nivel somático, psicoterapéutico y social
- Los recursos personales para el cambio y la capacidad de mentalización
- El apoyo psicosocial para el cambio
- Los obstáculos internos y externos para el cambio, la ganancia secundaria de la enfermedad y otras condiciones que pueden mantener el problema

Estos ítems permiten al entrevistador establecer la relación inicial con el paciente, ubicándose en el punto en que el paciente está en cuanto a la comprensión de sus problemas y valorando los factores favorables o desfavorables para el trabajo futuro. Hace uso de nociones procedentes de distintos campos (p. ej., coping, resiliencia, etc.) a las que busca integrar desde una perspectiva dinámica.

## EJE II: RELACIÓN

La relación transferencial-contratransferencial juega un aspecto central en la teoría psicoanalítica, perspectiva que es compartida por el OPD-2. Pero no pretende evaluarla como tal en las entrevistas diagnósticas, sino más bien estudiarla a través de las dinámicas relacionales que se objetivan en la relación y que pueden ser cotejadas con las que surgen del relato del paciente. En consecuencia, importa la identificación de patrones relacionales disfuncionales que combinan lo que el paciente percibe en sí mismo con lo que otros (incluido el entrevistador) perciben en el encuentro con él. Los patrones relacionales son disfuncionales cuando generan pautas de relación fijas que no tienen en cuenta las características de los otros, generando malestar y sufrimiento en uno mismo y/o en los demás. En la relación transferencial con el entrevistador se re-esencifican estos patrones (“enactment”, (34)). Los patrones relacionales son vistos como formaciones psicosociales de compromiso, que surgen de deseos y temores conscientes o inconscientes que se ponen en juego en la relación con los otros y que en los pasos siguientes del proceso diagnóstico serán relacionadas con los conflictos (Eje 3) y/o con las fallas en la estructura psíquica (Eje 4).

Para describir los roles que el paciente y los otros cumplen en estas re-esencificaciones el OPD-2 recurre al modelo circunflejo (Benjamin, 1979) tomando en cuenta posiciones o modos de conducta respecto a una serie de dimensiones. Las dinámicas relacionales que se pueden construir en base a ellos son analizadas desde cuatro perspectivas, a saber:

- el modo en que el paciente se vivencia a sí mismo
- el modo en que vivencia a los otros
- cómo los otros lo vivencian a él
- cómo los otros se vivencian a sí mismos en sus relaciones con el paciente.

## EJE III: CONFLICTO

La noción de conflicto es central en psicoanálisis. Para operacionalizarla el OPD-2 recurrió a la concepción tradicional de choque entre representaciones inconscientes que responden a distintos grupos motivacionales y que quedan fijados en una contraposición que produce sufrimiento, síntomas y empobrecimiento psíquico. Puede verse que los conflictos están en relación con los patrones disfuncionales que se describen en el Eje II, que también dan expresión a las “representaciones generalizadas de la interacción” de las que habla Stern (1985).

En la medida que los conflictos ponen en juego sistemas motivacionales (o pulsiones, para decirlo en términos de la metapsicología psicoanalítica), se expresan tanto a nivel de las representaciones psíquicas como en la vida afectiva. Las emociones son mecanismos de regulación biopsicosocial, que involucran la mente y el cuerpo y que tienen una función evolutiva, convirtiéndose en señales dirigidas a los otros (alegría, temor, rabia), orientando la actitud hacia el mundo (curiosidad, asco) o cumpliendo funciones de protección (sorpresa, temor). No sólo importan las emociones discretas o darwinianas (alegría, tristeza, rabia, temor) sino también lo que Damasio (2003) denomina “emociones de base o de fondo”, ligadas al estado de ánimo y que se manifiestan más a nivel de todo el cuerpo que facial. Los estados emocionales más profundos se muestran relacionados con los sistemas motivacionales básicos de naturaleza neurobiológica y que se sitúan en ese límite entre lo físico y lo mental donde Freud colocaba la pulsión. Los patrones conflictivos disfuncionales surgen de las disonancias que se producen a lo largo del desarrollo entre las demandas pulsionales, las formas contradictorias de manejar los deseos y las experiencias intersubjetivas. Para que los conflictos puedan adquirir estabilidad y puedan ser elaborados necesitan apoyarse en ciertas características estructurales de la personalidad, que serán examinadas en el eje de la estructura.

Para su operacionalización el OPD-2 tomó en cuenta 7 patrones conflictivos básicos, para los cuales existen afectos-guía que facilitan su identificación):

1. Conflicto de Individuación vs. Dependencia (afecto guía: angustia ante la pérdida o fusión con el objeto)
2. Sumisión vs. Control (incomodidad y rabia en las relaciones de poder)
3. Deseo de protección vs. Autosuficiencia, autarquía (tristeza y depresión o reacciones defensivas ante la amenaza de pérdida de amor del objeto)
4. Autovaloración (vergüenza o admiración exageradas cuando está en juego el engrandecimiento del *self* o del objeto)
5. Conflicto de culpa (sentimientos de culpa, a veces percibidos en forma contratransferencial)
6. Conflicto edípico (timidez o erotización y rivalidad cuando está en juego la sexualidad)
7. Conflicto de identidad (identidad vs. disonancia) (bienestar con la propia identidad, sea general o en áreas específicas: cuerpo, valores, familia, grupos de pertenencia, etc.)

El diagnóstico del OPD-2 busca evaluar cada uno de estos conflictos (en cuatro niveles, de ausente a muy significativo), evaluando la situación dilemática en que colocan al paciente y lo que dificulta su superación. Por ejemplo, propone el siguiente ejemplo para describir la forma en que el conflicto entre individuación y dependencia puede volverse fuente de sufrimiento y a la vez perpetuarse: "Si me entrego a alguien, tarde o temprano me defraudará o sufriré cuando ocurra una separación; por lo tanto debo evitar las relaciones muy próximas que puedan generarme dependencia, aunque las necesito". A través de este tipo de formulaciones el OPD-2 busca identificar las configuraciones que tienen más peso en la vida y en las relaciones del sujeto, de modo que puedan orientar el trabajo psicoterapéutico.

#### EJE IV: ESTRUCTURA

Mientras los conflictos constituyen los argumentos de las piezas teatrales o dramatizaciones que la persona representa en forma repetitiva a lo largo de su vida, la noción de estructura, en cambio, hace referencia a los bastidores o al escenario que es necesario para que estos dramas puedan ser representados. El concepto de estructura no es nuevo en psicoanálisis (el segundo modelo propuesto por Freud, el del Yo-Ello-Superyó, fue precisamente denominado modelo estructural), pero cobró mayor importancia a medida que la psicopatología psicoanalítica prestó atención a los déficits existentes a nivel de la personalidad.

Para su operacionalización, la estructura psíquica es considerada como el conjunto de disposiciones que sostiene la organización de las experiencias subjetivas e interpersonales y que permiten las regulaciones y adaptaciones necesarias para hacer frente a las diversas situaciones de la vida. Estas disposiciones no pueden ser directamente observadas sino que son inferidas como el sustrato que subyace a distintos procesos que sí pueden ser observados. Distintos autores formularon diferentes modelos de los factores estructurales, poniendo el acento en diversos aspectos del funcionamiento psíquico: las funciones del yo, del *self*, de las relaciones objetales, la relación con el lenguaje y lo simbólico, los mecanismos de defensa, etc. O. Kernberg (1970) buscó sintetizar varios de estos aportes y establecer distintos niveles de integración de estas funciones estructurales, camino que el OPD-2 retoma.

La descripción de este manual se basa en la descripción del *self* en relación con los objetos, tomando en cuenta cuatro funciones básicas:

1. Percepción del *self* y de los objetos (capacidad de percibirse en forma reflexiva y de percibir a los otros en forma total y realista)
2. Regulación y manejo del *self* (impulsos, emociones y autoestima) y de la relación con el otro.
3. Comunicación emocional interna (a través de afectos y fantasías) y con los otros
4. Capacidad de vínculo con objetos internos (vínculos positivos, variados y triangulares) y con objetos externos (dar y recibir apoyo, vincularse y separarse)

En base al funcionamiento de estas dimensiones se configuran cuatro niveles de integración estructural (1. Nivel alto; 2. Nivel medio; 3. Nivel bajo y 4. Nivel de estructura desintegrada). Para poner un ejemplo, podemos retomar el que figura al hablar de conflicto. Para que el paciente pueda vivir en forma estable y clara su conflicto entre entregarse y depender o mantenerse aislado, es necesario que exista un espacio intrapsíquico con objetos internos diferenciados; a medida que las funciones estructurales disminuyen hacia un nivel de estructura menor (medio), el conflicto se vuelve más destructivo, la imagen del *self* y la autoestima más difíciles de regular y predominan las relaciones diádicas con objetos más pobres y menos diferenciados. Vemos entonces que los conflictos van perdiendo organización y estabilidad, y pequeñas sobrecargas de tensión psíquica dan lugar a manifestaciones conflictivas polimorfas y cambiantes. Cuando llegamos a un nivel bajo de integración, los conflictos son vividos más como interpersonales que como intrapsíquicos, disminuye la capacidad reflexiva, predomina la difusión de la identidad, los actings por intolerancia a la frustración y las angustias de destrucción del *self*. Por último, en un nivel desintegrado, las imágenes del *self* y del objeto aparecen confundidas, con angustia por la pérdida del *self*. Las cosas pasan, con escasa sensación de responsabilidad por los propios actos. Predominan organizaciones pospsicóticas, postraumáticas y perversas, que permiten entrever la falta de coherencia del *self* y la emocionalidad desbordante. Podemos concluir que el eje estructura del OPD-2 incluye aspectos procedimentales (función reflexiva, por ejemplo) con otros que implican regulaciones psicofisiológicas (impulsos, afecto) y fenómenos vinculares, como el apego. Incluye también fallas en la vida fantasmática similares a las descritas por P. Marty, cuyo estudio fue ampliado por A. Green. No puede dudarse que estos fenómenos constituyan parte del basamento de nuestra vida psíquica, y que sean de naturaleza compleja y determinación multifactorial.



## EJE V: TRASTORNOS PSÍQUICOS Y PSICOSOMÁTICOS

Para el diagnóstico sindromático-descriptivo el OPD2 recurre al CIE-10.

### RELACIÓN ENTRE LOS EJES

La forma en la que se describe la interrelación entre los ejes constituye una de las características más interesantes del OPD-2. No pretende establecer relaciones etiológicas o de causalidad, sino combinar los distintos ejes en función de modo que sea útil para visualizar aspectos que deberán ser explorados y profundizados en la psicoterapia.

El Eje I alerta sobre el sufrimiento del paciente, cuyo comportamiento en la entrevista y el relato de sus vínculos se pone de manifiesto en el Eje II. Éste pone de manifiesto las dificultades actuales de relación. A partir de esto se inicia el intento de comprender sus dificultades subyacentes en dos direcciones. En primer lugar se explora en qué medida los problemas del paciente son consecuencia de sus conflictos inconscientes en el marco de un funcionamiento estable de sus funciones psíquicas básicas (Eje III). Estos conflictos nos muestran los precipitados de las situaciones del desarrollo que no pudieron ser superadas y que se repiten actualmente. Al mismo tiempo se investiga la posibilidad de fallas estructurales en estas funciones (capacidad de mentalización, regulación de la afectividad, comunicación con objetos internos y externos, y vínculos de apego) y se busca determinar la severidad de estas fallas (Eje IV). Esto nos alerta sobre los recursos disponibles para un cambio. Cuando estas dificultades son marcadas los conflictos, como dije, serán múltiples y variables y los patrones relacionales del Eje II también serán inconsistentes y frágiles y los dramas del paciente aparecen desestabilizados por las carencias de la estructura que los sostiene, la cual debe entonces colocarse como foco del tratamiento. El paso siguiente es volver a reconsiderar los ejes en sentido inverso, yendo ahora desde la profundidad hacia la superficie, o sea, de la estructura al conflicto, a las relaciones, y, por último, al Eje I y al eje V, sindromático, para, entonces, en posesión de estas distintas perspectivas establecer con el paciente el tipo de ayuda que lo puede beneficiar. La actitud activa o pasiva del paciente frente a su dolencia, esto es, el buscar resolver activamente los problemas o el privilegiar la ayuda externa, constituye un factor que atraviesa los distintos ejes y que debe ser tenido en cuenta por el terapeuta (pp. 168 y ss).

## ENTREVISTA

La actitud del entrevistador en una entrevista psicoanalítica se caracteriza por una tensión entre dos polos. Por un lado, el analista aspira a una escucha receptiva, de modo de lograr que el campo se configure en la mayor medida posible por las variables que dependen del entrevistado, como pedía Bleger (8). Pero al mismo tiempo necesita explorar activamente los problemas nucleares para determinar las necesidades terapéuticas. No siempre es fácil combinar estos dos fines y no han faltado posiciones unilaterales a favor de uno u otro de ellos. El arte clínico psicoanalítico consiste en equilibrar ambos polos en función de las distintas exigencias de la entrevista.

Las ideas sobre las metas de la entrevista fueron también variando. En la época de Freud importaba especialmente decidir la analizabilidad del paciente, para lo cual Freud confiaba más en un breve análisis de prueba que en entrevistas diagnósticas (Freud, 1925 [1923]). A medida que se hicieron más claros los límites de la analizabilidad y surgieron nuevas alternativas terapéuticas, la entrevista se convirtió en un instrumento para evaluar las necesidades del paciente, los recursos que mejor pueden beneficiarlo y para establecer con él un acuerdo entre sus necesidades y su disposición a tratarse.

El OPD-2 detalla los aspectos históricos que acabo de resumir sucintamente, y considera a la suya como la cuarta generación de concepciones psicoanalíticas sobre la entrevista diagnóstica y como un intento de síntesis de las propuestas anteriores. Propone una actitud básica del entrevistador que permita la reactivación de relaciones objetales tempranas en la relación transferencial. Pero esta postura receptiva y no estructurada debe alternar, como en el modelo de Kernberg, con secuencias exploratorias y estructuradas. La indagación de la relación (Eje 2) y del conflicto (Eje 3) requiere una actitud más libre e interpretativa, mientras la exploración de la vivencia de la enfermedad y el diagnóstico sindromático necesitan una postura más activamente exploratoria. El diagnóstico de la estructura requiere una combinación de ambas.

Se trata por tanto de un proceso de entrevista multimodal, acorde con el enfoque multiaxial. Se inicia al modo de una conversación abierta en la que el paciente puede desplegar libremente sus "escenificaciones" (verbales y no verbales) y su oferta relacional. Similar receptividad es útil para explorar aspectos del conflicto ligados a sus significados inconscientes. Pero a medida que interesa poner de manifiesto la estructura psíquica pasan a ocupar el primer lugar aspectos

formales que sirven como indicadores de las capacidades o limitaciones del paciente para percibirse a sí mismo y a los demás, para regular las situaciones que lo desbordan, para fantasear, para comunicarse o para crear nuevos vínculos, incluido con el entrevistador. O sea, para disponer de sus funciones estructurales. La técnica de entrevista propuesta incorpora distintos recursos, incluyendo, en distintos momentos, preguntas, confrontaciones o señalamientos e incluso interpretaciones de prueba con fines diagnósticos, siempre que no movilicen inadecuadamente al paciente. El tiempo necesario para la entrevista difícilmente es menor a la hora y media y puede exigir dos o tres horas, repartidas en varios encuentros.

## FOCO

El OPD-2 entiende por foco “aquellos aspectos problemáticos que producen o mantienen el trastorno y sobre los cuales debe construirse el trabajo terapéutico” (pág. 377). En el foco se ponen de manifiesto las estrategias que le permiten al paciente sobreponerse a sus conflictos en el marco de sus posibilidades estructurales, de lo que se desprende que los objetivos terapéuticos deben incluir el lograr modificaciones a nivel de lo que se ha definido como foco. Es posible trabajar con varios focos, por lo común no más de cinco.

Cada uno de los ejes diagnósticos contribuye a la formulación de los focos. Un mismo motivo de consulta inicial puede dar origen a diferentes focos de trabajo terapéutico de acuerdo con lo que surge del examen de los diversos ejes. Así, p. ej., un paciente puede consultar por dificultades relacionales que se expresan en actitudes controladoras relacionadas con necesidades insatisfechas de afecto y de cuidados. Pero estas dificultades pueden corresponder en realidad a diferentes cuadros clínicos, los cuales se ponen de manifiesto al analizar los ejes del conflicto y de la estructura. Por ejemplo, en un caso dado, puede encontrarse que ese patrón disfuncional corresponde a un conflicto central de autoestima relacionado con conflictos edípicos y de culpa, sin que estén afectadas de forma notoria las funciones estructurales de la personalidad. En otro caso, en cambio, las mismas dificultades relacionales no se acompañan de patrones conflictivos estables, sino que lo que ocupa el primer plano son las perturbaciones estructurales, como, por ejemplo, dificultades para la regulación afectiva, la percepción de sí mismo y de los otros y las dificultades de apego. La orientación del trabajo terapéutico y la reformulación del motivo de consulta se establecerán, por lo tanto, de acuerdo con focos formulados en función de estas perturbaciones.

El OPD-2 ofrece además una serie de instrumentos complementarios para la evaluación del cambio terapéutico, que son valiosos para la investigación del proceso y los resultados de la psicoterapia.

## FORMA DE PRESENTAR EL DIAGNÓSTICO

La hoja de registro del diagnóstico comprende la evaluación en los 5 ejes diagnósticos.

El Eje I contiene diversas dimensiones, cada una de las cuales es evaluada de 0 (ausente) a 4 (muy alto). Las dimensiones principales son las que tienen que ver con la evaluación objetiva de la enfermedad o problema durante la última semana; la vivencia subjetiva del paciente sobre su enfermedad o problema, el concepto que se hizo y la forma de presentación; el modelo que tiene del cambio al que aspira y los recursos y obstáculos para el cambio.

El Eje II (relación) se evalúa indicando una serie de características que conducen a una formulación dinámica relacional en forma de secuencia de reacciones consecutivas. Para aclarar este punto transcribiré un ejemplo del manual (pág. 358 y ss). En primer lugar se indica la forma en la que el paciente vivencia a los otros (Ej.: la paciente vivencia a los otros como demandantes y teme fracasar y ser humillada). Como segundo paso se señala cómo reacciona la paciente ante esa vivencia (busca adaptarse y esforzarse por los demás). Tercero, se consigna el tipo de oferta relacional (inconsciente) que implica esta reacción de la paciente (para los otros, en contraste con lo que ella cree percibir, es ella la que es vivida como exigente, demandante y crítica). Cuarto, se describe el tipo de respuesta inconsciente que ella provoca en los otros (los otros buscan protegerse y o la cuidan o la ofenden). El último eslabón es la forma en que la paciente responde a esta cadena de reacciones (cada una de estas dos reacciones son vivenciadas como señal de un rechazo y de que ha fracasado).

Los ejes III (conflicto) y IV (estructura) son puntuados de 0 a 4 en cada uno de los ítems mencionados más arriba. El Eje V se evalúa de acuerdo al CIE-10.

## MANUAL DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO (PDM)

El Manual de Diagnóstico Psicodinámico o PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual) fue desarrollado en Estados Unidos como un sistema diagnóstico psicoanalítico para niños, adolescentes y adultos, complementario al DSM-IV. Pone el acento en los aspectos diferenciales de cada paciente, buscando comprender el modo en que cada uno experimenta sus trastornos y la organización de su personalidad. Apunta por tanto

a lograr una formulación más individualizada y amplia del funcionamiento psíquico. Aunque busca ser especialmente útil para la psicoterapia dinámica, intenta tener un alcance más amplio. La sección para niños y adolescentes ocupa buena parte del manual y contiene una destacable riqueza de observaciones de utilidad clínica.

El PDM fue publicado en 2006 como fruto del esfuerzo colaborativo de la Asociación Psicoanalítica Americana; la Asociación Psicoanalítica Internacional; la División de Psicoanálisis (39) de la Asociación Psicológica Americana; la Academia Americana de Psicoanálisis y Psiquiatría Dinámica y del Comité Nacional de Psicoanálisis en Trabajo Social Clínico. El grupo de trabajo fue presidido por Stanley I. Greenspan, e incluyó a Eve Caligor, Peter Fonagy, Leon Hoffman, Otto and Paulina Kernberg, Nancy McWilliams, Joseph Palombo, Howard Shevrin, Drew Westen y Robert Wallerstein, entre otros.

El PDM distingue 3 ejes:

#### A. El eje P: trastornos y patrones de la personalidad

El tipo de trastornos incluidos en el eje P tienen puntos de contacto con los tipos de trastornos incluidos en el DSM-5 pero también existen diferencias significativas. En forma similar al DSM-5, estos trastornos no son presentados como listas de síntomas sino como descripciones clínicas configurando un prototipo, pero agrega en cada uno el diagnóstico de las pautas constitucionales y de maduración que lo determinan; las tensiones y preocupaciones centrales del paciente; los afectos principales; las creencias patogénicas centrales acerca del *self* y del otro y los subtipos principales del trastorno.

En forma opuesta al DSM-5, el PDM no reduce el número de trastornos sino que los aumenta y reformula. En relación con los que estaban incluidos en el DSM-IV, elimina el Trastorno esquizotípico y conceptualiza de manera diferente los fenómenos borderline, los que no son considerados un tipo de trastorno sino una forma de organización de la personalidad, como diré más adelante. Agrega además los siguientes trastornos: Trastorno de la personalidad sádico y sadomasoquista; masoquista; depresivo; por somatizaciones; y disociativo. Introduce al mismo tiempo subtipos dentro de varios de estos trastornos, p. ej., en el Trastorno depresivo distingue los subtipos introyectivo, el anaclítico (según la clasificación de S. Blatt) y las manifestaciones opuestas de tipo hipomaniaco.

En todos los casos el Eje P presta especial atención al nivel de severidad del trastorno, lo que se relaciona con la forma de organización de la personalidad. En

base a criterios que surgen, entre otros autores, de la obra de Kernberg y Clarkin y de Greenspan, distingue el nivel de la personalidad saludable, en la que no existe trastorno de la personalidad; de los TP de nivel neurótico y los TP de nivel borderline. En estos últimos existe una organización borderline de la personalidad que, a diferencia del DSM-IV y DSM-5, no es vista como un TP específico, sino como un nivel moderado o severo de disfuncionalidad en la organización patológica de la personalidad, que puede darse en todos los TP. En cuanto a la existencia de un nivel psicótico de organización de la personalidad, el PDM, tomando en cuenta distinto tipo de consideraciones, considera que es un punto que conviene dejar abierto a futuras investigaciones.

#### B. El eje M (funcionamiento mental)

Este eje tiene especial interés para el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis en especial para la comparación con el OPD-2 y con el DSM-5. Ofrece un perfil de funcionamiento mental que abarca nueve dimensiones:

1. Capacidad para la regulación, atención y aprendizaje
2. Capacidad para relaciones (incluyendo profundidad, amplitud y consistencia)
3. Calidad de la experiencia interna (nivel de confianza y autoestima)
4. Experiencia afectiva, expresión y comunicación
5. Patrones y capacidades defensivas
6. Capacidad para formar representaciones internas
7. Capacidad para la diferenciación e integración (versus desintegración o fragmentación)
8. Capacidad de autoobservación (mentalización)
9. Capacidad para construir y usar estándares internos e ideales. Sentido de moralidad.

Más abajo compararé este eje del PDM con la evaluación de la funcionalidad de la personalidad en el DSM-5 y con las categorías del OPD-2.

#### C. El eje S: experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos.

Este eje tiene puntos de contacto con el eje I del OPD-2, pero está organizado en forma diferente, presentando la vivencia de la enfermedad en función de los diferentes trastornos.

Al igual que el OPD-2, el PDM indica numerosos instrumentos complementarios de evaluación que complementan la evaluación clínica y son útiles para la investigación.

## FORMA DEL PDM DE PRESENTAR EL DIAGNÓSTICO

En el eje P (Patrones de personalidad) se especifica el nivel normal, neurótico o borderline de la organización de la personalidad y el tipo de trastorno en función de las descripciones propias de cada trastorno.

Con el eje S (pautas sintomáticas) se describe la forma particular en la que el paciente vive su situación.

El Eje de funcionamiento mental (M) requiere una evaluación más compleja. En primer lugar pide una breve descripción de 9 dimensiones contenidas en este eje (ver estas dimensiones en la Tabla 3, más abajo).

A continuación se presenta un resumen del funcionamiento mental que, en base a una breve descripción de los hechos clínicos más salientes, especifica el nivel de funcionamiento en base a los siguientes ocho niveles, a saber:

1. Capacidades mentales óptimas, apropiadas a la edad, con grado de flexibilidad y conservación adecuado a la fase
2. Capacidades mentales razonablemente apropiadas para la edad, con grado de flexibilidad y conservación adecuado a la fase
3. Capacidades mentales apropiadas para la edad con conflictos específicos para esa fase o para desafíos transitorios del desarrollo
4. Restricciones leves y falta de flexibilidad: a) encapsulada en el carácter; b) encapsulada en los síntomas
5. Restricciones y alteraciones moderadas en el funcionamiento mental
6. Restricciones y alteraciones mayores en el funcionamiento mental
7. Defectos en la integración y alteración de las representaciones del *self* y de los objetos,
8. Defectos mayores en las funciones mentales básicas

## COMPARACIÓN ENTRE EL DSM-5, EL OPD-2 Y EL PDM RESPECTO A LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Con las limitaciones del caso, pues se trata de sistemas diagnósticos aún en etapa de discusión, o sobre los que aún no existe suficiente experiencia en nuestro medio, quisiera extraer algunas conclusiones del cotejo de los tres sistemas diagnósticos entre sí.

Más allá de sus diferencias, los tres sistemas parten de la necesidad de operacionalizar sus definiciones y buscan prestar mayor atención a la complejidad y diversidad que muestra la clínica. Esto trae un enriquecimiento en el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis,

facilitando un lenguaje común. Trae aparejado también un cambio en los frentes de discusión. Mientras en años anteriores, en nuestro medio, se destacaba la contraposición entre los psiquiatras que aceptaban el DSM-IV y los psicoanalistas que cuestionaban la tarea diagnóstica, ahora se destacan los nuevos temas de debate en el interior de cada una de estas dos disciplinas. Ya he mencionado las discusiones en el interior de la psiquiatría que acompañaron la difusión de las propuestas del DSM-5; dentro del psicoanálisis, es seguro que quienes defienden los diagnósticos operacionalizados y dimensionales no tendrán el apoyo de quienes prefieren mantener el *statu quo* sobre estos puntos.

Resulta interesante distinguir cuáles son las áreas de complementariedad, de acuerdo y de conflicto entre estos sistemas. El PDM y el OPD-2 se definen a sí mismos como complementarios al DSM-IV y al CIE-10 respectivamente. Esta complementariedad en relación al DSM-IV puede verse en la Tabla 1, en la que puede observarse que el PDM y el OPD-2 agregan información adicional, organizada de acuerdo con diferentes ejes en cada uno de ellos.

**Tabla 1**  
COMPARACIÓN DEL OPD-2 Y DEL PDM CON EL DSM-IV

DSM-IV	PDM	OPD-2
Ejes I, II (TP), III, IV y V	Eje P. Trastornos y patrones de la personalidad (se superpone sólo con el Eje II del DSM)	CIE-10
	Eje M. Perfil de funcionamiento mental	Eje III. Conflicto Eje IV. Estructura
	Eje S. Experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos	Eje I. Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento
		Eje II. Relación
		Orientación terapéutica: focos

Orientación terapéutica: focos

La complementariedad queda más clara si se tiene en cuenta que en los sistemas DSM y CIE el diagnóstico psiquiátrico de TP debe necesariamente acompañarse del examen cuidadoso de la posible existencia de otra patología mental (Eje I) o somática (Eje III), así como por una visión general de la interacción con el contexto social (Ejes IV y V).

Pero cuando pasamos del DSM-IV al DSM-5 se hacen evidentes áreas de convergencia que no existían antes, a la vez que persisten algunas zonas de discusión

Por favor revisar Tabla. Está poco clara en el original



respecto a la mejor manera de formular o conceptualizar algunos diagnósticos (Tabla 2).

**Tabla 2**

COMPARACIÓN DEL OPD-2 Y DEL PDM CON EL DSM-5

DSM-5	PDM	OPD-2
-Tipos de trastorno (grado de coincidencia con el prototipo)	Eje P. Trastornos y patrones de la personalidad	CIE-10
-Niveles de funcionamiento de la personalidad (severidad del trastorno)	Eje M. Perfil de funcionamiento mental	Eje III. Conflicto Eje IV. Estructura
-Rasgos		
	Eje S. Experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos	Eje I. Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento
		Eje II. Relación
		<i>Orientación terapéutica: focos</i>

Orientación terapéutica: focos

En la segunda fila de la Tabla 2 puede verse que al incluir el diagnóstico de funcionamiento de la personalidad el DSM-5 pasa a jerarquizar una zona de fenómenos clínicos que jugaban un papel central en los otros sistemas, creándose por tanto un área de posibles coincidencias que serán examinadas a continuación. Más aún, nada obsta, en principio, para que cada sistema pueda incluir aspectos del otro en las áreas o ejes que continúan siendo diferentes en cada uno de ellos. Por ejemplo, el DSM-5 podría incluir con beneficio la evaluación de la vivencia subjetiva de la enfermedad y la disposición para el cambio, así como los patrones relacionales, los cuales aportarían información útil para la relación entre psiquiatra y paciente y podrían incluirse sin que el sistema en su conjunto perdiera coherencia.

Corresponde ahora examinar las áreas de convergencia en torno a la evaluación del funcionamiento de la personalidad y la severidad del trastorno. La Tabla 3 presenta esta comparación, destacando en negrita los contenidos en los cuales las concordancias son más directas. Puede verse que los tres sistemas prestan atención a fenómenos clínicos similares, aunque en algunos casos pueden formularlos o conceptualizarlos en forma diferente.

La convergencia es muy grande entre el DSM-5 y el PDM, y probablemente refleja la influencia que tuvo

el PDM como antecedente y la existencia de fuentes comunes. El OPD-2, por su parte, proviene de una tradición distinta e introduce la distinción entre conflicto y estructura. Si miramos las disfunciones desde esta última perspectiva vemos que la diferencia que ella introduce no radica tanto en las disfunciones en sí, sino en su diferente naturaleza y extensión según se trate de problemas originados en conflictos o provenientes de fallas estructurales. En el primer caso se trata de los efectos creados por el choque de impulsos y sentimientos contrapuestos en torno a áreas que en su origen están delimitadas (conflictos relacionados con la pérdida del objeto, del amor del objeto, con las relaciones de poder, autoestima, sexualidad o culpa) y que luego se vuelven repetitivas y expanden sus efectos. Cuando las funciones de la personalidad, en cambio, están alteradas como consecuencia de perturbaciones estructurales, se trata más bien de fallas difusas, que no giran en torno a una temática determinada sino que se expresan a múltiples niveles y en circunstancias variadas. La propuesta del OPD-2 es que la diferenciación de estos dos contextos puede tener utilidad clínica y terapéutica.

En cuanto a las discrepancias, ellas se dan en primer lugar entre el DSM-5 y el PDM respecto a los tipos de TP que deben ser diagnosticados. En relación con el OPD-2, la mayor diferencia radica, como dije, en la diferenciación que hace este último, acorde con su orientación psicoanalítica, entre conflicto y estructura. El PDM, como señalé antes, propone incluir más y más elaborados prototipos de los TP en vez de recurrir a un número menor de prototipos combinándolo con la descripción de rasgos de la personalidad. Como señalé al hablar de las polémicas en curso sobre el DSM-5, se ha objetado que el uso de rasgos y facetas, más allá de su valor desde el punto de vista de la psicología académica, podría constituir en la práctica una complicación sentida como innecesaria y que apartara a los clínicos del diagnóstico de la personalidad.

La discrepancia sobre el número de trastornos nace de la utilización de diferentes criterios para la selección de estos tipos. El DSM-5 conserva sólo aquellos diagnósticos cuya validez y utilidad están respaldadas por investigaciones, mientras el PDM considera que no corresponde dejar de lado prototipos corroborados por años de experiencia clínica sino que, en todo caso, se debe mantenerlos mientras continúa su investigación. Con criterio similar, el PDM incluye subtipos y especificaciones en los prototipos que están ausentes en el DSM-5. En ese sentido, la utilización de rasgos puede reflejar tendencias o cristalizaciones dominantes, pero no refleja las complejidades y contradicciones que se pueden dar entre distintas partes de la personalidad o



**Tabla 3**

COMPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONALIDAD EN EL DSM-5, EL PDM Y EL OPD-2

<p><b>DSM-5</b> -Niveles de funcionamiento de la personalidad: 1. Self; 2: Interpersonal -Tipos de trastorno - Rasgos</p>	<p><b>PDM</b> -EjeP: Patrones de la personalidad y trastornos; -Eje M: Perfil de funcionamiento mental; -Eje S: Vivencia subjetiva</p>	<p><b>OPD-2</b> -Eje I: Vivencia de la enfermedad; -Eje II:Relación; -Eje III: Conflicto; -Eje IV: Estructura;</p>
<p>1.i.- <b>Self. Integración de la identidad:</b> sentido de unidad y continuidad entre diferentes estados del self, sentido de verdad o fachada del self</p>	<p>M1. Capacidad para la regulación, atención y aprendizaje M5. Patrones y capacidades defensivas M6. Capacidad para formar representaciones internas <b>M7. Capacidad para la diferenciación e integración vs. indiscriminación y fragmentación</b> M8. Capacidad de autoobservación (mentalización)</p>	<p>III.1. Individuación vs. Dependencia <b>III.7 Conflicto de identidad (identidad vs. disonancia)</b> <b>IV.1 Percepción del self y de los objetos (capacidad de percibirse en forma reflexiva y de percibir a los otros en forma total y realista)</b> IV. 2 Regulación y manejo del self (impulsos, emociones y autoestima) y de la relación con el otro</p>
<p>1.ii.- <b>Self. Integridad del concepto de sí mismo:</b> a) Regulación de la autoestima y del respeto por sí mismo; b) el sentimiento de constituir una agencia autónoma; c) la valoración o apreciación de sí mismo y d) las cualidades de las representaciones del self (complejidad, diferenciación e integración)</p>	<p>M3. <b>Cualidad de la experiencia interna (nivel de confianza y autoestima)</b> M8. Capacidad de autoobservación (Mentalización)</p>	<p>III.4 <b>Autovaloración</b> IV. 2 Regulación y manejo del self (impulsos, emociones y autoestima) y de la relación con el otro</p>
<p>1.iii.- <b>Self. Capacidad del para dirigirse a sí mismo:</b> a) Establecimiento de normas internas para la propia conducta, y, b) coherencia y significación de las metas a corto plazo de las metas vitales]</p>	<p>M9. Capacidad para construir y usar estándares internos e ideales. Sentido de moralidad.</p>	<p>III.5 Conflicto de culpa III.6 Conflicto edípico IV.1 Percepción del self y de los objetos <b>IV. 2 Regulación y manejo del self (impulsos, emociones y autoestima) y de la relación con el otro</b></p>
<p>2.i.- <b>Interpersonal. Empatía:</b> a) capacidad de mentalizar (o sea, de crear un modelo adecuado de los pensamientos y emociones de otra persona); b) de apreciar las experiencias de otros; c) atención a la variedad de las opiniones de otros; d) comprensión de la causalidad social.</p>	<p>M2. <b>Capacidad para relaciones (incluyendo profundidad, amplitud y consistencia)</b> M4. Experiencia afectiva, expresión y comunicación</p>	<p>II. Patrones relacionales IV.1 Percepción del self y de los objetos IV.3 Comunicación emocional interna (a través de afectos y fantasías) y con los otros</p>
<p>2.ii.- <b>Interpersonal. Intimidad y cooperación:</b> a) profundidad y duración de la conexión con otros, b) tolerancia y deseo de cercanía, c) reciprocidad en la consideración y apoyo y su reflejo en el comportamiento interpersonal y social</p>	<p>M2. <b>Capacidad para relaciones e intimidad</b> M4. Experiencia afectiva, expresión y comunicación</p>	<p>II: Patrones relacionales III.1 Individuación vs. Dependencia III.2 Sumisión vs. control III.3 Deseo de protección vs. Autosuficiencia (o autarquía) IV.4 Capacidad de vínculo con objetos internos (vínculos positivos, variados y triangulares) y con objetos externos (dar y recibir apoyo, vincularse y separarse)</p>
<p>2.iii.- <b>Interpersonal. Complejidad e integración de las representaciones de los otros:</b> a) Cohesividad, complejidad e integración de las representaciones mentales de otros; b) uso de las representaciones de los otros para regular el self</p>	<p>M4. Experiencia afectiva, expresión y comunicación <b>M6. Capacidad para formar representaciones internas</b></p>	<p>II: <b>Patrones relacionales</b> III.1 Individuación vs. Dependencia III.2 Sumisión vs. Control III.3 Deseo de protección vs. Autosuficiencia (o autarquía) IV.3: Comunicación emocional interna (a través de afectos y fantasías) y con los otros</p>
	<p>M5. Pautas y capacidades defensivas</p>	<p>IV. 2 Regulación y manejo del self (impulsos, emociones y autoestima) y de la relación con el otro</p>

entre conflictos con diferente nivel de estructuración psíquica. Esto hace que la descripción que brindan los rasgos pueda resultar muy limitada. Por ejemplo, la faceta “narcisismo” del rasgo “antagonismo” del DSM-5, corresponde, en las descripciones psicoanalíticas, al “narcisismo de piel gruesa” de Rosenfeld (35) pero no al “narcisismo de piel fina”. Esta distinción de Rosenfeld coincide con la diferenciación que hace el PDM entre una forma arrogante y otra deprimida del narcisismo. El OPD-2 también distingue dos modos del conflicto de autoestima, uno activo, en el que el yo se engrandece a costa del objeto, y otro pasivo, en el que el yo se devalúa frente al objeto. En este caso y en otros, el PDM y el OPD-2 ofrecen descripciones sutiles a la vez que clínicamente convincentes.

Otro punto de discordancia se da respecto al significado del término “borderline”. El DSM-5 al igual que el DSM-IV, incluye un trastorno de la personalidad borderline. Pero si observamos el uso corriente del término en muchos ambientes psiquiátricos, vemos que el mismo es usado cada vez más ante cualquier trastorno de la personalidad que revista gravedad. Esto es exactamente lo que propone el PDM, que, siguiendo a O. Kernberg y otros autores, utiliza el término borderline, no para designar un trastorno específico, sino para distinguir una forma de organización de la personalidad que determina perturbaciones más severas que las que caracterizan al nivel más leve o neurótico. Paradójicamente un argumento a favor de esta conceptualización del fenómeno borderline surge, precisamente, del contenido de las definiciones del DSM-5. Este sistema define el trastorno borderline en base a características distintivas (fallas en la identidad, en las relaciones con los otros, etc.), que son muy similares o coincidentes con las que en otra parte (36) utiliza para describir los niveles de perturbación media o extrema en la escala de severidad. En forma correlativa, encontramos que la definición de estos niveles de perturbación no se diferencia claramente de la descripción del trastorno borderline. Tal vez al describir este último el DSM-5 pone más énfasis en aspectos tales como las manifestaciones de impulsividad, las reacciones casi psicóticas, la autoagresión y las conductas de riesgo. Pero éstas son características que pueden también considerarse legítimamente como manifestaciones de severidad. Por otra parte, el DSM-5 considera sólo las formas extrovertidas del fenómeno borderline, dejando fuera las formas introvertidas o tranquilas que el PDM incluye (pág. 24). Estos distintos argumentos sugieren que es más conveniente utilizar el término “borderline” como indicador del nivel de gravedad de las perturbaciones que como un trastorno específico, lo cual lleva a revalorizar la afir-

mación de Bender (23), citando a Tyrer (24), de que la dimensión de severidad es el predictor más fuerte de disfunción concurrente y futura.

La cuestión de la severidad del trastorno es analizada desde una interesante perspectiva por el OPD-2, una de cuyas fortalezas es precisamente, como dije, el intentar diferenciar la perspectiva desde el conflicto y desde la estructura. El comprender el tipo de conflicto, temas o esquemas subyacentes, puede explicar mejor que los rasgos las conductas a veces opuestas que una misma persona puede manifestar ante problemas similares, y que pueden llevarlo, p. ej., en el caso de un trastorno paranoide a atacar o a huir, o, en el caso de un trastorno histérico, a conductas hiper o asexuales, como lo señala el PDM (pág. 31). La forma en la que el OPD-2 describe los conflictos y los afectos-guía que los caracterizan enriquece la entrevista. En forma similar, las dimensiones incluidas en la estructura (percepción, regulación, comunicación, vínculo) son fundamentales para comprender las funciones que sostienen la personalidad, poniendo de manifiesto el basamento que hace posible que los conflictos y los patrones relacionales adquieran estabilidad y persistencia.

El DSM-5 y el PDM arriban a una perspectiva global del funcionamiento mental, al hacer confluír los distintos aspectos en una evaluación final en una única dimensión, mientras el OPD-2 mantiene una visión más analítica, que discrimina las rigideces relacionadas con los conflictos con las inestabilidades provenientes de la estructura y su manifestación en los patrones relacionales. Pero más allá de estas diferencias en la forma de conceptualización, vemos que los tres sistemas miran en este punto en la misma dirección y buscan apoyarse en una base clínica similar, lo cual facilita el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis. Esto es lo que he intentado poner de manifiesto en la Tabla 3.

Desde esta perspectiva la severidad del trastorno adquiere relevancia diagnóstica e invita a reflexionar desde una perspectiva psicopatológica con los conocimientos disponibles a través de los estudios del desarrollo. La interacción temprana entre factores constitucionales y ambientales determina la forma en la que se organiza la personalidad. A su vez, esta organización se vuelve causa y efecto de nuevas interacciones con el ambiente, la cual puede dar origen a las manifestaciones iniciales de los trastornos de la personalidad. En cierta medida los recursos de la personalidad (fortaleza, resiliencia) pueden limitar los efectos de un ambiente desfavorable, pero también pueden dar lugar a modos de reacción que potencien los factores negativos, llevando a multiplicar su efecto en forma de cascada de eventos desfavorables. De esta manera, el tipo de trastorno

(o de predisposición caracterial, cuando no se llega al nivel de trastorno) será la resultante de un complejo interjuego de rasgos temperamentales innatos, cuidados tempranos, defensas, conflictos pautas relacionales, respuestas del entorno y formas de organización subjetiva de la experiencia, todo lo cual puede abrirse a nuevas experiencias o retroalimentarse en forma de círculos repetitivos. Los sistemas diagnósticos que estamos considerando no entran en estas hipótesis etiopatogénicas, sino que conducen a prestar atención a aquellas funciones y perturbaciones de la personalidad que influyen en el resultado final de este proceso. El poner el énfasis en la severidad de los trastornos está reforzando la necesidad de poner en el orden del día de la investigación psiquiátrica y psicoanalítica la identificación de los factores que la determinan.

Pasando ahora a aspectos prácticos y vinculados al ejercicio clínico, es necesario decir que los tres sistemas hacen necesaria una relación con el paciente mucho más profunda que la requerida por el DSM-IV. Evaluar los aspectos relacionados con el *self* y con la relación con los otros es una tarea más compleja y que requiere mayor empatía, observación clínica y comprensión psicopatológica que la que era necesaria para comparar el relato del paciente con una lista de síntomas. Un mayor diálogo con el paciente sobre su personalidad y sus fortalezas y vulnerabilidades sirve, a su vez, para promover la alianza terapéutica y el establecimiento de metas compartidas entre paciente y terapeuta. Este aspecto constituye sin duda una contribución positiva de los nuevos sistemas a la práctica psiquiátrica. También puede, como he referido, convertirse en una debilidad si la tarea diagnóstica se vuelve excesivamente compleja o trabajosa. Serán necesarios testeos empíricos cuidadosos para determinar el punto óptimo que permita la mayor profundidad, validez y confiabilidad manteniéndose al mismo tiempo práctica y factible en el mundo real.

Previendo la repercusión que tendrá el DSM-5 en nuestro medio y su probable creciente convergencia con el sistema CIE resulta conveniente que psiquiatras y psicólogos se vayan familiarizando desde ya con el proceso que conducirá a la versión definitiva. Sería útil generar grupos de consenso que cotejaran estas propuestas con la experiencia nacional y que realizaran un intercambio con los grupos de trabajo a nivel internacional. Por su parte, el OPD-2 y el PDM pueden resultar de gran valor para los clínicos de dos maneras. Por un lado pueden ser utilizadas en forma experta, para lo cual el OPD-2 ofrece cursos de entrenamiento intensivo. Ésta es, sin duda, una posibilidad interesante para quienes quieran profundizar en el uso del sistema y

emplearlo en forma confiable para fines de investigación. Pero éste no es el único camino. Tanto el DSM-5 como los manuales del OPD-2 y el del PDM ofrecen valiosas descripciones clínicas cuya lectura, aún sin entrenamiento especial, enriquece la práctica cotidiana de psiquiatras y psicoanalistas y contribuye a la reflexión psicopatológica. En ese sentido, el ejercicio de mirar la clínica desde estas distintas perspectivas constituye un camino que enriquece no sólo el diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis, sino también el avance de cada una de estas disciplinas.

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. [28/07/2010]; Available from: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
2. OPD Gdt. Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado. OPD-2. Barcelona: Herder; 2008.
3. PDM. Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
4. Bonnafé L, Ey H, Follin S, Lacan J, Rouart J. Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses. Paris.: Desclée de Brouwer; 1950
5. Robins E, Guze SB. Establishment of Diagnostic Validity in Psychiatric Illness: Its Application to Schizophrenia Am J Psychiatry. 1970;126:983-7.
6. Kendler KSM, R. A., Murphy, G. The Development of the Feighner Criteria: A Historical Perspective. Am J Psychiatry. 2010(167):134-42. .
7. Andreasen NC. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. Schizophr Bull 2007;33(1):108-12.
8. Bleger J. Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis. Revista de Psicoanálisis. 1973; XXX(2): 317-50.
9. Schkolnik F. El trabajo de la simbolización. Un puente entre la práctica psicoanalítica y la metapsicología. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. 2007;104.
10. Casas de Pereda M. En el camino de la simbolización. Paidós, editor. Buenos Aires, Argentina 1999.
11. Sandler J. Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. Int J Psychoanal. 1983;64:35-45.
12. Canestri J, Ed. Psychoanalysis. From Practice to Theory: John Wiley & Sons, Ltd.; 2006.
13. Bernardi R. Fenómenos de cambio en las ideas psicoanalíticas en el Río de la Plata durante las décadas de 1960 y 1970. [Tesis de Doctorado]. In press 2007.
14. Casarotti H. ¿Cuál es el saber-hacer del psiquiatra como médico especialista? Boletín de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Mayo - Junio 2010.
15. Sharfstein SS. Big Pharma and American Psychiatry: The Good, the Bad, and the Ugly. Psychiatric News. August 19, 2005:3.
16. Bridgman PW. The Logic of Modern Physics.: Beaufort Books; 1927.
17. Etkin A, Pittenger C, Polan H, Kandel E. Toward a neurobiology of psychotherapy: basic science and clinical applications. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 2005;17(2):145.
18. Levy KN, Ablon J. Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: bridging the gap between science and practice. Levy RASA, J., editor: Humana Press; 2009.

19. Kelley JM. The Perils of p-Values: Why Tests of Statistical Significance Impede the Progress of Research. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. Boston: Humana Press; 2009. p. 367-77.
20. Shedler J, Westen D. Personality Diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Bridging the Gulf Between Science and Practice. In: Force PT, editor. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Springs: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006. p. 573-613.
21. Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-5. 2000 [cited 14 2]; 109-26]. Available from: [http://www.psychsystems.net/Publications/2000/4.%20prototype%20matching%20approach%20to%20personality%20disorders\\_Westen\\_jrn%20pers%20disorders%202000.pdf](http://www.psychsystems.net/Publications/2000/4.%20prototype%20matching%20approach%20to%20personality%20disorders_Westen_jrn%20pers%20disorders%202000.pdf).
22. Schatzberg AF, Jr. JHS, Kupfer DJ, Regier DA. Setting the Record Straight: A Response to Frances Commentary on DSM-V [17/09/2010]; Available from: <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1425806?verify=0>.
23. Bender DS. Rationale for Developing a Model for Assessing Level of Personality Functioning [17/09/2010]; Available from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/RationaleforDevelopingaModelforAssessingLevelofPersonalityFunctioning.aspx>.
24. Tyrer P. The problem of severity in the classification of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2005;19(3):309-14.
25. American Psychiatric Association. Borderline Personality Disorder. [17/09/2010]; Available from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=17>.
26. Frances A. A Warning Sign on the Road to DSM-V: Beware of Its Unintended Consequences. *Psychiatric Times*; [17/09/2009]; Available from: <http://www.psychiatrictimes.com/dsm-5/content/article/10168/1425378?verify=0A>.
27. Frances A. Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. [updated 17/09/20102]; Available from: [http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341?p\\_p\\_id=EXT\\_4&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=1&EXT\\_4\\_struts\\_](http://www.psychiatrictimes.com/dsm/content/article/10168/1522341?p_p_id=EXT_4&p_p_action=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1&EXT_4_struts_).
28. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ. The Conceptual Development of DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2009;166:645-50.
29. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, *et al*. Personality Disorders in DSM-5 *Am J Psychiatry*. 2010;167(9):1026-8.
30. Westen D SJ. Revising and assessing axis II, part II: toward an empirically-based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999;156:273-85.
31. Shedler J, Westen D. Refining DSM-IV personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1350-65.
32. Luyten P, Blatt SJ. Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*. In press.
33. Wallerstein RS. Psychoanalytically Based Nosology: Historic Origins. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006. p. 385-402.
34. Jacobs T. On countertransference enactments. *J Am Psychoanal Assoc*. 1986;34(289):307.
35. Rosenfeld H. Afterthought: Changing theories and changing techniques in psycho-analysis.. *Impasse and interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients*. London: Tavistock; 1987. p. 265-79.
36. DSM-5 Task Force. Levels of Personality Function. *Am J Psychiatry*; [17/09/2010]; Available from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/LevelsofPersonalityFunctioning.aspx>.

## REVISIÓN

# LA PARADOJA DE LA DIFERENCIA: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA Y PSICOANÁLISIS

(Rev GPU 2011; 7; 3: 277-281)

Alberto Botto

El psicoanálisis pretende investigar el inconsciente. El inconsciente, por definición, es aquello de lo que no somos conscientes. Sin embargo, el analista conoce –o debiera conocer– lo que allí se encuentra porque él mismo lo ha puesto todo de antemano.

Saúl Bellow

**Se conoce como *paradoja de la equivalencia* al supuesto –proveniente de la investigación empírica– de que, independiente de su fundamento teórico y orientación, todas las formas de psicoterapia tendrían el mismo efecto. Sin embargo, numerosos estudios han demostrado que cuando se analiza la respuesta frente a las intervenciones psicoterapéuticas tomando como referencia determinados cuadros clínicos (como ocurre –por mencionar un caso paradigmático– con el trastorno obsesivo-compulsivo) existe una clara diferencia según la técnica utilizada. Esto ha llevado a muchos autores a plantear la importancia de realizar una indicación diferencial de psicoterapia que no sólo contemple el diagnóstico psiquiátrico sino que considere ampliamente las necesidades del paciente en su ambiente social, económico y cultural (Roth & Fonagy, 2005).**

## INTRODUCCIÓN

No es el propósito de este trabajo discutir acerca de las controversias que han surgido en torno a la definición del psicoanálisis en el contexto de las psicoterapias (especialmente dentro de las psicoterapias psicodinámicas); por lo mismo, utilizaré la denominación de psicoanálisis propuesta por Gabbard (2000) según el modelo del continuo expresivo-de apoyo. Bajo este

marco conceptual el psicoanálisis se ubica en el punto más extremo del polo “expresivo” y encuentra su fundamento en el análisis de la transferencia y la resistencia a través de la interpretación.

A pesar de la cada vez más abundante evidencia empírica en estudios de proceso/resultado en psicoterapia psicodinámica (Levy & Ablon, 2009), el psicoanálisis ha mantenido sus reservas; es más, algunos autores como Otto Kernberg (2004) han planteado una



verdadera *resistencia a la investigación en psicoanálisis*. Pero, ¿qué significa investigar en psicoanálisis? El objetivo de este trabajo es revisar críticamente la *paradoja de la equivalencia* bajo la mirada de la metodología cualitativa tomando como referencia el análisis de casos para, finalmente, concluir acerca de la importancia de la investigación empírica en psicoanálisis.

## ALICIA REVISITADA

Fue Saul Rozensweig quien, en un artículo de 1936, utilizó por primera vez el episodio del pájaro Dodo –tomado de *Alicia en el país de las maravillas*, de Lewis Carroll– como una analogía para explicar su propuesta sobre los *factores comunes* en psicoterapia (Duncan, 2002). En el relato, Alicia se encuentra junto a un grupo de animales congregados en la orilla de un charco decidiendo acerca de la mejor manera de secarse. Luego de un par de intentos infructuosos, el pájaro Dodo propone realizar una *Carrera en Comité*. “¿Qué es una Carrera en Comité?”, preguntó Alicia. “¿Y qué importa eso?”, replicó el Dodo: “La mejor manera de explicar una cosa es practicarla”. Entonces “...marcó la pista para la carrera, en una especie de círculo («no importa la forma exacta», dijo) y luego todos los asistentes se fueron colocando aquí y allá, a lo largo de la pista. Sin embargo, “...no hubo el tradicional «uno, dos, tres», sino que empezaron y terminaron la carrera a su antojo, de forma que no era fácil saber en qué momento había de concluir”. Cuando se acabó la carrera, todos se agruparon, jadeantes, alrededor del Dodo, preguntando: “Pero ¿quién ha ganado?”, a lo que el pájaro respondió –luego de no pocas cavilaciones–: “*Todos han ganado y todos recibirán premios*” (Carroll, 2002).

Luego de una lectura –no necesariamente demasiado meticulosa– del famoso episodio de Alicia, podemos concluir que el triunfo de los competidores –y su (al parecer) inmerecida premiación– no fue más que un artificio del pájaro Dodo quien –dejando de lado las secretas motivaciones que lo hayan animado– organizó una carrera cuyas reglas fueron lo suficientemente precarias y flexibles para que cada uno empezara y terminara a su antojo. Por lo tanto, al mirar los resultados, lejos de una *equivalencia* nos encontramos ante una evidente *diferencia*. Y en eso consiste la paradoja.

## ¿QUÉ SIGNIFICA INVESTIGAR EN PSICOANÁLISIS?

En la década de 1950 Louis Linn (Linn, 1958) destacó –en un trabajo sobre la contribución psicoanalítica a la investigación en psicopatología– seis áreas cuya vigencia no deja de sorprender: 1. El concepto de proceso

inconsciente como variable experimental; 2. La relación psicológica entre el experimentador y el sujeto experimental; 3. Los problemas relacionados con la percepción y las defensas; 4. Las técnicas utilizadas para explorar el inconsciente; 5. El estudio psicopatológico de los niños y adolescentes y, por último, 6. El psicoanálisis como marco de referencia teórico para la investigación psicopatológica.

Aunque en sus orígenes el psicoanálisis surgió –dentro de otras cosas– como un medio para investigar la mente humana, su incorporación dentro del contexto de los *estudios psicosociales* ha sido el resultado de un proceso lento pero progresivo, siempre acompañado de un intenso debate respecto a la naturaleza del método y la no menos espinosa discusión acerca del lugar que ocupan las distintas *escuelas* en la comprensión de la experiencia subjetiva (Frosh y Baraitser, 2008).

A lo largo de los años el psicoanálisis ha sufrido múltiples críticas, revisiones y modificaciones, lo que, en gran medida, ha sido motivado por el desarrollo que ha experimentado el conocimiento en otras áreas, en especial las ciencias biológicas. Sin embargo, la importancia que ha tenido la investigación en los diversos tipos de psicoterapia no ha sido corroborada en el psicoanálisis. En un intento por explicar y comprender esta resistencia, Kernberg (2004) plantea que, en primer lugar, las restricciones encontrarían su origen en la complejidad de la teoría psicoanalítica respecto al funcionamiento mental y su aplicación clínica en el campo de la intersubjetividad, donde cualquier instrumento de observación “externo” traería como consecuencia una interrupción de la situación analítica. Otra fuente de resistencia provendría de la creencia de que los métodos utilizados en la investigación empírica serían demasiado parciales y simplistas, restringiendo y distorsionando las complejidades propias del método psicoanalítico, lo que estaría reforzado por el deseo de evitar las rivalidades entre los distintos modelos teóricos imperantes. Respecto a la naturaleza de la educación psicoanalítica, Kernberg plantea que los institutos de psicoanálisis se han adaptado de tal manera a su enseñanza que han abandonado la búsqueda de integración de conocimientos provenientes de otras áreas, lo que ha fomentado una atmósfera de pasividad y conformismo, considerándose la investigación como una actividad *subversiva*. Por último, considerando el contexto sociocultural, lo anterior se vería reforzado por el relativo aislamiento de dichos institutos respecto a las universidades y por el rechazo a validar su efectividad frente a las demandas de los sistemas de salud.

Muchos han abordado el dilema acerca de la naturaleza científica del psicoanálisis. Desde filósofos

como Karl Popper hasta Mario Bunge, pasando por el reconocido historiador de la ciencia Thomas Kuhn, han mostrado sus reticencias a la hora de formularse la pregunta: ¿es el psicoanálisis una ciencia? Considerando las críticas en torno a las dificultades para contrastar hipótesis o la falta de una aproximación cuantitativa, Klimovsky (2009) plantea que el psicoanálisis involucra no una sino varias teorías pero que, en su conjunto, otorgan una *inteligibilidad y una comprensión explicativa y predictiva de la conducta humana que antes no se había alcanzado*. Siguiendo a autores como Adolf Grünbaum, John Wisdom y Jürgen Habermas, sostiene que, desde sus inicios, Freud mantuvo una rigurosidad extrema en cuanto a la naturaleza de sus hipótesis, inferencias y deducciones; sin embargo, a diferencia de lo que sucede con las disciplinas cuantitativas, el objeto del psicoanálisis es el estudio de las estructuras psíquicas y sus significados, por lo que, en ese sentido, se encuentra mucho más cerca de la lingüística, la informática y la antropología. Sin embargo –agrega Klimovsky– es necesario hacer una distinción entre el valor epistemológico de una disciplina (aquello que hace que sea un conocimiento verdadero) y su valor metodológico (aquello que la hace útil en la obtención de nuevo conocimiento). En ese sentido –en la medida que el psicoanálisis ha creado su propia metodología– el carácter científico radicaría fundamentalmente en su valor epistemológico. Es así como el método hipotético-deductivo sería perfectamente aplicable en un terreno –y ahí está el desafío– donde puedan interactuar las elaboraciones teóricas con la observación empírica o, dicho de otra manera, donde realmente sea posible contrastar las –en ocasiones tan inaprensibles– teorías psicoanalíticas.

Sin embargo, aún es posible agregar otra complejidad: el psicoanalista también construye teoría a partir de la observación que hace del paciente y de su relación con él. ¿Qué es, si no, una interpretación? Por lo tanto, la investigación en psicoanálisis puede ser entendida en dos niveles: 1. Respecto a la validez de su conocimiento, es decir, a la capacidad de la teoría de decirnos algo real sobre el funcionamiento de la mente, y 2. Respecto a su efectividad, es decir, la capacidad de servir como un método de tratamiento para los problemas que tienen lugar en la mente humana (Hinshelwood, 2010).

### EL PSICOANÁLISIS COMO UNA MODALIDAD DEL ESTUDIO DE CASOS EN EL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

El análisis cualitativo se ha definido como un proceso de investigación e interpretación de los datos que tiene por objeto comprender, descubrir significados y

desarrollar el conocimiento empírico (Corbin & Strauss, 2008). La naturaleza de las preguntas guía y orienta el proceso de indagación y, por lo tanto, la elección de unos métodos u otros. Es así como el método ha sido considerado como *la forma característica de investigar determinada por la intención sustantiva y el enfoque que la orienta* (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Dentro de las metodologías cualitativas el estudio de casos tiene una larga historia en las ciencias sociales y se caracteriza por su tendencia a focalizarse en un número limitado de hechos y situaciones (ya sea un sujeto, organización, proceso social o contexto específico) con el objeto de abordarlos con la mayor profundidad requerida para su comprensión. En esta perspectiva, *el estudio de caso consiste en el abordaje de lo particular priorizando el “caso único”, donde la efectividad de la particularización reemplaza la validez de la generalización* (Neiman y Quaranta, 2006). Los estudios de caso único suelen utilizarse para abordar un problema específico, habitualmente poco conocido, y que resulta relevante en sí mismo o en cuanto aporte para probar una determinada teoría. La principal crítica que se le ha hecho a esta metodología se ha enfocado en su falta de representabilidad y, por lo tanto, en las dificultades para realizar una adecuada generalización; sin embargo, sus defensores argumentan que en este tipo de estudios la generalización no debiera plantearse en relación con el universo, sino más bien desde un caso con respecto a otro.

Freud definió el psicoanálisis como una teoría del funcionamiento psíquico, un medio para investigar la mente humana y, por último, como un método de tratamiento. Una de las diversas formas en que el psicoanálisis ha generado teoría es a través de la generalización empírica a partir de hallazgos clínicos –el estudio de casos– mediante un razonamiento hipotético-deductivo. Desde este punto de vista, la construcción de teoría forma parte de un proceso recursivo de generación, confirmación, aplicación y modificación de conocimiento en torno al fenómeno observado. Neiman y Quaranta (2006) identifican cinco fases en este proceso que incluyen: el desarrollo conceptual, la operacionalización, la aplicación, la confirmación o desconfirmación y el refinamiento y desarrollo continuo de teoría que integra dinámica e interactivamente a las anteriores. Los procedimientos de análisis se basan en instancias comparativas que pueden utilizarse para ilustrar una teoría previa o emergente (*técnica de la ilustración*) o bien para generar conclusiones a partir de la observación y comparación de varios casos (*técnica de la comparación analítica*). Un elemento fundamental de este enfoque es, justamente, la posibilidad de generar nueva teoría.

Hinshelwood (2010) propone un diseño de investigación binario en torno a preguntas que encuentran su respuesta en el proceso clínico antes y después de una intervención (por ejemplo, una interpretación) cuyo efecto es evaluado en relación con un factor específico de cambio esperado. Dentro de la sesión ocurren múltiples secuencias en torno a una interpretación. Esta secuencia puede describirse en base a tres elementos: 1. Asociaciones preinterpretación, 2. Interpretación, y 3. Asociaciones posinterpretación. Luego de una interpretación se espera que ocurra un efecto que tenga como consecuencia la reformulación de significados. Existen muchas maneras de confirmar una intervención, por ejemplo, a través de un cambio en la calidad de las proyecciones, la emergencia de derivados del inconsciente, mediante el relato de un sueño, el despliegue de defensas más adaptativas, una mayor libertad en las asociaciones o una reducción de los síntomas. Sin embargo, muchos de los efectos esperados *dependen* de la teoría que el analista tiene en mente. Como una manera de evitar esta predisposición, con el objeto de evaluar la efectividad de una interpretación –independientemente de la teoría– y anticipar el cambio esperado, Ezrel (citado por Hinshelwood, 2010) sugiere algunas reglas operacionales. Lo primero es describir la relación en términos transferenciales (*relación necesaria*), luego debemos comprender e interpretar que es *necesaria* en términos de evitar otro tipo de relación (*relación evitada*) para, finalmente, interpretar por qué se deja de lado la *relación evitada* (porque en la mente del paciente puede ocurrir una *catástrofe*). Si la intervención es correcta, habrá un movimiento –en el aquí y ahora– hacia la *relación evitada*; de esta manera el significado de la interpretación sería la *causa* de dicho movimiento en el proceso de la terapia. El proceso de cambio y la teoría que se pone a prueba tendrán una relación diferente dependiendo de los significados interpretados. De esta manera el material clínico puede ser utilizado como un *dato* en el proceso de investigación.

Por último, es necesario considerar que en la investigación social la *reflexividad* ha sido entendida de diversas maneras. Finlay (citada por Brown, 2006) la define como el intento por considerar la forma en que el investigador y los elementos intersubjetivos influyen y transforman la investigación. Así, la aproximación psicoanalítica –bajo el supuesto de una forma de pensar acerca de la propia subjetividad y la de los demás– pudiera ser un estímulo para mantener una relación reflexiva no sólo con el análisis teórico sino también con la investigación empírica.

## CONCLUSIONES

Pensar en la *paradoja de la diferencia* implica dar un vuelco a la mirada tradicional respecto a los resultados en psicoterapia, considerando que, tal vez, no es indiferente poner a correr en la misma pista a competidores que pudieran tener cada uno sus propias leyes –y, por lo tanto, requerir de formas específicas de medir sus logros–. Implica reconocer que también es posible plantear una indicación diferencial de psicoterapia ajustada a las necesidades de cada persona; y, por último, implica enfatizar la importancia de realizar investigación que sea capaz de incorporar esas diferencias en sus metodologías y análisis de resultados.

A diferencia de lo que podría suceder en el campo de las psicoterapias psicodinámicas, la investigación en psicoanálisis debiera incorporar una metateoría que sea capaz de mantener su cercanía con los fenómenos clínicos. Ahí se encuentra el desafío y no pocos han intentado resolverlo. Un ejemplo podemos encontrarlo en el impresionante trabajo que ha significado el desarrollo del manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia, OPD-2 (Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado) cuya traducción al castellano estuvo a cargo de un grupo de colegas chilenos (Cierpka, 2008).

Respecto a qué hacer con la investigación en psicoanálisis, Kernberg plantea que, para empezar, es importante fortalecer el diálogo entre los grupos pequeños de investigadores y el resto de la comunidad psicoanalítica; luego, promover el diálogo interdisciplinario con la filosofía, las neurociencias y la psicología social; reformular la educación psicoanalítica de manera que los institutos de psicoanálisis no sean sólo transmisores de conocimiento sino que también favorezcan el desarrollo y la creación, incorporando cursos de metodología que motiven a los candidatos a plantearse nuevas formas de pensar acerca de los problemas que suscitan la teoría, la técnica y la práctica psicoanalíticas.

Al analizar los casos más emblemáticos tratados por Freud, vemos que el énfasis de sus observaciones estuvo siempre puesto en el desarrollo de una teoría y sus métodos más que en sus resultados –de hecho, muchos de sus tratamientos fueron, desde ese punto de vista, un verdadero fracaso–. Una de las dificultades que muestra el estudio de casos se relaciona con la sistematización de los procedimientos de análisis y la construcción de validez. Como una forma de abordar estos obstáculos se ha planteado la necesidad de contar con instancias de triangulación y la posibilidad de integrar diversos tipos de análisis basados en otras estrategias de investigación. Por lo tanto, si –como plan-

tea David Taylor (2009)– consideramos al psicoanálisis como una *rama altamente especializada de la biología humana*, no nos queda más que pensar en cómo utilizar de la mejor manera posible el conocimiento generado en otras disciplinas.

Por último, discutir si el psicoanálisis es o no una ciencia podría enfrascarnos en una controversia muy interesante pero –para los propósitos de este trabajo– innecesaria. Lo importante –a mi juicio– es considerar al psicoanálisis como un terreno válido donde aplicar el método científico; es decir, un campo donde con propiedad –tal como lo pedía Freud– sea posible también investigar. Siguiendo a Hinshelwood (2010), el psicoanálisis debiera entenderse bajo una doble mirada –cada una de las cuales pudiera dar origen a dos tipos de datos de distinta naturaleza–, es decir: como una disciplina *científica* que busca explicaciones causales y, al mismo tiempo, *hermenéutica*, en cuanto su método se funda en la comprensión de significados.

A través de una postura integrativa y pluralista –incorporando el conocimiento generado por otras disciplinas como las neurociencias y la psicología del desarrollo– el psicoanálisis obtendrá la respuesta a sus preguntas no en función a las semejanzas con otras modalidades de psicoterapia sino que, por el contrario, en aquello que lo distingue –sus propias legalidades– de manera que la diferencia deje de ser una paradoja y en ella pueda encontrar su sentido y su confirmación.

## REFERENCIAS

1. Brown J. (2006). Reflexivity in the Research Process: Psychoanalytic Observations. *Int. J. Social Research Methodology*, 9 (3), 181-197
2. Carroll L. (2002). Alicia en el país de las maravillas, Alicia a través del espejo, La caza del snark. Barcelona: Edhasa
3. Cierpka M. y grupo de trabajo OPD (2008). Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Barcelona: Herder
4. Corbin J, Strauss A. (2008). *Basics of Qualitative Research*. Third ed. Los Angeles: Sage Publications
5. Duncan B. (2002). The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 32-57
6. Frosh S, Baraitser L. Psychoanalysis and psychosocial studies. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 13, 346-365
7. Gabbard G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. 3ª edición. Buenos Aires: Panamericana
8. Hinshelwood R. (2010). Psychoanalytic research: Is clinical material any use? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24, (4), 362-379
9. Kernberg O. (2004). Resistencia a la investigación en psicoanálisis. En: Kernberg O. *Controversias contemporáneas de las teorías psicoanalíticas, sus técnicas y aplicaciones*. México D.F.: Manual Moderno
10. Klimovsky G. (2009). *Epistemología y psicoanálisis*. Vol. 1. Problemas de epistemología. Buenos Aires: Biebel
11. Levy R, Ablon S. (2009). *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Bridging the gap between science and practice*. New York: Humana Press
12. Linn L. (1958). Psychoanalytic Contributions to Psychosomatic Research. *Psychosomatic medicine*, 20 (2), 88-98
13. Neiman G., Quaranta G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En: Vasilachis de Gialdino I. (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa
14. Rodríguez G, Gil J, García E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe
15. Roth A, Fonagy P. (2005). *What Works for whom. A critical review of psychotherapy research*. 2ª edition. New York: The Guilford Press
16. Taylor D. (2009). Consenting to be robbed so as not to be murdered. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 23 (3), 263-275

## ANÁLISIS

# ESPEJISMOS DE LA POSMODERNIDAD REFLEXIONES SOBRE ARTE Y LA ESCENA PSICOANALÍTICA

(Rev GPU 2011; 7; 3: 282-285)

Lilian Tuane Saa<sup>1</sup>

**Vivimos en un mundo incierto, vertiginoso, donde no hay terreno firme que pisar, por decirlo de algún modo. Un mundo de naturaleza escurridiza, como un plasma que nos rodea. Estamos saturados de información, que con avidez tratamos de devorar. Tenemos la ilusión que esto nos tendrá más llenos, más felices y que nos conoceremos mejor a nosotros mismos y a los otros. Sin embargo, cada vez nos alejamos más los unos de los otros, encerrados en la individualidad y carentes de intimidad. Estamos inmersos en una virtualidad, mediatizados por la imagen, un mundo por sobre todo visual, alejados de lo concreto, lo palpable, de aquello que constituye la base de nuestra experiencia personal y única. Nuestros sentidos son bombardeados constantemente y terminamos saturados y anestesiados. Es por esto que viene a mi mente la imagen de un espejismo. El espejismo es una ilusión óptica, en algún sentido una trampa, donde los objetos se ven reflejados en una superficie líquida que en realidad no existe. Intentaré dar cuenta de nuestros tiempos, centrándome en dos ejes: en primer lugar en la Modernidad y Posmodernidad y en segundo lugar en el Arte. Además pretendo analizar la escena psicoanalítica teniendo en consideración los referentes que aportan los dos ejes anteriores.**

Comenzaré haciendo referencia a la modernidad. Viene a mi mente el clásico de Charles Chaplin "Tiempos Modernos". Resulta elocuente el inicio de la película, un primer plano de un reloj colgado de una pared, abajo Charles Chaplin junto a otro obrero, con sus caras inexpresivas metalizadas constituyendo un engranaje más de la máquina. Este reloj marca el inicio y el fin del turno de trabajo.

La modernidad surge junto a la industrialización, y por lo tanto va de la mano de la cadena de producción.

Las personas tienden a desaparecer, convirtiéndose en un eslabón más de esta cadena. Los oficios propenden a conductas automatizadas, mecanizadas, a actividades muy específicas en el sentido que mientras se realizan es casi imposible percatarse del todo. Qué distinta resulta la realidad de una familia rural donde cada una de las actividades tiene en sí mismas un claro sentido que se palpa en la inmediatez.

Hasta ese momento el tiempo no había sido una variable relevante, casi no existía conciencia de éste, salvo

<sup>1</sup> Psicóloga Universidad de Chile. Psicoanalista Ichpa. Miembro del Grupo de Coterapia de Santiago. Lilian.tuane.saa@gmail.com



por la naturaleza y sus ciclos. Con la industrialización, el tiempo se organiza en torno al objetivo de la producción. Surge el tiempo como linealidad, donde hay pasado, presente y futuro; de este modo se hace más evidente la idea de fin y por tanto la conciencia de muerte.

Entonces, la vivencia del tiempo constituye una de las principales angustias apareciendo así el deseo de capturarlo. Una serie de modas iniciadas a fines del siglo XIX muestran el intento por congelar el tiempo, y también la angustia por atrapar la naturaleza. Entra éstas encontramos los pisa papeles de vidrio, “las esferas de ensueño” (Olalquiaga, 2007). Éstas tendrían la función de sujetar lo que ya no está ahí de manera segura... se lo puede llevar el viento. Muchas de estas esferas tienen atrapadas en su interior seres que alguna vez estuvieron vivos, como cangrejos. Celeste Olalquiaga dice, con respecto a un cangrejo atrapado en una de estas esferas: “Rodney es el residuo de la ansiedad por atrapar su espíritu vital, y su situación como fósil no hace más que subrayar el fracaso de ese intento. Lo que adquirimos al comprar a Rodney como un bien de consumo es un previo deseo, el nuestro como partícipes de una cultura que no acepta la muerte y que ansía capturar la vida a cualquier precio, incluso el de sacrificar una vida real en aras de una percepción imaginaria fugaz...” (Olalquiaga, 2007, pág. 56).

La industrialización, con sus consecuentes avances tecnológicos, coloca en tensión conceptos que hasta el momento no habían tenido relevancia. En este sentido la creación de la fotografía (1839) marca un hito, aparece la posibilidad de generar copias. Copias que se pueden reproducir de manera ilimitada, surge la reproducción en serie. Todo esto determina la supremacía de la vista y de la acumulación (Olalquiaga, 2007). Se ven amenazadas entonces las nociones de autenticidad y singularidad.

La expansión del vidrio durante el siglo XIX determina una relación distinta con los objetos, prolifera su exposición en galerías. El vidrio es transparente, duro, aunque frágil. Con un vidrio de por medio perdemos la posibilidad de una experiencia directa, de tocar, oler, degustar, de conocer a través de aquellos sentidos más básicos; sólo podemos mirar y desde cierta distancia. Los objetos ya no están al alcance de la mano, se revisitan de un halo de inalcanzables.

Estamos frente a seres humanos que no le encuentran sentido a lo que realizan, desvinculados de la naturaleza, alejados por diversas razones de una experiencia más cercana, más concreta, aislados, con una vivencia distinta del tiempo y conciencia de fin. Surge así un grito desde el fondo de la existencia, El Grito de Munch (1893).

Jameson dice: “sus ondas se inscriben en la superficie pintada, en forma de grandes círculos concéntricos en los que la vibración sonora deviene finalmente visible, como en la superficie del agua, en una regresión infinita que emerge del que sufre para convertirse en la geografía misma de un universo en el cual el propio dolor habla y vibra materializado en el ocaso y en el paisaje” (Jameson, 2005, pág. 36).

Las angustias descritas no siempre encontraron una expresión tan gráfica como en la obra anterior. El sentimiento de vacío, la noción de fin, se intenta sobre llevarlos de otro modo: tapando, llenando, saturando. Es así como surge el movimiento Kitsch. El kitsch comienza en un hueco, en un silencio suspendido sin horizontes, que se llena con una implacable precipitación de imágenes. Se asocia al exceso, lo artificial, lo ornamental, lo estéril (Olalquiaga, 2007).

Eco considera lo kitsch propio de la cultura de masas y por lo tanto de la sociedad de consumo; propone la siguiente definición: “comunicación que tiende a la provocación del efecto” (Eco, 1999, pág. 90). En este sentido lo diferencia de la vanguardia que implica el arte en su función de descubrimiento de invención, la causa de un efecto posible, dando cuenta del proceso.

Un exponente de este movimiento es Jeff Koons, escultor contemporáneo. De este modo explícito que estas expresiones no se dan en una linealidad temporal. Con esto quiero señalar que este Reino de lo Artificial surge con más fuerza en un momento pero coexiste junto a otras formas de expresión cultural. Es sabido por nosotros que durante los últimos 150 años han existido artistas que hacen referencia a otro registro de la experiencia humana.

Experiencia humana que siempre contiene dentro de sí la paradoja: la levedad y el peso, lo profundo y lo superficial, lo banal y trascendente, entre otras. Estos términos nos remiten necesariamente a Milan Kundera, y su obra *La Insoportable Levedad del Ser*. Pareciera se está haciendo alusión a la toma de conciencia de lo efímero, de nuestra fragilidad, nuestra finitud. ¿Es eso lo insoportable? Una realidad que a nuestra cultura occidental le cuesta asumir y aceptar.

Kundera, además de novelista, es un teórico. Sin embargo prefiero citar un trozo de su novela, que considero más elocuente que muchas de sus conceptualizaciones. Se pregunta: “¿Pero es de verdad terrible el peso y maravillosa la levedad?”; continúa: “La carga más pesada nos destroza, somos derribados por ella, nos aplasta contra la tierra. Pero en la poesía amorosa de todas las épocas la mujer desea cargar con el peso del cuerpo del hombre. La carga más pesada es por tanto, a la vez, la imagen de la más intensa plenitud de la vida. Cuanto

más pesada es la carga, más a ras de tierra estará nuestra vida, más real y verdadera será. Por el contrario, la ausencia absoluta de carga hace que el hombre se vuelva más ligero que el aire, vuele hacia lo alto, se distancie de la tierra, de su ser terreno, que sea real sólo a medias y sus movimientos sean tan ligeros como insignificantes. Entonces, ¿qué hemos de elegir? ¿El peso o la levedad? ... Al final dice: "Sólo una cosa es segura: la contradicción entre peso y levedad es la más misteriosa y equívoca de las contradicciones" (Kundera, 2005, pág. 13)

Se puede realizar una comparación muy interesante entre la obra de Van Gogh, *Zapatos del Labriego* y *Zapatos Polvo de Diamante* de Wharhol, iniciador del Pop Art. Jameson señala con respecto a la primera que es posible reconstruir la situación inicial de donde emerge la obra. Muy diferente a la experiencia con el segundo cuadro, aquí encontramos un grupo de objetos reunidos, zapatos, que se encuentran totalmente desvinculados de su mundo vital originario. Resulta imposible recuperar los fragmentos que pudieran permitir recrear la escena primera, por ejemplo un baile. Esta obra da cuenta del predominio de lo superficial, lo banal. Considero que lo kitsch carece de la experiencia estética y del proceso creativo.

Gabriela Goldstein (2005) considera que en la experiencia estética algo imprevisto se encuentra, es una experiencia de descubrimiento, que se revela al sujeto de modo involuntario. Por otro lado Marion Milner (2002) establece que el proceso creativo surge de lo no-verbal, lo inconsciente. Un artista al romper con las divisiones lógicas yo-no yo, desenmascara símbolos y crea nuevos. Símbolos que permiten que la vida interna pueda ser conocida, vida que tiene contacto directo con los ritmos del cuerpo. Así un artista a través de símbolos que se expresan en una coexistencia visual temporal es capaz de dar cuenta de los procesos internos ligados a la corporalidad.

Entonces tanto la experiencia estética, que sería propia del observador, como el proceso creativo, que sería propio del artista, son experiencias profundas, ligadas a lo corporal, donde se difunden límites del yo-no yo y se fusionan las dimensiones del tiempo y del espacio.

Continuando este recorrido, Baudrillard señala que la cultura posmoderna se ha vuelto tan dependiente de los modelos y mapas, perdiendo el contacto con el mundo real que precede al mapa, resulta así imposible la distinción entre realidad y simulacro, teniendo un rol fundamental los medios de comunicación. Postula un fenómeno que denomina "la hiperrealidad", de la comunicación y de la significación, donde los medios de comunicación, por decirlo de algún modo, reemplazan

la realidad. Muchas películas sobre hechos históricos toman tal dimensión que finalmente provocan el olvido la aniquilación del hecho real; dice "más real que la realidad así como lo real es abolido".

En esta misma línea Debord, en su obra *La Sociedad del Espectáculo*, destaca la alienación del espectador y dice: "cuanto más contempla menos vive; cuanto más acepta reconocerse en las imágenes... menos comprende la existencia y su propio deseo..." (Debord 2002, pág. 30).

En Chile, el año 2004 la artista plástica Francisca Mc Pherson realizó la obra "Retratos de la Banalidad Chilena". Su objetivo fue describir y dar cuenta de cómo vivimos mediatizados por imágenes banales donde prima el simulacro y la simulación, la representación por sobre la realidad.

Para dar cuenta de lo anterior retrató figuras mediáticas del mundo de las comunicaciones, el deporte y la farándula. En su obra son fundamentales, la técnica y materiales utilizados, tienen el sentido de dar cuenta de la simulación y banalidad propia de estos tiempos. Ella señala que en su trabajo existe una simulación doble, ya que se aparenta técnicamente el mosaico y los retratos corresponden a imágenes sacadas de los medios de comunicación. "En esta simulación doble hay también una negación doble, puesto que se reniega de la pintura para tratar de parecer mosaico y reniega también la industrialización de las imágenes publicitarias y su objetivo, al realizarlas con una técnica manual, técnica que no es lo que parece, que engaña la mirada y el espectador, una mirada superficial, una trampa." (McPherson, 2004, pág. 27). Los marcos vienen a reforzar lo anterior, son de spray dorado que simula oro, color generalmente utilizado para rendir culto a imágenes religiosas y profanas. Antiguamente el mosaico y las piedras preciosas se usaban para representar a los dioses, en esta ocasión se utiliza la simulación del mosaico para representar a los dioses simulados de hoy.

Incorpora además la idea de Sarduy, "quien postula la simulación de un espacio fingido, que daría cuenta de lo inexistente, donde la imitación es duplicar sin verdad, sin identidad propia enunciando vacío y muerte de lo real, de lo esencial" (Mc Pherson, 2004, pág. 26).

La Escena Psicoanalítica: Una escena se desarrolla dentro de las dimensiones de tiempo y espacio. Nuestra escena, la psicoanalítica, es a su vez parte de una escena mayor, nuestros tiempos.

En términos muy simples: tenemos un psicoanalista y un paciente, que se encuentran en una consulta durante un tiempo determinado. Esta escena puede ser asimilada a un escenario teatral donde los distintos personajes en acción tienen asignado roles y disponen

de una escenografía. El analista conoce su parlamento. Gran parte de éste lo constituyen las herramientas técnicas que junto a un manual de mandamientos y otro de prohibiciones –proyecciones de su súper yo psicoanalítico– dispone en un vitrina. Sentado en la seguridad que le da el lugar del supuesto saber, otorgado por el paciente, sabe qué hacer. El analizado tiene menos claro su rol, tiene muy poco de donde asirse para sostener su angustia, sólo dispone del poder que le otorga al psicoanalista; conoce sí –casi de memoria– el parlamento del otro cuando trasgrede las reglas fundamentales, el *setting*.

Dentro de esta escenografía el diván ocupa un lugar principal, rápidamente toma un primer plano, quedando casi en penumbras las dos personas. Este objeto carga con nuestras propias angustias y las del paciente. Le asignamos así cualidades mágicas, constituyéndose para alguno en un objeto fetiche. Pocas veces reparamos en cómo entró a escena y desde dónde tomó este rol fundamental.

El zoom cambia su enfoque, las caras quedan en primer plano. No es menor quedarnos sin la posibilidad de encontrarnos cara a cara. Levinas habla de “la pobreza del rostro” y dice: “El rostro no es en absoluto una forma plástica como un retrato; la relación con el rostro es, por una parte, una relación con lo absolutamente débil –lo que está expuesto absolutamente, lo que está desnudo y despojado–, es la relación con lo desnudo y, en consecuencia, con quien está solo y puede sufrir ese supremo abandono que llamamos muerte...” (Levinas, 2006, pág. 86).

Si alejamos el zoom y miramos la escena con más distancia, vemos como elementos que constituyen los pilares de nuestro quehacer, la teoría y la técnica, pueden transformarse en imágenes que mediatizan nuestro accionar y nuestra experiencia directa con nosotros mismos y el otro, constituyéndose una escena de cartón piedra dentro de una esfera de cristal. Pienso que esta imagen que tiene mucho de caricatura, pero como toda caricatura exagera lo primordial de una realidad, es la forma en que a veces se encuentra lidiar con sentimientos propios de todos los mortales. Los pacientes una y otra vez nos hacen sentirnos arrojados a sentimientos de fragilidad, vacío, el sin sentido y la muerte. De este modo corremos el riesgo sumidos en el pánico de alejarnos y desconectarnos.

Siempre he creído que nuestro quehacer tiene mucho de arte. Estamos para generar símbolos, no a través de un cuadro o una escultura sino por medio de la palabra. Antes de la palabra está el contacto con nuestro interior, nuestras sensaciones, que en un minuto toman formas de imágenes propioceptivas, visuales,

de diversa índole. Cada uno de nosotros propende más a cierto tipo de imágenes, en mi caso es lo visual. Creo que éstas son de una enorme riqueza, cómo los cuadros son capaces dar cuenta de un proceso mayor y profundo. En mi experiencia, comunicar a los pacientes estas imágenes internas las más de las veces calza justo con aquello que cuesta tanto verbalizar, y de este modo abre, genera un espacio. Haciendo referencia a este hecho Marion Milner(2002) habla de manera muy clara sobre la experiencia de conciencia interna, lo liga a la experiencia corporal y cómo en vez de ensimismarnos o encerrarnos nos abre al contacto con el mundo con el otro, señala cómo en las sesiones el movimiento se genera a partir de la conexión del terapeuta consigo mismo. De este modo las interpretaciones se generarían de manera espontánea.

Reconozco que la teoría y la técnica son dos pilares fundamentales de nuestro quehacer clínico. En mi opinión el riesgo está en transformarlas en imágenes mediáticas, y de este modo perdernos de lo que en mi opinión es lo esencial, qué significa SER psicoterapeuta, que es SER psicoanalistas. De este modo ojalá cada una de las sesiones, cada uno de los procesos terapéuticos, sea una escena viva, no simulada, honesta como la imagen de los zapatos del labriego. Volviendo a Levinas, creo que esto pasa por deponer nuestra omnipotencia, dar nuestra cara... a propósito de retratos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Baudrillard J. (2001) El Otro por Sí Mismo. Barcelona, España. Editorial Anagrama
2. Baudrillard J, Valente E. (2005) Los Exiliados del Diálogo. Buenos Aires, Argentina. Editorial Sudamericana
3. Calinescu M. (1987) Five Faces of Modernity. Durham, England. Duke University Press
4. Debord G. (2002) La Sociedad del Espectáculo. Valencia, España. Pre-textos
5. Eco U. (1999) Apocalípticos e Integrados. Barcelona, España. Editorial Lumen
6. Goldstein G. (2005) La Experiencia Estética. Escritos sobre Psicoanálisis y Arte. Buenos Aires, Argentina. Del Estante Editorial
7. Jameson F (2005) El Posmodernismo o la Lógica Cultural del Capitalismo Avanzado. Argentina. Paidós Studio
8. Kundera M (2005) La Insoportable Levedad del Ser. Barcelona, España. Tusquets Editores
9. Levinas E (2006) Ethics and Infinity. Pennsylvania, USA. Duquesne University Press
10. Mc Pherson F (2004) “Retratos de la Banalidad Chilena” Memoria para optar a la Licenciatura en Arte de la Pontificia Universidad Católica de Chile
11. Milner M. (2002) The Supressed Madness of Sane Men. New York, USA. Brunner – Routledge
12. Olalquiaga C. (2007) El Reino Artificial. Sobre la Experiencia Kitsch. Barcelona, España. Editorial Gustavo Gili, SL
13. Rojas R. (2009) La Persona y Presencia del Analista: Sujeto y Ética. Revista Chilena de Psicoanálisis

## PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

# TE BUSCO CUERPO, SIN PODER ALCANZARTE<sup>1</sup>

(Rev GPU 2011; 7; 3: 286-299)

Patricia Cordella<sup>2</sup>

**Se presenta un Modelo de Intervención psicoterapéutico que utiliza cuatro dimensiones basadas en registros del cuerpo que van desde lo somático, lo orgánico, lo mental y lo relacional. Se trata de un modelo inédito que ha sido publicado, en parte, en el libro *Anorexia, Bulimia, Obesidad*, Ediciones UC, 2010, Santiago. Ésta es una versión revisada para el uso en psicoterapia. Se ha intentado modelizar la noción de cuerpo de tal forma que puedan ser integrados los discursos utilizados tanto en el psicoanálisis como en las variantes intersubjetivistas y las corrientes corporales.**

Como el teclado de un piano está el genoma esperando las manos y los ojos del intérprete que lo harán cobrar vida.

Mara Della Sarta, 2008

### A QUÉ LLAMAMOS CUERPO

Desde Aristóteles<sup>3</sup> se ha llamado genéricamente cuerpo a *eso* que tiene altura, anchura y profundidad (extensión). Los estoicos le sumaron a estas características la solidez. Es decir, se entiende como cuerpo un volumen material.

Sin embargo, un cuerpo parece no ser sólo eso, y será Leibniz quien llamará, ahora, cuerpo físico a una serie de características como la materialidad, resistencia, densidad, capacidad de llenar espacio e impenetrabilidad distinguiéndolo del cuerpo matemático (geométrico) más abstracto.

Es, justamente, la materialidad del cuerpo la que le propone un límite a otro cuerpo con su presencia.

Pero un cuerpo además de materia, se mueve. Tiene masa, relación entre la fuerza y la aceleración. Un cuerpo puede ser impactado por una fuerza y desplazarse con este efecto.

Con el tiempo la noción de cuerpo transita hacia la relatividad de Einstein y es así como la masa pasa a ser energía. Se desarrolla la idea que el cuerpo es generador de campos de energía y queda expuesto, como otros entes, ante la pregunta entonces: ¿el cuerpo es materia o energía? Pregunta que queda sin respuesta hasta posteriores desarrollos de la física cuántica.

En este escrito, sin embargo, nos interesa un cuerpo particular: el de los seres vivos. Un cuerpo que no sólo es físico, matemático y relativo, sino que es capaz de autoorganizarse, reproducirse, desorganizarse y

<sup>1</sup> Una versión anterior está publicada en el libro *Anorexia, bulimia, obesidad*, P. Cordella, Ediciones UC, 2010, Stgo.

<sup>2</sup> MD, PhD. Profesor asistente Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Psiquiatría. Terapeuta familiar y gestáltico, Magister en Psicoanálisis, Doctor en semiótica, Universidad de Bologna.

<sup>3</sup> Abbagnano, Nicola. *Dizionario di filosofia*. Ed. Utet, Torino (1998)

desestructurarse hasta volverse completamente regresivo: elemento material puro.

Aristóteles sostiene que el cuerpo no existe sin el alma ya que ésta le otorga forma y esencia. Aunque para el estagirita el alma precede al cuerpo, para nosotros es difícil entenderlos disociados. Él ordena el asunto de tal forma que se nos aparece el alma como el requisito para que un cuerpo sea y, en ese sentido, lo precede<sup>4</sup>. Hoy diríamos que la organización, no la estructura que es siempre material, existe antes de que sea corporizada o actualizada por un organismo. El cuerpo es entonces forma (dada por el alma) y materia. La forma, a su vez, es vista como acto en potencia, movimiento, y es así como el movimiento del cuerpo muestra su causa eficiente (función) y su causa final (para qué). Es por esta razón que aquello que el cuerpo hace o no hace nos daría información acerca de su función y finalidad.

La traducción latina de la palabra griega "ánima" (principio de vida) como "alma" significó un desplazamiento del sentido aristotélico inicial, pero permitió durante el Renacimiento usar este término en un sentido teológico. Por este juicio "alma" se empieza a entender como algo eterno e inmaterial y queda separado temporal y físicamente del cuerpo. Se funda una aporía entre lo eterno, sutil, inmaterial y puro del alma frente a lo corruptible, degenerable y sucio del cuerpo.

Para Aristóteles el cuerpo es instrumento del alma, pero el alma es entendida como el principio de lo viviente, y que se manifiesta desde lo más elemental, como moverse y comer, hasta lo más elevado, como la sensación, la imaginación y el intelecto<sup>5</sup>.

Descartes, imbuido de una profunda fe religiosa, plantea la posibilidad de separar, ahora filosóficamente, la forma y la materia, los dos mundos que hacen al cuerpo aristotélico. El cuerpo al quedar al lado de la materia pertenecerá al mundo humano, mientras el alma al divino. Esta escisión fue muy útil en el Renacimiento ya que permitió que la Iglesia diera los permisos necesarios para estudiar el cuerpo separado del alma, y con esto la medicina logró amplios avances al hacerse posible las autopsias. El cuerpo comienza a ser visto como una máquina autónoma al ser homologado su funcionamiento con los mecanismos que empezaban a organizar lo que después serían las máquinas. Estas metáforas que utilizan la tecnología imperante como figuras interpretativas del operar del cuerpo, son lugares de uso común a la hora de explicar el funcionamiento

del cuerpo. Es conocido decir que el cerebro tiene un hardware y un software para explicar los aspectos biológicos del cerebro, como hardware, versus los patrones adquiridos por aprendizaje como software.

En el mundo moderno, no contemporáneo, la noción de cuerpo se empieza a ofrecer como un concentrado de dimensiones en las cuales al unísono se hacen presentes la representación, la percepción y la idea. Fue Berkeley (1685-1753) quien introdujo el concepto de "complejo" constituido por estas tres dimensiones y que termina por ser aceptado por Hume (1711-1776) como una forma de comprender qué es un cuerpo<sup>6</sup>.

Para el pensamiento contemporáneo, ahora sí, contemporáneo y, especialmente para la fenomenología, el cuerpo es una experiencia viviente conectada con sus posibilidades. Goldstein<sup>7</sup> propone al cuerpo como una estructura física determinada y multiforme que es tanto un fenómeno de expresión como un conjunto de actitudes. El cuerpo es en el mundo y tiene la experiencia de devenir o, si lo vemos en su extremo, el cuerpo "es" ese mismo devenir. Merleau-Ponty dirá: el cuerpo no es un objeto, es "algo que no tengo mejor forma de conocer que viviéndolo, es decir, asumiendo el drama (la escena) que me atraviesa y confunde con él"<sup>8</sup>. Este modo de vivir el cuerpo en primera persona es parte de la experiencia particular de cada cual. Sin embargo, también el cuerpo es concebido como un elemento para el uso en la vida y como el sostén del intelecto, y allí la referencia quedaría en tercera persona. Más que vivencia, reducido a cosa sólida, objetiva, medible.

Hay que agregar que el cuerpo vivido no es sólo sustento y acción, es también significado. Así, narrado en primera persona, nos trae noticia de integraciones ya sean éstas estables e inestables que se producen en cada experiencia entre las dimensiones potencial y actual y entre lo que llamo "yo" y lo que llamo "lo otro". Ya no es sólo un conjunto de variables físicas en bruto, sino un modo radicalmente diferente de inteligibilidad<sup>9</sup>. Mi cuerpo es el que le da sentido, no sólo al mundo natural sino al mundo cultural. Mi cuerpo es el lugar donde se resuelve de *facto* (de hecho) qué viene desde fuera y es impuesto para ser significado y qué es aquello que

<sup>4</sup> Carbone, A. *Aristoteles: l'anima e il corpo. Parva naturalia*. Ed. Bompiani, Milano (2002), pág. 57.

<sup>5</sup> *Ibid.* Aristóteles. *Ánima e corpo*, pág. 11.

<sup>6</sup> *Ibid.* Dizzionario, pág. 220.

<sup>7</sup> Kurt Goldstein escribe en 1934 la estructura del organismo. Es un filósofo y neuropsiquiatra influenciado por la Gestalt que influencia a su vez a Merleau-Ponty.

<sup>8</sup> Merleau-Ponty, M. *La estructura del comportamiento*. Ed. Hachette, Buenos Aires (1976).

<sup>9</sup> Merleau-Ponty, M. *Fenomenología de la percepción*. Ed. Planeta Buenos Aires (1993), pág. 33.



surge desde *eso*<sup>10</sup> que llamo “mí mismo”. Ambas cosas son articuladas en el campo experiencial del cuerpo vivido. Por eso el cuerpo es vivido pero al mismo tiempo pensado y, como tal, organiza un esquema consciente y otro inconsciente<sup>11</sup>. No se trata sólo de cierta unidad de órganos sino de una unidad de sentido. El sistema nervioso captura hechos globales, totalidades aferentes desde todo el funcionamiento del ser vivo que soy<sup>12</sup>. Es esta totalidad la que actualiza el fenómeno de la expresión: las palabras, los gestos, los movimientos del otro. Antes que conceptos, todos ellos son acontecimientos que captura mi cuerpo y que constituyen los puntos por donde mi cuerpo los engancha, creando con esto los límites de su significación<sup>13</sup>.

Cuerpo vivido, experimentado o cuerpo mismo, el *Leib* alemán que Husserl pone como en el lugar de la máxima turbulencia: el punto de encuentro entre lo externo y lo interno, y que contrasta con el *Korper*, considerado un mecanismo<sup>14, 15</sup>. El *Leib* entra en negociación con los otros cuerpos y en la cual pierde inevitablemente una parte de su subjetividad para construir el campo intersubjetivo. Por eso podemos decir que el cuerpo es una alteridad que se repliega sobre sí misma, o un sí mismo que se despliega en la alteridad. El juego del adentro y el afuera parece diluirse cuando comprendemos las cosas en términos dinámicos, en movimientos permanentes y en oscilaciones en medio de un campo de energías comunes, memorables y con la posibilidad de crear siempre nuevas formas de encuentro.

<sup>10</sup> *Eso*: está intencionadamente puesto aquí para hacer resonancia con la frase freudiana tan usada por los lacanianos “dónde eso era yo debo advenir” que se refiere a “eso” como lo inconsciente, es decir, todo lo que se es en acto y potencial en un momento dado.

<sup>11</sup> Doltó F. *La imagen inconsciente del cuerpo*. Editorial Paidós, Buenos Aires (1997). Describe cómo se organiza en la psiquis la noción de cuerpo donde el esquema corporal corresponde a una percepción más anatómica, neurológica, funcional del cuerpo en su intercambio con el mundo, y en cambio la imagen es un orden imaginario y simbólico que resume las vivencias de ese cuerpo al ser sometido al proceso de humanización y por tanto castración de su potencial para hacerlo funcional a la comunidad donde se articula.

<sup>12</sup> Merleau-Ponty M. *La estructura del comportamiento*. Ed. Hachette, Buenos Aires (1976), pág. 81.

<sup>13</sup> *Ibid*, pág. 250

<sup>14</sup> Cruz-Sánchez Editor. *Cartografías del cuerpo: la dimensión corporal en el arte contemporáneo*. Ed. Cendeac, Murcia (2004), pág. 136.

<sup>15</sup> Lolás Stepke, Fernando. Ed. Andrés Bello, Santiago, 1997, pág. 106.

## EL CUERPO COMO DISCURSO SOCIAL

Además de lo dicho, el cuerpo sostiene el discurso social, es decir, se hace cargo de las tensiones que los discursos circulantes proponen con sus contradictorios deseos y diseños, por ejemplo es posible que “ser sano” se contraponga a “ser bello”, siendo que belleza y salud suelen ir de la mano porque se exagera la filiación a un discurso en desmedro de otro. Esta situación es habitual en las pacientes anorécticas que intentando marcar un aspecto idealizado de la belleza contemporánea, como es la delgadez, se enferman tratando de lograrlo, es decir, pierden la asociación bello-sano por exagerar el control de uno de los aspectos. Lo mismo ocurre con los tratamientos cosmetológicos que esta vez toman otro aspecto del ideal de belleza actual, cual es la juventud, el que llevado al extremo termina con caras sin gestualidad, congeladas en un gesto de asombro cuando se exagera el uso de toxina botulínica, enfermando con esto las relaciones humanas que se basan en la empatía mutua que requiere lectura gestual.

Durante el clasicismo la belleza era armonía y salud, una sola cosa<sup>16</sup>. En la actualidad, belleza es sobre todo imagen, iconicidad, es la foto o el video que será visto una y otra vez y sobre el cual se producen los ajustes con los videos o fotos proporcionadas como ideales de belleza por el show-business. Mientras más similitudes con la “imagen ideal” propuesta por los profesionales de la belleza, más cerca del ideal social. Esta coincidencia crea la engañosa garantía de felicidad propuesta.

El cuerpo, desde siempre por estas razones, es sometido a pedagogías. Hay diversos discursos que el cuerpo intenta encarnar: los relacionados con el bienestar, que surgen desde diversas disciplinas, pero especialmente desde lo médico; los relacionados con valores predominantes de la época, que surgen de carencias y/o necesidades; los creados con fines de lucro, como por ejemplo el uso de ciertos cosméticos que prometen lozanía aun en la vejez. Son estos discursos los que lo subordinan y prescriben sus líneas, sus gestos y posturas<sup>17</sup>. Podemos decir que, prescrito en sus formas, el cuerpo es manipulado por los discursos sociales y queda sometido a normas que internaliza en el afán de corregirse, produciendo rigideces y marcas que revelan

<sup>16</sup> El número áureo correspondía a esa búsqueda matemática de la belleza hecha por Leonardo Da Vinci. Eco U. *Historia de la belleza*. Ed Lumen (2005).

<sup>17</sup> Vigarello G. *Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires (2005).

las prácticas a las que ha sido dócil y obediente. Ciertos individuos son capaces de llegar al límite de la funcionalidad fisiológica, esto no es sólo parte de nuestros días donde hay abuso de sustancias para adelgazar, por ejemplo, sino que ha existido siempre; baste recordar los mareos y lipotimias de las mujeres cinturas de avispa. Las normas que rigen la apariencia pueden ser soberanas y absolutas y se imponen no sólo sobre el cuerpo sino también sobre la salud. A través de los siglos los discursos sociales de belleza han tenido un poder ilocucionario importante, impulsando conductas que buscan fusionarse con el ideal de belleza imperante, tal vez en el afán de poseer un trozo de ese lugar preciado en el que, a través del ser objeto del deseo, se busca consolidar la autoestima<sup>18</sup>.

En el arte, el cuerpo ha sido utilizado como soporte y como campo de experimentación, debido a sus innumerables posibilidades de acción, percepción e información. El arte ha dejado testimonios de cómo han sido las representaciones del cuerpo a lo largo de la historia<sup>19</sup>. Y es a través del legado artístico que vemos el afán experimental que se ha tenido sobre el cuerpo tomado como cuerpo plástico y como materia a utilizar en la expresión imaginaria de las posibilidades del organismo.

Como dice Nancy en *Corpus* "el cuerpo es la última pesadez de occidente, el cuerpo nos pesa, queremos ser sólo cogito. Si sólo fuéramos imaginación, identidades múltiples en intersubjetividades creadas a propósito de encuentros virtuales y no tuviéramos qué comer, asearnos, dormir, enfermarnos, envejecer y morir, la vida sería un eterno deambular por la comunicación y un eterno rehacer significados: seríamos el sujeto semiótico infinito y no este cuerpo desagradable del cual nunca estamos conformes". Estas palabras de Nancy las podemos leer como el discurso delirante de un occidente tecnificado a ultranza. Y este fanatismo discursivo parece tomar la voluntad de algunos individuos, especialmente de aquellos que requieren un control excesivo para sostener un cierto equilibrio, que por lo mismo se presume precario. El cuerpo representa la incertidumbre, el permanente movimiento entre la percepción, la sensación y la interpretación aportada por un sentido comunitario. El discurso social, en cambio, parece cierto y objetivo; gobernado por leyes, al parecer, inmutables; firme como columnas (premisas) griegas; capaz de sostener civilizaciones y por lo tanto personas. Los individuos sanos, en cambio, son nó-

mades entre la biología individual y el contacto social, nunca están completamente ciertos, pueden cambiar sentido (significado y rumbo) y por eso mismo descubrir mejores soluciones.

## SOMA, ORGANISMO Y CUERPO

Como nuestro objetivo es referirnos a la noción de cuerpo que usamos en psicoterapia, comenzaremos haciendo tres órdenes de distinción que nos permitirán organizar la información. Estará de más decir que esto sólo tiene un carácter didáctico, puesto que la totalidad de la experiencia es siempre completa y compacta. Sin embargo, el fraccionamiento operacional nos facilita la acción en psicoterapia, la nominación de las técnicas a utilizar y la comunicación posterior en supervisiones o presentaciones de pacientes.

Tres dimensiones pondremos a disposición de este orden. Por una parte la base material, la realidad proteica preestablecida en la información que la especie maneja como organización del *homo sapiens* al que llamaremos "soma"; luego el funcionamiento de este soma que está influenciado por el ambiente en el cual el soma despliega su potencial y funciona como ser vivo en adaptación que llamaremos "organismo"; y finalmente lo que llamaremos "cuerpo"; que es todo lo anterior encontrándose con el lenguaje, lugar comunitario de acuerdos que necesariamente esculpe los instintos primitivos hasta transformarlos en emociones o acciones capaces, si hay éxito, de colaborar con la comunidad donde se hace vivo.

Las dimensiones de "soma", "organismo" y "cuerpo" son uno solo en la acción, sea cual sea la acción que se esté realizando. Sin embargo, para capturar el fenómeno, es útil construir y seguir un hilo de Ariadna. Diremos, para empezar, que "soma" es la invarianza, la base material de la acción; el "organismo" es la acción misma, la fisiología en adaptación constante y el "cuerpo" la marca biográfica de ella.

SOMA: es la estructura capaz de ser organizada por el genoma. Empieza y termina en los límites propuestos por la información biológica acumulada y seleccionada en la historia evolutiva de la especie<sup>20</sup>.

ORGANISMO: lo viviente que se distingue de lo no viviente<sup>21</sup>. Estructuras subordinadas a la función de sobrevivir.

<sup>18</sup> Ilocucionario: que impulsa a hacer cosas.

<sup>19</sup> Corbin, Courtin, Vigarello. *Historia del cuerpo*. Ed. Santillana, Madrid (2005).

<sup>20</sup> Soma (RAE): Totalidad de la materia corporal de un organismo vivo, excepto los gametos.

<sup>21</sup> Dizzionario *ibid*, pág. 786.

Su organización se concibe como partes interdependientes. Es una unidad coherente, integral y funcional que nos permite operar en el medio ambiente y que va siendo modulada por la presencia y ausencia de seguridad. Es la acción situada de toda la fisiología en un momento del tiempo. En esta acción con el medio participarían los circuitos emocionales primarios descritos por Pankseep.<sup>22</sup> Que serían la primera línea de acción en relación con los otros seres vivos.

CUERPO: es una dimensión inestable asentada en lo material y fisiológico que son su *ground*, pero sobre la cual se construye la dimensión imaginaria y simbólica que trae la presencia de los otros y de la cultura (decante de todos los otros) que da pie a múltiples cambios a lo largo de la vida.

El cuerpo aparece por tanto como aquello que ponemos a disposición del vínculo con una base molecular funcional que ha servido de plataforma a la imagen consciente e inconsciente que tenemos del cuerpo propio, más la suma de los innumerables *feedbacks* que hemos recibido acerca del mismo; más los innumerables ajustes que hemos realizado sobre él, según los discursos y los íconos que nos tocó imitar (especialmente durante la adolescencia); más los deseos conscientes e inconscientes que ha aceptado el cuerpo como falta; más las frustraciones a los deseos ajenos y propios; más... más... El cuerpo finalmente es el recinto de la experiencia global de ser-en-relación. Desde este cuerpo que es siempre vincular<sup>23</sup>, se ancla el *self*<sup>24</sup> y es éste el cuerpo que se enferma, sea cual sea

el nombre que le pongamos a este enfermar (mental o somático).

### Del soma al cuerpo

Un cuerpo es tanto contorno geométrico y volumen sólido como movimiento muscular y mareas de fluidos internos. Es objeto y es proceso, es permanencia y cambio.

El cuerpo se percibe también a sí mismo en funcionamiento, percibe su organismo. Si nos dirigimos a él podemos escucharnos respirar, latir, mover los intestinos. Desde los nombres dados a estos movimientos propios del funcionar del organismo (por ejemplo, recibir, contener, expulsar) será posible anclar metáforas que harán el puente entre lo somático y lo psíquico o entre lo somático, lo fisiológico y el cuerpo.

El cuerpo se percibe interoceptiva y propioceptivamente como un objeto-vivo que se desplaza entre otros objetos-vivos desde su ingreso a la vida común. El cuerpo se sabe unidad y a la vez se sabe parte de un sistema, sistema que lo forma (le da forma) y transforma (lo cambia).

El contacto del cuerpo con otros cuerpos lo moviliza y lo define como algo que está siempre siendo, en ajuste permanente y recursivo. El cuerpo se dispone a la trama común con otros cuerpos a través de zonas de contacto que el propio cuerpo tiene dispuestas para esto: las hay lisas, extensas y expuestas como la piel o replegadas y húmedas como los tubos digestivo y respiratorio. También las hay continentes, como los genitales femeninos, y excrecentes, como los masculinos, que denotan entradas y salidas del cuerpo.

El cuerpo aprende a estar con otros cuerpos en proximidad imitando no sólo sus movimientos musculares sino algo más fino como es el ajuste homeostático de la fisiología, es decir, el modo cómo ese cuerpo encuentra un equilibrio que le da bienestar. Este aprendizaje ocurre tanto por imitación a través del mecanismo "neuronas espejo"<sup>25</sup> que ocupa la empatía como un modo de leer el estado fisiológico de otro y copiarlo o acoplarse al mismo. En los primeros años de la vida el lactante se conecta con el cuerpo de la madre a través de procesos de conexión organismo-organismo, los cuales aseguran su alimentación al pecho. Este estar conectado-estar desconectado va generando un pa-

<sup>22</sup> Pankseep los caracteriza como: circuitos neuronales que utilizan un trazado particular, una combinación particular neuroquímica, un específico rango fisiológico y que están asociado con un estímulo claro y una respuesta emocional expresada en la conducta y la expresión facial. Estos circuitos tienen base genética y su función se puede alterar por mutaciones en genes específicos. Son necesarios para la supervivencia básica de un animal y tienen precursores evolucionarios. Estos circuitos son: placer, búsqueda, asco, rabia, miedo, deseo, apego, territorio y juego. Su disfunción puede asociarse a trastornos psiquiátricos, ya sea por aumento o disminución de sus funciones. Pankseep, J. Emotional Endophenotypes in Evolutionary Psychiatry. En: *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 30; 2006: 774-784.

<sup>23</sup> Calvo I, Ritterman F, Spolansky T. *Cuerpo vínculo y transferencia*. Ed. Amorrortu, Bs. As. (1984).

<sup>24</sup> Para Kohut el *Self* es un contenido del aparato psíquico, pero no un constituyente, una modalidad de abstracción próxima a la experiencia que tiene energía instintiva y

continuidad. Los objetos pueden interactuar con el *self* o formar parte de él. Análisis del *self* 1996:14-15.

<sup>25</sup> Iacoboni Marco. *I neuroni specchio: come capiamo ciò che fanno gli altri*. Bollati Boringhieri Torino, 2008.

trón de apego-despego que terminará por administrar la vida emocional más básica.

El cuerpo se encuentra más cerca de la dinámica social que el organismo y esto da la materia prima (la experiencia vital) a la factoría de la metáfora que es la psiquis y al mundo intersubjetivo que es lo relacional. El cuerpo es un referente objetivo de lo subjetivo, un instrumento de lo subjetivo que se preforma repitiendo una y otra vez los modos que aprende desde la dimensión simbólica que lo estructura y lo dispone en su narrativa proteica al intercambio social.

Más allá del ajuste fisiológico que el organismo realiza el cuerpo va adquiriendo significado en el grupo donde se desarrolla. Primero, en la familia nuclear y extensa y, luego, con los pares y la comunidad a la que pertenece. El significado del cuerpo, es decir, la representación de este organismo, es una propiedad distribuida que no le pertenece a ese cuerpo, ni tan siquiera a los miembros del ruedo que la construyen, sino al sistema de relaciones generado por ellos. El cuerpo, como se entiende, se va desplazando hacia territorios que salen de los códigos de la materia para entrar en el código social. Éste es el traspaso del mero soma, al cuerpo.

El cuerpo entra en la escena social participando de las prácticas colectivas cotidianas: comer, tomar el bus, saludar, mirar, por decir lo más cercano, y va quedando en este presentarse en la representación vestido de polisemias. Somos tantas representaciones cuantos reflejos y espejos existan. El cuerpo es retrato de cuerpo y cuerpo destinado a su imagen, es mutable según la necesidad y el contexto y, sin embargo, un *rito de ser el que es* y repetirse, copiarse, reanudarse si el contexto fija los puntos de particulares configuraciones. Es la representación del cuerpo la que lo va suplantando en su ausencia.

El cuerpo es también el rito de su propio mito (relato, descripción), mito que lo contiene y lo organiza, le permite y prohíbe estados del ser; le facilita y bloquea registros fisiológicos posibles. Un mito que lo fija en un rol, lo sitúa definible para otros. Un mito que lo castra, lo encierra para domesticarlo y *hacerlo social*. Un mito que lo sujeta para *hacerlo sujeto*, que lo hace predecible y por lo tanto controlable.

Por otra parte, el cuerpo se mira en lo que podemos llamar El Gran Espejo Ideal. Éste es un lugar público, una especie de *mall*, donde se pasean los cuerpos reales y se comparan con los cuerpos ideales (marcados como deseables). Se trata de un lugar donde existe la tensión expectante entre el zapato de cristal que propone el espejo y el pie-real que se para frente a él. En ese lugar se ajustan cuentas y se prometen metas. El Gran Espejo propone ideales que cada individuo acepta, re-

chaza o modifica. Es el lugar de la correspondencia y de la convención semiótica. El Gran Espejo parece marcar un sentido, pero su promesa es esquiva, como lo es el sentido mismo, y condena al cuerpo a ser errante dentro de este *mall* sin horarios.

Podemos decir entonces que el cuerpo, primero organismo vivo<sup>26</sup> (genética dispuesta para su autopoiesis, reproducción y muerte) ingresará al mundo metafórico del significado donde será determinado según las fuerzas de orden simbólico vigentes. En el espacio metafórico, el cuerpo pasa a ser imagen y la imagen es una obra conjunta, negociada con otros. Cuando el cuerpo se mira en el espejo, hay muchas pupilas mirándolo y devolviéndole una imagen elaborada según sean sus propias necesidades y deseos. El cuerpo ya en este espejo es deformado y abusado por quienes lo significan. Y esta imagen que los otros hacen de él es el lugar de partida para su propia imagen. Este cuerpo se mira *a través* de la imagen que los otros proyectan en ese espejo, por lo tanto el cuerpo recién sabe quién es, una vez que ha sido mirado por otro. La imagen que veo en el espejo es por tanto una *referencia supuesta*, no es el cuerpo objetivamente hablando, sino una *noción alrededor del sí mismo*. Pero el cuerpo se mirará a través de esta imagen construyendo en este rito su presencia. Se presenta a sí mismo con esta aura imaginaria, reflejo de deseos y amaestrado en una ilusión. El cuerpo va acumulando la experiencia de verse y ser visto y esta noción de sí inscribe en el otro su propia presencia. La presencia es la impresión que causamos en el otro y está construida a través de signos que se remiten a significados. Cada tiempo y cultura escoge signos que representan mundos de significados. Por ejemplo, la delgadez remitiría, en nuestros tiempos, a éxito y éxito, a felicidad y felicidad, a deseo de cercanía. En una suerte de ilusión engañosa usamos ciertos signos convencionales que inscriban clases de presencias. Los vigorexicos, por ejemplo, buscando inscribir presencia masculina, como fuerza y determinación, transforman el cuerpo en silueta muscular. Para construir esta presencia en los otros utilizamos signos que logren con eficiencia este objetivo, entre ellos, entregar rápida información taxonómica (si delgado, entonces éxito); ser competentes en la simulación (comer en público y restringir en privado); ser aptos para copiar o falsificar

<sup>26</sup> Varela define a un ser vivo como aquel capaz de transformar la materia/energía externa en un proceso interno de automantenimiento y autogeneración en una organización sistémica emergente capaz de replicarse y mutar. Varela *El fenómeno de la vida* Ed. XX (2000), pág. 15-40.

(desmenuzar la comida, revolverla en el plato para que parezca un plato del cual se ha comido); ser peritos en aparentar e imitar (comí donde mi amiga, estoy satisfecha; hago esto porque a "X" le resultó). Con el signo pretendemos dar información, comunicar quién somos o quiénes pretendemos, simulamos o soñamos ser. Copiar la apariencia es un juego dilecto al humano, destinado a engañar a la taxonomía.

Es en esta dimensión imaginaria del cuerpo donde es posible *la pretensión de ser*. Aquí es donde nos encontramos de nuevo con el espejo y Narciso mirándose en él, aún sin saber que eso que ve es él mismo. Es ese rostro que parece otro el que lo enamora. Es la imagen de nosotros mismos la que pretendería encantarnos y hacernos de soporte de realidad. Un pliegue engañoso del pensamiento que requerirá la capacidad de discriminar finalmente, antes de concluir, qué clase de información construye a ese cuerpo.

Podemos notar que la red social que captura el organismo (objeto-cuerpo), lo simboliza, le da figura pero, al mismo tiempo, lo frustra en sus profundos deseos de ser esa figura, constituyéndolo de esa manera en un cuerpo de humano. A cambio de esta entrega le dará en prenda un objeto-imagen (la imagen de su propio cuerpo). Esta imagen será la licencia de existencia que le permitirá circular. Lo representará, más allá de sí mismo, aun después de muerto. Una imagen, en este caso, no vale más que mil palabras sino más que mil vidas, ya que la imagen es inmortal. Agreguemos a esto que el cuerpo en su relación con otros cuerpos no es sólo monada e imagen sino un eslabón, una parte en un sistema de coordinaciones de coordinaciones<sup>27</sup>. El cuerpo se deja domeñar por el bien común porque es también su bien y porque es esencialmente plástico y su destino es gregario y corporativo. Es por esto que el cuerpo puede ofrecerse a la intersubjetividad colaborativa, tener capacidad de resonancia (empatía) y puede ligarse con otras biología tendiendo a un fin común cuando alcanza sintonía y sincronía con ellas<sup>28</sup>. Esto es lo que constituye el llamado "cuerpo social", el que sería

<sup>27</sup> Según Maturana, vivimos en un sistema de coordinaciones de acciones a través de coordinaciones de acuerdos o los que llama el lenguaje, que es donde creamos el mudo dentro de una epistemología cibernética de segundo orden.

<sup>28</sup> Sintonía y sincronía son dos conceptos que se han estudiado en el ámbito del infant research cuyos autores, estudiando lactantes y pequeños deambuladores han notado los fenómenos muy tempranos de empatía y neuronas espejo de los recién nacidos y la capacidad innata de los seres humanos para sintonizarnos en estados

parte de un sistema vivo más amplio (con sus propias reglas) en el cual participamos no sólo como promesa de supervivencia sino también de calidad de vida.

Podemos llegar a concluir que el cuerpo, como lo entenderemos en este escrito, se completa y se hace existencia al articular todos y cada uno de sus registros, haciendo de imagen, materia y símbolo un nudo recursivo en sí. El cuerpo es instituido cada vez y por cada cual en este cruce de dimensiones. Hay un punto donde se atraviesan e integran el soma, que al ser materia perceptible y moldeable se transforma en un organismo; la imagen, que se va creando en la interacción vincular; la identidad, que es el acuerdo entre el rol social íntimo y privado; y la intersubjetividad, que es la coordinación de la experiencia y que está dirigida hacia un sentido.

El cuerpo, como lo entenderemos, se funda como tal entre estas cuatro avenidas. Y es en este cruce donde el *self surge*, en un meta-nivel, como [un modo-] una estructura que integra a los discursos del cuerpo señalados.

## EL CUERPO Y SUS NARRATIVAS

Comenzaremos por ordenar los diferentes discursos que constituyen el cuerpo de la siguiente manera:

### 1. El cuerpo en el cuerpo (experimentado)

El soma se presenta a través de la fisiología, que es un registro silencioso y transparente en la salud. Habitualmente casi no sabemos de la existencia de este registro del cuerpo, pero que, en la enfermedad, pasa a ser central y escandaloso.

El cuerpo en el cuerpo es el registro interoceptivo, propioceptivo y sensitivo. Un cuerpo sentido y sintiente en sus funciones de intercambio adentro / fuera; tensión/ relajación; presión/ libertad; excitación/ reposo; ritmo/ sobresalto. Un cuerpo de datos claros y medibles, el predecible en sus límites bioquímicos. Este cuerpo es el que la medicina ha capturado como objeto de análisis, intervención y culto. Es el cuerpo que llamaremos cuerpo-en cuerpo, y que es lo más cercano a la información general de un organismo vivo de la especie humana en su rama *homo sapiens*. En este cuerpo están las formas básicas de lo vivo, como, por ejemplo, los instintos.

fisiológicos o afectivos. Entre ellos destacan Stern, Sander, Trevarthen, Bebbe.



Los procedimientos básicos de un animal bípedo, omnívoro y mamífero serían<sup>29</sup>:

- a. La búsqueda: sistema de motivación y expectación posiblemente relacionada con el entusiasmo, el reconocimiento de necesidades y la facilitación del aprendizaje.
- b. La rabia: sistema de destrucción relacionada con proteger lo propio, aniquilar lo enemigo e inmovilizar al presunto agresor.
- c. El miedo: sistema de ansiedades activado para defenderse y protegerse de ser dañado (es del daño al tejido del cuerpo al que tememos ancestralmente), el que encuentra diferentes formas de manifestación según la claves de peligro del medio ambiente.
- d. El deseo sexual: sistema de búsqueda, seducción y consecución de la reproducción y la compañía sexual entre hembras y machos.
- e. El cuidado: sistema de cercanía que facilita la nutrición y el desarrollo de las crías y marca la filiación.
- f. El pánico: sistema de alarma destinado a conservación de la vida o de las condiciones que la permiten
- g. El juego: sistema destinado a practicar, en condiciones favorables y sin consecuencias peligrosas, habilidades de la vida real o la creación de soluciones alternativas que suponen ligarse a otros con fines específicos.
- h. El poder: sistema de dominancias y sumisiones que jerarquiza al grupo, controla la ansiedad grupal, asigna territorio y dispone acerca de las parejas sexuales<sup>30</sup>.

Por lo tanto, es en este cuerpo donde se encuentran inscritos los patrones de apego, los arousal de ansiedad, placer, asco, rabia; los tonos ansiosos y motivacionales. Podemos decir que es un orden organísmico de cuerpo, un texto [escrito en] que el funcionamiento de los tejidos vivos escribe. Este cuerpo se enferma en lo psicósomático y en lo somático, es el cuerpo de la enfermedad así como la conocemos en la medicina contemporánea.

## 2. Cuerpo en el espejo (cuerpo visto)

Este es el cuerpo de las formas geométricas, del volumen tridimensional, el que algunos individuos sueñan

<sup>29</sup> *Ibid* Pankseep.

<sup>30</sup> Pankseep J. en *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* vol 30 (2006): 774-784.

bidimensional y plano. Es lo sólido que divide a la luz y el tiempo. Cuando lo veo en el espejo lo hago con los ojos de un otro que soy yo mismo, y allí el tiempo se hace lineal. Eso que veo allá ya fue, en relación a esto que siento acá y que está siendo. Es el cuerpo que se refleja en la pupila de la madre, en el brillo de los ojos de la pareja, entre los pares o en la vidriera pública. Desde la perspectiva opuesta, es el cuerpo como espejo del otro, de ese cuerpo que veo. Este cuerpo visto, este cuerpo tocado siempre por la mirada de un otro, ya no es mío: requiere siempre, como decimos, de unos ojos "otros". El cuerpo en el espejo es el que creo me han atribuido, el que sospecho me otorgan: según, quién, por qué y cuándo. Es el cuerpo que sufre un corte con el filo del espejo.

Soy y no soy yo esa imagen, porque carece de algo esencial y sin embargo me antecede, me presenta ante el otro, aunque éste sea yo mismo, hecho otro por la imagen que se ofrece a mi mirada. El otro, sea cual sea, me otorga un valor ético, estético y de intercambio. El otro me construye aun sin mi autorización y esta construcción me "afecta".

El cuerpo allá, el que ya fue proyectado fuera de mí y sostenido por el espejo, mas el que miro y siento acá, juntos, construyen un diálogo, un espacio donde circula un afecto entre ambos. Uno es el real (material) y otro es el imaginario y ambos en el espejo se inquietan. El afecto busca un representante en el cuerpo, así como la representación un cuerpo donde hacerse carne. La escena en el espejo<sup>31</sup> crea un espacio de comunicación metafórica donde representación y afecto se harán plásticos hasta intentar fundirse. En este espacio podré portar la imagen de aquello que falta, en ese espacio se creará el imaginario, uno que sujeta los momentos fugaces, es decir, se construirá un "sujetador en falta". Así la imagen, libre de compromisos fisiológicos, podrá representar a este soma en otros lugares y saldrá al mercado para ser sometida al control de fiscales sociales quienes la compararán constantemente con sus ideales. Como dirá Scheler<sup>32</sup> "ser es ser otro, ser todos los otros sin la menor posibilidad de ser uno mismo",

<sup>31</sup> Para Lacan el estadio del espejo representa un aspecto fundamental de la estructura de la subjetividad, donde lo imaginario se abre como dimensión en la que el sujeto es permanentemente capturado por su imagen. El sujeto establece una relación libidinal esencial con la imagen de su cuerpo. El estadio del espejo explica cómo la formación del yo ocurre por procesos de identificación con esta misma imagen.

<sup>32</sup> Scheler Max Gramática de los sentimientos: lo emocional como fundamento de la ética Ed Critica Barcelona 200.

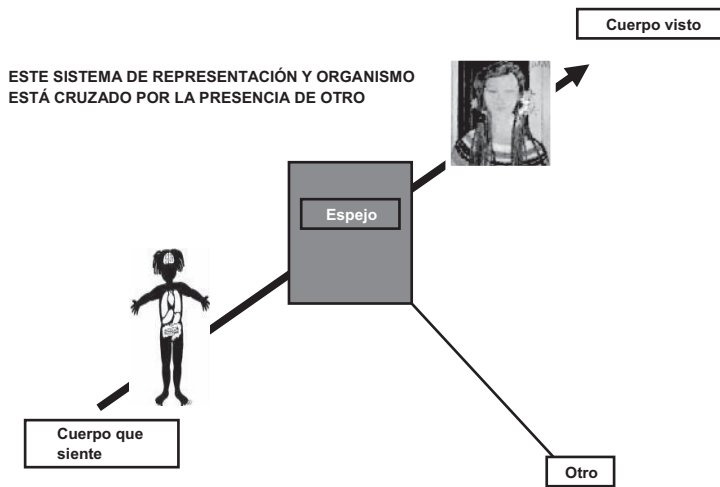


Figura 1. El organismo situado en el aquí y ahora es reflejado en el allá y entonces por el espejo.

haciendo del ser algo incierto, como el reflejo de infinitas imágenes dispersas y variables en sus definiciones. En ese desparramo la imagen, transeúnte inmortal, encuentra respuestas en el “cómo soy deseado” o “como soy necesitado” por otro. Cuando vuelva a mí, la imagen se irá cimentando como un código a través del cual me veo en mi cuerpo-visto. Se integrará en esta imagen de mí la mirada forastera, haciendo equiparable mi deseo al de otros a través de sucesivas distorsiones.

El cuerpo del espejo es, entonces, el cuerpo de la silueta, el que se enfermará de dismorfofobias y en las llamadas distorsiones de la imagen corporal.

El cuerpo que veo es algo que fue “visto”, es decir, que ya pasó.

### 3. Cuerpo en la mente (cuerpo pensado)

El otro no sólo nos representa en su mente y nos percibe, sino que nos describe, nos entrega palabras que nos ordenan. Las palabras envuelven el cuerpo, lo atraviesan, lo hacen parlante, comunicador de signos fonéticos. El lenguaje humaniza al cuerpo, puesto que es como una red lógica que le cae para darle un orden social. La comunidad requiere una ordenanza. En este cuerpo se hará uso de la legislación logo-céntrica que utiliza operaciones sencillas como: ampliar, disminuir, girar, polarizar, invertir, rotar, trasladar, complementar, conmutar, sustituir, repetir, seriar, degradar en escala, proyectar, desplazar, sustituir, polarizar, condensar, aislar, disociar, incluir, sustituir. Todos son procesos lógicos que movilizan y disponen al acuerdo y la coordinación.

Este cuerpo es el que se somete a la escena común capturado por un rol asignado. Este cuerpo pierde de sí para ganar de nosotros. El cuerpo se pone el hábito designado, se habitúa a ser ese rol. Con el rol se hace algo. Es decir, el cuerpo se encuentra en el ámbito de la interacción. El rol por restringe y a la vez otorga sentido a la escena grupal (ya sea doméstica o pública). Desde el rol, el cuerpo cumple tareas preestablecidas. El rol cumple con representar una posición relativa a otros. Desde el rol se regula, también, la motivación. Cada rol tiene un monto de deseo dispuesto a regular la distancia. El rol es una atribución unitaria y completa que cohesiona lo real del cuerpo con lo esperado del grupo (lo real con lo ideal) y que está regido por las leyes de la administración interna (del súper-yo). El rol es la exigencia en el escenario común que asegura la correcta configuración de la obra corporativa. Es el corte claro entre mi función y tu función. Es la partición de ocupaciones hecha por una ley invisible que lega y liga según necesidad. Este cuerpo en-rolado para fines que lo trascienden, incluso por generaciones de filiación, puede inclinarse a pensar sobre sí mismo para comprender el reparto de tales significados, no siempre variándolos, tal es su fuerza. El cuerpo mental es el cuerpo de la interacción que permite tomar partes de la identidad en la mitología grupal. Es en esta cosmogonía en la cual el cuerpo se legitima, justifica y preserva entre los varios niveles de conciencia implicados en las múltiples asociaciones que contiene cada rol. El cuerpo acotado en su rol intenta disminuir la incertidumbre y alcanzar un equilibrio que lo realiza en cada interacción. Éste es el

cuerpo que se enferma en la histeria, el cuerpo que se ha pensado de un modo y que puede enfermarse desde ese mismo modo.

#### 4. Cuerpo con otro cuerpo (cuerpo coordinado)

El otro no es sólo su voz hecha signo en las palabras, sino toda su biología vibrante que resuena con la propia. La sintonía de cuerpos es una radical comunicación empática donde sucede otro espejo, esta vez la de ajustes finos de los sistemas nerviosos que regulan los ritmos de movimientos, latidos y tensiones de uno y otro haciéndolos homólogos por momentos.

Es el registro del cuerpo ofrecido a otro en relación. Es el cuerpo vinculado que busca un objetivo común. Este es el cuerpo que aprende como-estar-con, haciendo uso de procedimientos ejercitados desde los inicios de la vida común. La presencia de ese otro completa una falta y entrega sentido. Un cuerpo con otro cuerpo construyen juntos un campo vincular en busca de sentido.

Éste es el cuerpo que intenta afinidad dejándose misionar: ocupar, domesticar por ese otro cuerpo. Este cuerpo se activa desde el soma hasta hacer con otro un encuentro de intimidad que responde a la pregunta ¿Qué quieres de mí? / ¿Que quiero de ti? La motivación del encuentro es negociada en distancias, intensidades, compromiso somático hasta coordinar una acción como resultado del encuentro. Este cuerpo toma y deforma lo somático hasta hacerlo en-acción, es decir, un emergente común de acto y significado conjunto. Se trataría de una acción, consecuencia de esta activación común, única y no repetible. Aquí se produce la materia prima de la vida relacional e individual, ya que es en este campo donde a pesar de la resonancia con otro el cuerpo individual negocia sus límites para sostenerse unitario y conexo a la vez. Engranarse un cuerpo con otro activando fantasías somáticas y culturales, ya que se trataría de un ensamble con un cuerpo hablante, sería necesario para completar el acontecimiento de ser en comunidad. El cuerpo es así moldeado por el cuerpo de otro del cual toma y al cual da, en una misma operación, motivación, contenido y significado. Allí se organiza una configuración que conserva memoria y a la cual se retorna en un acto de economía estructural.

Este es el cuerpo que guía la elección de pareja, ya que no se elegiría sólo a una persona sino la intersubjetividad posible de crear con ella.

#### Cómo opera el cruce de dimensiones

A continuación pondremos una secuencia de los pasos que hacen posible ir entendiendo el modelo de

la narrativa de los registros de los cuerpos. Hay una progresión que no necesariamente es lineal, ya que el cuerpo empieza a operar en sus distintas modalidades desde el inicio; sin embargo partimos hablando del cuerpo en el cuerpo para luego hacerlo pasar al imaginario y finalmente a la mente para encontrarlo con el otro. Sin embargo sabemos que la intersubjetividad opera desde el momento de nacer y que no es posible entender la formación de imagen y mente sin la intersubjetividad.

#### PASO UNO

El otro trae el lenguaje a la escena del espejo e inaugura un cuerpo que habla.

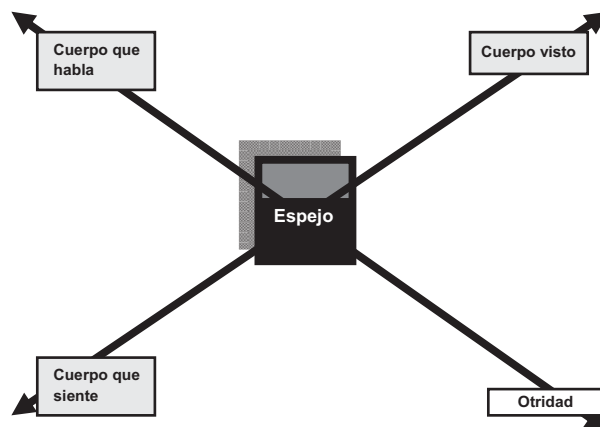


Figura 2. Paso uno: la posición experiencial

#### PASO DOS

Circulan entre el otro y este cuerpo parlante las palabras y los significados que van construyendo el cuerpo pensado, el cuerpo mental. Entre el cuerpo sentido y el del espejo se cruzan signos que el soma es capaz de producir. Signos que en el cruce adquieren significado.

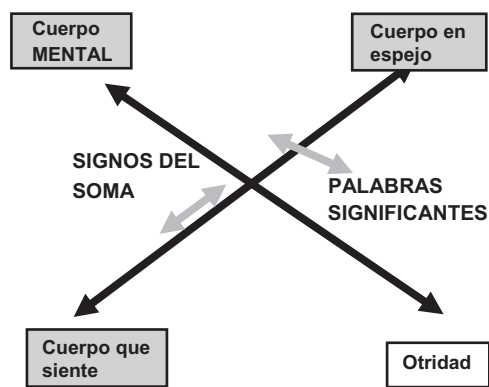
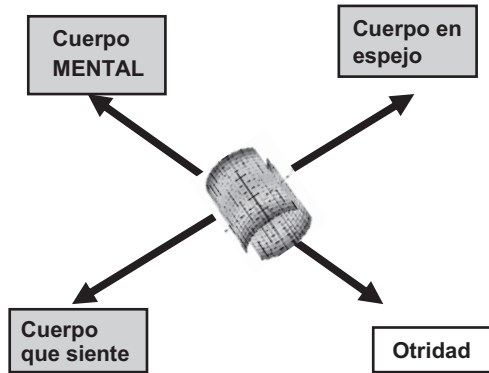


Figura 3. Paso dos: la circulación del significado

### PASO TRES

En el cruce de las narrativas del cuerpo se instala entonces un dispositivo metafórico capaz de transformar cualquiera de los registros que por allí circulan



#### INSTALACIÓN DE DISPOSITIVO METAFÓRICO

Figura 4. Paso tres: instalación de dispositivo metafórico

### EL MODELO DE LAS CUATRO EXPERIENCIAS QUE INTEGRA LOS REGISTROS DEL CUERPO

Si volvemos a pensar las cuatro esquinas como las descritas para la narrativa del cuerpo (ver Figura 5) nos encontramos que en los espacios entre estos cuerpos existen otras posibles descripciones, tanto en la línea vertical como en la horizontal.

En la línea vertical tenemos:

ENTRE EL CUERPO EN EL CUERPO Y EL CUERPO EN LA MENTE: se posiciona un yo fisiológico que se empuja hacia la mente desde el psiquesoma<sup>33</sup>. Se construiría la psique y desde allí los mecanismos que harán posible hablar de aparato mental.

ENTRE EL CUERPO EN EL ESPEJO Y EL CUERPO CON OTRO CUERPO: puesto que nos relacionamos socialmente más con la imagen

<sup>33</sup> Winnicott alude a la integración psicósomática (personalización) cuando el soma y la psique se reconocen como unidad. En el desarrollo temprano estaría la dependencia absoluta hasta los 6 meses, la dependencia con relativa personalización hasta los 36 meses y luego la independencia o realización. La psique comienza con la elaboración imaginativa de sensaciones y funciones corporales conscientes e inconscientes. La naturaleza humana no es cuestión de cuerpo y mente sino de psique y soma donde la mente es algo que florece al borde del funcionamiento somático (*La Naturaleza Humana* 1996: 29-31).

que tenemos del otro que con el otro mismo, se produce la interacción. Es decir, hacemos una operación de economía y ponemos en contacto rol con rol (el otro en el teatro interno).

En la línea horizontal describimos:

ENTRE EL CUERPO EN EL ESPEJO Y EL CUERPO EN LA MENTE: se encuentra el yo imaginario construido por la suma de las propias visiones del cuerpo con las de los otros. Es el lugar donde se pudo copiar, es decir, tomar aspectos de los otros y reproducirlos en sí mismos. Aquí surge la imagen de sí mismo como abstracción.

ENTRE EL CUERPO CON EL CUERPO Y EL CUERPO CON OTRO CUERPO: es la zona de encuentro entre los cuerpos, el lugar donde se produce el encuentro empático y donde es posible la comunicación con el otro desde la fisiología y donde juntos se coordinan y negocian el sentido. También es la zona de la enacción<sup>34</sup>. Es allí donde se produce el vínculo y se sabría del otro desde un nivel fisiológico.

### REGISTROS PATOLÓGICOS DEL CUERPO

En cada una de las narrativas descritas es posible encontrar deformaciones del cuerpo. Estas transformaciones patológicas constituyen cuadros que han sido nominados por el DSM-IV, como lo exponemos a continuación:

#### 1. El cuerpo en el cuerpo

Las alteraciones que podemos encontrar en este registro del cuerpo tienen relación con desregulaciones acontecidas en los sistemas fisiológicos. Las pacientes con trastornos de alimentación que hacen presente el cuerpo, lo hacen a través de alteraciones en el tubo digestivo presentando sintomatología de colon irritable, gastritis, dispepsia; otras tienen incontinencia urinaria (independiente de la cantidad de agua que tomen, que a veces es mucha); cefaleas y sensación de cansancio (independiente del hipotiroidismo o de la depresión).

<sup>34</sup> Varela opone enacción a cognición. La primera parece abstracta y la segunda es de naturaleza eminentemente concreta, incorporada, encarnada, vivida. El conocimiento no se produce a través de reconocer un mundo predado y representarlo (como en un espejo) sino a través de activar significados y traerlos a la co-determinación. En este texto se sugiere la idea que esta zona entra en contacto con otra zona donde ambas se co-determinan a la vez asunto que no presenta este autor.

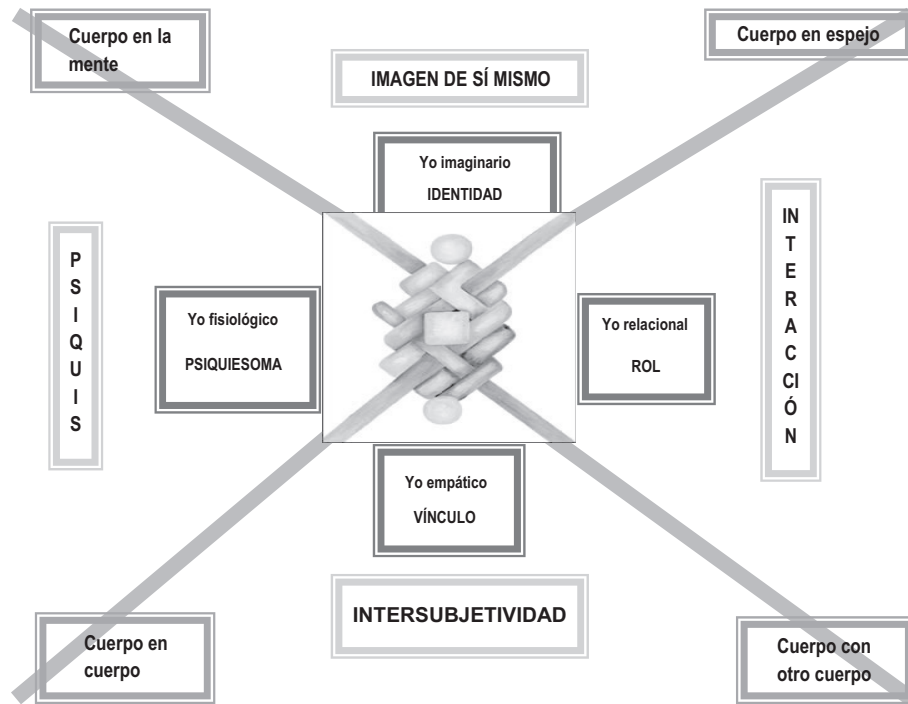


Figura 5. El modelo de las narrativas del cuerpo (al centro estaría el *self*, entendido como lugar de cruce de todas estas actividades conjuntas)

<p>CUERPO EN EL ESPEJO</p> <p>FORMAS: ANORÉCTICO DISMORFOFÓBICO</p>	<p>CUERPO EN LA MENTE</p> <p>NEUROSIS: Histeria-Obsesión.</p>
<p>CUERPO EN CUERPO</p> <p>PSICOSIS PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA</p>	<p>CUERPO CON OTRO CUERPO</p> <p>TRASTORNOS DE ANGUSTIA TRASTORNOS DEL ÁNIMO</p>

Cuadro 1. Registros patológicos del cuerpo

Estas desregulaciones fisiológicas traducen un aumento o disminución de las funciones habituales del organismo, el que parece estar fuera de su centro homeostático habitual, sorprendiendo a la paciente con síntomas sin desencadenantes conocidos. La psicosis también la hemos puesto en este cuadrante puesto que se trataría de una desregulación de varios sistemas cerebrales, es decir, que también tiene primariamente un asiento orgánico.

## 2. El cuerpo en el espejo

Como éste es el cuerpo de las formas es aquí donde se alteraría la construcción perceptual del cuerpo como objeto medible: su volumen y silueta serían distorsionados por el imaginario de la paciente. Esto ocurre en las anorexias nervosas y en las dismorfofobias donde las personas que padecen anorexia sienten deformidades que no tienen y que limitan su vida social.

## 3. El cuerpo en la mente

Éste es el cuerpo que inicia explorando Freud para el psicoanálisis, es el cuerpo que se vive y enferma desde la construcción cultural del mismo. El que convierte



para sí el conflicto con el deseo del otro. Un cuerpo que se instala en una estructura que reprime, vela, pero no niega lo que percibe.

#### 4. El cuerpo con otro cuerpo

Éste es el cuerpo que se desregula en la agregación, la adherencia de unos con otros. El cuerpo que sufre con el desapego de la figura de apego, el que puede deprimirse cuando esta distancia se hace crónica.

### CÓMO UTILIZAR EN PSICOTERAPIA EL MODELO DE LAS NARRATIVAS DEL CUERPO

Para utilizar en terapia el modelo presentado transformaremos cada narrativa en una pregunta posible de hacer. Cada pregunta, como ocurre en psicoterapia, nos abre un espacio de conversación y encuentro con la paciente, que es lo que buscamos para cumplir con las funciones de re-significación. Todo esto puede crearse en un espacio de intimidad, que es el lugar donde se realizan los giros y las asociaciones que harían variar el acontecer mental, psíquico y corporal del paciente.

#### 1. Cuerpo en el cuerpo

¿Cómo me siento? Abre el espacio al malestar puesto en el cuerpo. Podemos encontrar este malestar “debajo de la piel” en las fibromialgias, “como un peso en el pecho” en los cuadros angustiosos; “cansado” en la depresión; “gorda” en las pacientes con trastorno de alimentación (que lo sitúan especialmente en abdomen y piernas). El cuerpo en el cuerpo puede remitirnos a sensaciones delirantes: “me siento como si estuviera entera congelada”; “me siento obesa mórbida” (con imc de 17) o a enfermedades del tipo psicossomático “siento picazón y me aparece urticaria”.

#### 2. Cuerpo en el espejo

¿Cómo me miro? Abre el espacio más subjetivo del mundo imaginario de la paciente. La relación que la persona sostiene con su imagen en el espejo puede ser similar a la que la madre sostuvo con ella. Podemos decir que se tiene básicamente una relación de aceptación o de rechazo. Podemos incluso llegar a pensar que el modo cómo nos relacionamos con esta figura en el espejo mantiene el patrón de la estructura relacional diádica más primaria. Con esta figura-imagen que aparece en el espejo se crea un espacio relacional dado por la distancia entre lo que está aquí y lo que está allá. El

espejo sirve para ir ajustando una y otra dimensión: la de la sensación con la imagen del cuerpo sólido reflejada en el espejo. La paciente obesa, por ejemplo, suele negar la gordura al escindir en el espejo su imagen focalizando en la percepción visual sólo su cara y omitiendo el resto del cuerpo. La relación entre la imagen y la sensación corporal puede distribuir los términos relacionales habituales repartiendo entre ambos registros los polos de “dominante/ sometida” o “mandante/ mandatario” o “víctima/ victimario”. Así por ejemplo, la imagen puede dominar sobre el cuerpo y hacerlo sentir un fracaso si no logra alcanzar la imagen ideal (algo habitual entre las pacientes con trastorno de alimentación que son tiranizadas por un ideal) o el cuerpo dominar sobre la imagen cuando reclama por comodidad rehusándose a las prácticas de belleza habituales en la comunidad donde habita (no uso tacos porque son incómodos aunque esto haga que mi imagen se distancie de lo esperable para una mujer). Por esto puede instalarse un conflicto

#### 3. Cuerpo en la mente

¿Cómo me pienso? Abre espacio para poner en cuestión el rol, el lugar que la familia tiene asignado para cada uno de sus integrantes, y así llenar las faltas producidas en el curso de la historia familiar. Para contestar esta pregunta se necesita un sujeto en reflexión de sí mismo y con suficiente autonomía para cuestionar su posición.

#### 4. Cuerpo con otro cuerpo

¿Qué quiere el otro de mí? Abre el espacio de la percepción y la recepción del otro. Aquí operan los fenómenos de la empatía, la desconexión y la sobreempatía. Es el cuerpo de la interacción y por lo tanto del movimiento y el gesto sintonizado con otro y también el de los quiebres de sintonía y la necesidad de repararlos<sup>35</sup>.

### RESUMEN

Hemos presentado un modelo en cuatro dimensiones para la comprensión de los registros del cuerpo:

<sup>35</sup> Tronick Eduard, como parte del grupo del Infant Research ha estudiado la importancia de cortar con la sintonía y los modos en que tanto el niño como la madre vuelven a sintonizarse. En una relación sana hay de ambos momentos un porcentaje similar de tiempo utilizado.

### 1. El cuerpo en el cuerpo

Es el cuerpo que se siente, el más cercano a lo somático. El cuerpo organismo es la fisiología dispuesta en sus registros interoceptivos, propioceptivos a participar del concierto común. Este es el cuerpo representado de la medicina, el que se enferma de patologías orgánicas.

### 2. El cuerpo en el espejo

Es el cuerpo de las formas, de la silueta de un volumen. Es una representación geométrica con valor asignado según cuánto se acerque al ideal prefijado. Es el que se ve según haya sido visto. Este es el cuerpo de las dismorfofobias y el de las distorsiones de la imagen corporal.

### 3. El cuerpo en la mente

Éste es el cuerpo relatado, historizado y mistificado según la lógica del lenguaje que lo narra. Es el cuerpo que se hace cargo de cierta representación asignada en un rol que asegure la consecución de fines comunitarios. Éste es el cuerpo enfermo de la histórica.

### 4. El cuerpo con otro cuerpo

Es el cuerpo intervenido por la presencia de otro. Es el cuerpo de la intersubjetividad que enactúa un campo vincular. Es el cuerpo que percibe, recibe o rechaza. Sintona, busca o se desliga del sentido que se organiza en un campo vincular con otro.

Es en el “entre” de estos cuatro registros del cuerpo donde surge la vida psíquica, la mental, la interaccional y la vincular. Es en el cruce de estas avenidas donde se instalaría el *self*, que sería a la vez resultado y regulador de cada uno de los modos descritos del cuerpo.

## ENSAYO

# LA SEXUALIDAD EN LA ERA DE LA TÉCNICA<sup>1</sup>

(Rev GPU 2011; 7; 3: 300-308)

Thomas Fuchs<sup>2</sup>

**Es probable que ninguna esfera de la vida social haya cambiado tan radicalmente en los últimos cien años como la sexual. Lo que antes se ocultaba se ha hecho visible, lo declarado como tabú se ha hecho público, lo prohibido se ha hecho hace tiempo ya algo natural. La sexualidad es hoy omnipresente, claro que no como atmósfera sensual de lo erótico, de lo que seduce desde lo oculto, sino en una forma demostrativa, escenificada y cosificada. La remoción del tabú y la liberación de la sexualidad, su constante presencia en los medios escritos, de televisión y de Internet, desde la publicidad, pasando por los *talkshows*, hasta las campañas contra el sida, esta constante estimulación ¿ha incrementado también la felicidad y el placer ligados al eros o esta ubicua sexualidad se ha transformado más bien en esterilidad y anhedonia? ¿No es así que el placer provocado masivamente se transforma al final en un enemigo del placer?**

El sexólogo Volkmar Sigusch habla de una segunda revolución “neo-sexual” que ha reemplazado a la liberación sexual de los años 60 y 70. “Actualmente nuestra vida diaria está tanto inundada como vaciada por estímulos sexuales. Esa es una de las paradojas centrales de la revolución neo-sexual. A través de su exagerada escenificación cultural, a través de su permanente comercialización y difusión electrónica, el erotismo y el placer son rechazados en forma más eficaz que lo que fue capaz de hacer la antigua represión por medio de prohibiciones<sup>3</sup>. De hecho parece confirmarse la tesis de Marcuse de la “de-sublimación represiva”<sup>4</sup>, formulada ya hace medio siglo: el efecto liberador y

transformador de lo erótico ha sido manifiestamente neutralizado por su fabricación directa y pública.

En forma paralela a la sexualización de la sociedad se ha producido un segundo cambio fundamental: la separación radical de sexualidad y reproducción. Desde el comienzo de la anticoncepción hormonal el desacoplamiento de la unión sexual con respecto a la reproducción ha sido perfeccionado con las técnicas de fertilización in vitro, de maternidad sustituta o de clonación humana, pronta a aparecer. Ahora, los procesos de reproducción ya no están asociados necesariamente al cuerpo femenino. Hoy, hombres y mujeres pueden seguir produciendo hijos incluso después de su muerte,

<sup>1</sup> Traducido del alemán por Elvira Edwards y Otto Dörr.

<sup>2</sup> Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Heidelberg.

<sup>3</sup> Sigusch 1998, p. 1231.

<sup>4</sup> Marcuse 1977 (aparecido primero bajo el título de “Eros and Civilization”, 1955).

a través de sus óvulos y espermios congelados. La fabricación de un útero artificial, impulsada ahora por la medicina reproductiva, también transformará en fecha no muy lejana el desarrollo embrionario en un proceso potencialmente público y asequible para la técnica<sup>5</sup>.

Pensar que la revolución “neo-sexual”, al igual que la biotécnica –ante la cual hoy ya nos encontramos– cambiará fundamentalmente la experiencia de la sexualidad y el trato con el proceso reproductivo y con nuestros descendientes, no requiere de ninguna fantasía exagerada. Las siguientes reflexiones tratan de aclarar los desarrollos que ya se perfilan hoy. Ellas parten de la hipótesis de que en la base del trato imperante con la sexualidad hay un mal entendido fundamental de lo erótico: la sexualidad y el erotismo no se basan en actividades arbitrarias, sistemáticas y técnicas, sino en un “pático” ser afectado por impulsos corporales, por emanaciones y atmósferas. Vive lo erótico quien es capaz de dejarse atraer y afectar sensualmente por el otro. Esto se desarrollará en forma más detallada.

## LA CORPORALIDAD ERÓTICA

El erotismo apunta a una esfera de poder proverbial, en cierto modo muy difícil de aprehender, y por varias razones. Lo erótico radica ante todo en *movimientos* llenos de vida (como un gesto, un juego de miradas, un baile); tiene lugar entonces en el tiempo y sólo con dificultad puede fijarse en imágenes o dibujos. Además lo erótico está vinculado a las insinuaciones, la seducción, el presentimiento o la promesa, es decir, no afecta al sentido de realidad sino al *de posibilidad*, al anhelo y la fantasía. Por último, lo erótico no puede abarcarse ni localizarse, porque en último término está radicado en el *entre*, en la resonancia oculta de los cuerpos, en la “química” de los participantes, a menudo sin su percepción consciente. La emanación erótica y sexual vibra precisamente en cada interacción humana. También está en juego, aunque en forma latente, la pregunta de cómo sería uno visto por el otro en cuanto posible pareja sexual.

Según ello, el erotismo puede entenderse más bien como una *atmósfera* en la que nos movemos como seres corporales y sensuales, ya sea en forma latente o perceptible: una atmósfera que lo impregna todo, sin volverse ella misma ni localizable ni objetiva<sup>6</sup>. Lo erótico está inserto en el placer de los sentidos, especialmente

en sentidos tan vagos como el olfato y el gusto, en las cualidades atmosféricas de lo seductor, lo insinuante, lo velado y lo prohibido. No se queda en la distancia, sino que nos atrae; está hecho para la apertura, la fusión, la pérdida de los límites. La *sensualidad* significa la disposición y la receptividad para tales percepciones, impresiones y estímulos atmosféricos. No se limita de ningún modo a “estímulos” específicos, sino que puede hacer, p. ej., que toda la naturaleza parezca cargada de erotismo.

Es característico de los fenómenos eróticos y sexuales que ellos sucedan “por sí mismos” y que la voluntad más bien los perturbe. Es sabido que el enamoramiento no puede producirse a voluntad y se parece más bien a un encantamiento, a un sumergirse en una atmósfera feliz y prometedora que llega al enamorado desde todas partes. El erotismo requiere la entrega a lo sorprendente, a lo extraño y no controlable. Se trata de la capacidad de abandonarse al deseo, a la búsqueda del cuerpo del otro. “Hay un ‘comprender’ erótico que es de distinto tipo que el comprender del entendimiento; ... al deseo le corresponde un comprender que une ‘a ciegas’ cuerpo con cuerpo”, escribe Merleau-Ponty<sup>7</sup>. En el orgasmo culmina la pérdida de control, la entrega a un acontecimiento potente. Por otra parte, el orgasmo no es un mero automatismo que transcurre en forma refleja, sino que se parece más bien a un remolino en el que se deja caer la persona sexualmente excitada, o a una tormenta que la arrastra.

En todos estos fenómenos la sexualidad se muestra como una dinámica de un orden superior que toma a ambos individuos, los sumerge en una atmósfera erótica y hace que ellos se afecten recíprocamente. La sexualidad pertenece a una esfera que rodea a los seres individuales, en la que los cuerpos se reconocen entre ellos como seres sexuados, y que Merleau-Ponty ha llamado *inter-corporalidad*<sup>8</sup>. La idea de un enfrentamiento entre un hombre y una mujer para la mera satisfacción recíproca de impulsos desconoce el carácter sistémico de la sexualidad: es la esfera de la inter-corporalidad erótica, la “corriente de la vida” misma la que hace surgir la sexualidad y no a la inversa.

No obstante, la sexualidad humana y tanto más el erotismo no son meros procesos naturales, sino siempre también ámbitos del juego y del arte. El cultivo del eros significa el desarrollo y la diferenciación de la sensualidad, de esa receptividad para los estímulos eróticos, del arte de generar atmósferas eróticas. Se

<sup>5</sup> Comparar J.Rifkin: Entbunden. Bald gibt es die künstliche Gebärmutter. FAZ Nr. 53/04.03, s002.

<sup>6</sup> Comparar Böhme 1995.

<sup>7</sup> Merleau-Ponty 1966, p. 188.

<sup>8</sup> Merleau-Ponty 1994, p. 194.

trata de jugar con los estímulos y de dosificarlos hábilmente, para que ellos no sobre-estimulen ni entorpezcan, sino que sigan elevando el gozo. "Parte del arte del erotismo", según Wilhelm Schmid, "son los rituales que se van creando alrededor de los placeres, el decoro, el velo y el disfraz a través de los cuales sólo se los puede intuir, la retórica, la que más que hablar sobre ellos con elocuencia calla, el aplazamiento calculado de su uso en el tiempo, que permite al sujeto entregarse paulatinamente a ellos y no perderse en una repentina explosión"<sup>9</sup>. El arte de la sexualidad radica por último en dejar que la inmersión en la inter-corporalidad se convierta en una danza ejercitada en común, en la que la conciencia se traslada al cuerpo del otro y su placer se convierte en el propio, así como el propio en el suyo; una danza en la que el juego y la lucha, el dominio y la entrega, la extrañeza y la familiaridad se imponen mutuamente en sutiles matices. Recién como juego y como arte el amor corporal puede desarrollar todas sus posibilidades.

## LA SEXUALIDAD POSMODERNA

Reducir el desarrollo actual de la sexualidad a un común denominador sería una empresa inútil, cuanto más que ella está caracterizada en rigor por una diferenciación cada vez mayor de orientaciones y de prácticas. No obstante, dos tendencias de la sexualidad posmoderna sobresalen claramente, las que pueden describirse como *mecanización* y *fragmentación*, por una parte, y *mediatización* y *escenificación*, por otra. Ambas tendencias están relacionadas entre sí: si la sexualidad como sexualidad mecanizada se separa cada vez más de la esfera erótica inter-corporal, entonces, como sexualidad mediatizada, recibe también una nueva función, a saber, la de ser instrumento esencial de la escenificación narcisista de sí mismo.

### a) Mecanización y fragmentación

Si en la época victoriana la atmósfera erótica estaba tan comprimida por el tabú de la sexualidad, que casi en todas partes podía percibirse algo "sofocante", hoy ocurre lo inverso: la sexualidad puesta a la vista públicamente destruye las atmósferas eróticas y reduce el deseo a ciertos estímulos clave. Pero la pérdida de lo erótico no es sólo una consecuencia de la remoción de los tabúes, sino más aún de la mecanización de la sexualidad ejercida comercialmente. No sólo los mecanismos

psicológicos y biológico-hormonales del deseo, del *flirt*, del *dating* y del acto mismo han sido popularizados hace ya tiempo y con ello desencantados hasta la banalidad. La propagación de todas las técnicas y prácticas sexuales posibles crea además la ilusión de que el propio cuerpo o el del otro son meros aparatos de zonas erógenas, de pulsadores y curvas de excitación que se pueden hacer funcionar según instrucciones para su uso. En consecuencia, el cuerpo cosificado de esa manera debe ser ejercitado por amplios programas de entrenamiento, mantenido *fit* mediante dietas anabólicas y hormonas, excitado por medicamentos y así convertido en sexualmente apto. Porque sexo significa máximo rendimiento.

Tales prácticas ponen de manifiesto una relación técnico-manipuladora con el cuerpo propio y con el de la pareja sexual. Ellas van aparejadas a la pérdida de formas vivenciales receptivas y páticas, es decir, de la capacidad de dejarse afectar, tomar y hundirse por y en lo erótico. En lugar de ello se necesitan ahora elementos y estímulos adicionales para ponerse artificialmente en el estado correspondiente. A través del Viagra, lo que era seducción y deseo es "degradado a un mecanismo que puede conectarse"<sup>10</sup>. Ya no se logra la inmersión en la inter-corporalidad, porque la pérdida de control asociada con ella parece demasiado amenazante: la pérdida de límites y la entrega son un peligro para la individualidad insegurizada y monádica de la posmodernidad. Igualmente se desconoce el arte para crear y gozar atmósferas eróticas. Porque ése es un arte de la insinuación, de lo indirecto, del rodeo; requiere de tiempo y dedicación y queda reducido a la nada con el abordaje directo y la ejecución técnica del acto sexual.

Una sexualidad mecanizada, ya no inserta en el erotismo y la sensualidad, desemboca finalmente en el embotamiento, la anhedonia y la impotencia. Según las palabras del sexólogo Günter Schmidt, pertenece "... a las mistificaciones de la sexualidad masculina el creer que un número importante de varones logra alcanzar hoy, con la pornografía, algo más que una excitación registrable por medio de máquinas, un asomo de erección"<sup>11</sup>. La queja de falta de placer, bautizada entre tanto por la medicina como síndrome de *low sexual desire* o síndrome de *LSD*, ha venido aumentando en forma sostenida desde hace dos décadas en las consultas sexológicas. En comparación con el mundo sexual llamativo y promiscuo de los medios, tal como se proyecta ya en teleseries como "Sex and the City", la

<sup>9</sup> Schmidt 2000, p. 47.

<sup>10</sup> Böhme 2002, p. 95.

<sup>11</sup> Schmidt 1998, p. 11.



actividad sexual real en el mundo occidental se muestra más bien como discreta. La mitad de los entrevistados tiene relaciones sexuales menos de una vez a la semana y entre el 20 y el 50% de las personas de 40 a 70 años ya están afectadas por desgano sexual crónico o distintos grados de impotencia<sup>12</sup>. No en vano el Viagra, desde su aparición en 1998, se convirtió en el medicamento más vendido de todos los tiempos.

Una posible reacción frente al embotamiento es la intensificación de los estímulos: la sexualidad normal es reemplazada por prácticas fragmentadas, totalmente separadas de la esfera erótica. Así es como los medios de comunicación social y la Internet han publicado y “normalizado” casi todas las perversiones: prácticas bisexuales, sadomasoquistas, fetichistas, onanísticas, transexuales y otras, que antes eran consideradas como patológicas, o al menos como algo penoso, son escenificadas con la mayor naturalidad ante todo el público. En un programa de televisión sobre “joyas íntimas” un hombre muestra su pene tatuado, una mujer los anillos de plata en su pezón; en un talkshow una mujer explica en detalle sus prácticas sadistas, etc. En cuanto al aumento de placer, estas últimas transgresiones del tabú son disfuncionales, puesto que las perversiones hechas públicas pierden muy rápido el halo de lo secreto y prohibido, justamente de lo “perverso” y, con ello, su atractivo. Y cuando el empleado bancario o la secretaria visitan durante el fin de semana su club de sexo grupal, ya no vivencian lo que podría llamarse todavía una orgía, porque la mecánica de la promiscuidad transcurre en forma tan previsible e inevitable como penosa.

Por último la sexualidad, fragmentada en sus formas virtualmente anónimas, en el sexo telefónico, por Internet o cibernético, se separa de los riesgos e imponderabilidades de la inter-corporalidad. El cliente del sexo telefónico, el voyerista de Internet o el visitante del “chatroom” mantienen todo el tiempo el control y con ello evitan la temida intimidad. Ellos escuchan, ven o comunican, sin ser vistos ellos mismos. El efímero contacto a distancia los libera de las inseguridades y vulnerabilidades de la existencia corporal: la apariencia, los defectos, las enfermedades y las reacciones imprevisibles del cuerpo ya no desempeñan ningún papel. El erotismo se retrae desde la realidad sensorial hacia el mundo ideal de la imaginación. Nunca puede uno enamorarse en forma más rápida y peligrosa que *online*, claro que tampoco desilusionarse en forma más amarga: la imagen de la fantasía se desintegra en el encuentro con el otro, de alguna manera deseado

finalmente. Su apariencia, su voz, su aroma u otros detalles eventualmente desagradables alteran la ilusión. Por eso el punto de mira de las prácticas virtuales es en definitiva la paradoja de una sexualidad totalmente incorpórea, sin interrelación, que deja tras sí la calidad de criatura y la imperfección del cuerpo terrenal y con ello escapa también de la mortalidad.

## b) Mediatización y escenificación

La segunda tendencia importante en la sexualidad posmoderna es su progresiva mediatización, a través de la cual ella es trasladada desde la corporalidad hacia el mundo de las imágenes ubicuas, de los símbolos colectivos, de la aparición pública, con el resultado de que al final “la sexualidad es hecha desaparecer bajo sus imágenes”<sup>13</sup>. Expresión de ello es la supermodelo como una figura muy sexualizada y estilizada, pero al mismo tiempo carente de todo erotismo y, además, estéril. Pero no sólo la modelo y la estrella de cine, sino también la dueña de casa y el entrenador de natación muestran hoy sus pechos, sus músculos y sus muslos y aspiran a ponerse públicamente en escena. Esto nos está señalando una nueva función de la sexualidad promovida por los medios de comunicación social: su objetivo ya no es en absoluto el placer de la carne, la satisfacción sexual como tal, sino la escenificación narcisista de sí mismo y la confirmación de sí mismo ante los ojos del público. El sexo es el medio para ser visto.

¿Cómo llego, cómo me hago valioso a los ojos de los otros? Ésa es la pregunta que decide todo en una cultura cada vez más orientada hacia lo externo<sup>14</sup>. En la página web frecuentada en todo el mundo, “hot or not.com”, cada visitante puede hacer juzgar el atractivo sexual de su retrato por la comunidad de la web. Los puntos de 0 a 10 se actualizan continuamente, “best-of-parades” presentan a los que van en la delantera. La contraparte de los solitarios voyeristas de Internet son miles de mujeres y hombres que contra un pago hacen filmar su vida privada con cámaras web, pero revelando también la necesidad insaciable de mostrarse y de liberarse de su intimidad; o los exhibicionistas de los “talkshows” que gozan el vértigo de revelar ante el público sus perversiones. El sexo de los medios de comunicación social es el mercado de la vanidad, en el cual los

<sup>12</sup> Comparar Hauch 1998.

<sup>13</sup> G. Anders (1956, p. 154) describió como efecto de los medios “hacer desaparecer el mundo bajo su imagen”.

<sup>14</sup> Comparar el concepto de la personalidad dirigida desde el interior vs. la personalidad dirigida desde el exterior, Riesman 1956.

sujetos convierten el valor de sus artículos de consumo en valor de sí mismos. La cuota de inscripción o el mecanismo contabilizador de la "homepage" me prueban que no soy insignificante: "hot or not hot", ser o no ser.

En esta entrega de sí mismo al mercado, el cuerpo se convierte en un capital decisivo. La felicidad pertenece a los cuerpos bellos; quien no es hermoso no es de la partida. 'Fitness' y 'outfit' determinan el éxito o el fracaso, como "survival of the fittest". Por eso el propio cuerpo tiene que ser constantemente entrenado, embellecido, modelado y estilizado. En el año 2000 se realizaron en Alemania 350.000 cirugías estéticas y el número aumenta año a año en un 15 a 20%<sup>15</sup>. El alza descomunal de la industria cosmético-quirúrgica, el culto corporal tanto histérico como hipocondríaco de las revistas dedicadas al "life-style" y a la salud, la estilización de sí mismo a través del entrenamiento, las dietas u hormonas "anti-aging", a través del "body-piercing" o los tatuajes, son expresión de una cultura secularizada que ha escogido la belleza, la juventud y el "fitness" como sus valores directrices indiscutidos. Junto al dinero, el cuerpo se ha convertido en el nuevo ídolo, asumiendo el mismo carácter de mera apariencia: así como el dinero tiene su valor en la *posibilidad* meramente imaginada de poder comprarse todo, el cuerpo perfecto tiene su valor como pura *imagen*, como mera potencialidad y no en la entrega concreta, no en la unión sexual real. El ideal es el cuerpo computacional, tanto hiper-sexual como estéril, de Lara Croft.

Tradicionalmente era la mujer el objeto del deseo. Entre tanto, forzado por la industria cosmética y textil, también el cuerpo de los hombres se ha transformado en objeto sexual. El hombre de hoy ya no se muestra como duro, tosco y anguloso, sino tan bello como femenino. También él ha internalizado la mirada pública y para ello se deja hacer las manos y los pies, come comida pobre en grasa, va regularmente al gimnasio e incluso se somete a operaciones. Cada cinco cirugías estéticas, una se hace hoy en hombres, cifra que se duplicará dentro de 10 años. Lo que antes era considerado como un signo de homosexualidad y era evitado con temor por el "hombre verdaderamente varonil", se ha convertido en una moda. La escenificación de los cuerpos tiende en forma paradójica a la nivelación de las diferencias sexuales y así la androginia domina ya ampliamente la moda y la publicidad. Al final de este desarrollo está el cuerpo artificial, quirúrgicamente creado, de Michael Jackson: una imagen frágil, etérea, asexual, una verdadera ilusión.

Ejemplo de una sexualidad al mismo tiempo mecanizada y escenificada públicamente son las "love-parades" y los "raver-parties" de la escena "techno" con su frenético exhibicionismo, "outfits" hipersexualizados, transexuales o andróginos y la alta aceleración del ritmo del cuerpo estimulada por drogas. Es un "designer-sex" que no deja ni tiempo ni espacio para el placer erótico, para el sostenerse y abrazarse de los cuerpos y que la mayoría de las veces evita también la sexualidad genital. Aquí aparecen en escena "...los *neo-sexuales* como sujetos seductores u objetos lascivos que por lo general evitan encuentros sexuales corporales a la antigua"<sup>16</sup>. El objetivo ya no es la unión sexual sino la emoción de los eventos masivos, la escenificación de sí mismo colectiva y sincronizada en ritmo "techno". El sexo y el éxtasis dan el último golpe para dejar tras sí el cuerpo en una disociada embriaguez del ego y sumergirlo así en una experiencia "out-of-body", en la que el Yo se eleva hasta una cima narcisista y al mismo tiempo se disocia.

## SEPARACIÓN ENTRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

La hiper-sexualidad posmoderna contiene una serie de tendencias paradójicas, como por ejemplo la tendencia a la caída brusca y repentina en la anhedonia y la impotencia, hacia la descorporalización y la virtualización, hacia la des-diferenciación andrógina de los sexos, hacia un éxtasis monádico en lugar de diádico. Por lo tanto, ella no se aleja sólo del erotismo, sino que también del amor corporal mismo y, con ello, desde el punto de vista de la función biológica, cae indefectiblemente en la esterilidad. Cuando el placer de la carne se disuelve en virtualidad e imaginación, tampoco tiene lugar ya la fecundidad del cuerpo. Este desarrollo encuentra su contraparte en la radical separación entre sexualidad y reproducción, pero también en la ectogénesis, y en la procreación y el nacimiento extra-corporales, todos procesos asexuados.

Más todavía que el erotismo y el encuentro sexual, la reproducción era hasta ahora un hecho que sucedía "por sí mismo", perteneciente a la parte natural del cuerpo. Aunque todos los procesos biológicos eran conocidos hace ya tiempo, la procreación de un niño mantenía en la experiencia personal el carácter de lo oculto y misterioso y con ello también de la donación y del regalo, precisamente de la "concepción". La reproducción sexual significaba abandonarse a la consumación del amor en común y con ello también al torbellino y a la oscuridad de donde surge un nuevo ser humano.

<sup>15</sup> Spiegel-Online 11.05.2001.

<sup>16</sup> Sigusch 1998, p. 1223.

La “noche del Yo”, la pérdida de sí mismo en el orgasmo, era la forma adecuada de permitir que la fecundidad del cuerpo se manifestara. Claro que se podía intentar “hacer” un niño; pero también aquí la intencionalidad tenía como consecuencia muchas veces lo opuesto de lo deseado y, como sabe todo ginecólogo experimentado, a menudo llega un niño justo cuando una pareja, mucho tiempo sin hijos, ha abandonado, con desaliento, los esforzados intentos de engendrar. Bastante segura de llevar a cabo –y un presupuesto de la emancipación sexual– fue sin duda la *prevención* de la reproducción.

Esta situación se ha visto fundamentalmente alterada con las técnicas de la medicina reproductiva:

- La unión corporal de los padres ya no es un presupuesto de la procreación, ni siquiera lo es su presencia. Las paternidades genética, corporal y social se han vuelto separables entre ellas en todas las variantes; la medicina reproductiva ha “deconstruido” conceptos que parecían eternamente válidos, como madre, padre, hijo, ascendencia y fecundidad. La relación entre sexo y procreación aparece sólo como algo contingente, y uno podría imaginarse perfectamente que una humanidad futura la suprime como demasiado peligrosa. Además sólo “una pequeña parcela del gigantesco territorio del erotismo está dedicada a los aspectos reproductivos de la sexualidad”<sup>17</sup>.
- Los procesos reproductivos, incluido el desarrollo embrionario, están siendo sacados del cuerpo femenino, para ser llevados desde la oscuridad del útero a la luz del laboratorio. Hablando psicológicamente, estos procesos han sido trasladados desde lo inconsciente a lo consciente. Las mujeres están compartiendo con los hombres la capacidad creativa por antonomasia, a saber, la de concebir vida, de nutrirla y de darla a luz: ellos ahora experimentan en el laboratorio con sus gametos y embriones para sentirse al fin también como creadores. Ahora la vida humana puede *fabricarse* a voluntad, en vista de lo cual la esperable exigencia de por lo menos prescindir de la selección o de la detallada “construcción de los productos” se ha transformado en algo secundario<sup>18</sup>.

Para completar la ectogénesis o el “método de Bokanowsky”, como se llama la reproducción artificial en el “Brave New World” de Huxley, todavía hay que cerrar la brecha entre los primeros estadios del desarrollo embrionario y el 6º mes, a partir del cual los embriones pueden ya hoy sobrevivir en la incubadora. Además hay que contar con la creación de un útero artificial en una fecha no muy lejana. Así como se realiza hoy la “concepción” *in vitro*, luego vendrá también el “embarazo”. Liberado de los tenebrosos úteros y observado a la luz, el embrión se hará entonces accesible a mayores “controles de calidad” e intervenciones. Uno puede perfectamente imaginarse que, en el futuro, los padres harán congelar sus óvulos y espermios en la juventud (es decir, cuando el peligro de malformación es mínimo); si desean niños más tarde, hacen practicar una fecundación en el laboratorio y luego hacen crecer al niño en el útero artificial, hasta que lo puedan retirar “listo”. Así estaría obsoleto el proceso uterino, cuya fuerza arcaica posee por lo demás algo de anacrónico en el ambiente de una clínica de alta tecnología y que ya hoy es reemplazado cada vez más por cesáreas optativas. En este “Brave New World” sólo los salvajes que viven en reservas consuman aún la gestación de sus propios niños y los amamantan. Entre las personas civilizadas esta práctica será considerada como repugnante y animal.

El último paso en la retirada de la reproducción heterosexual sería la clonación, sin duda una técnica realizable en breve<sup>19</sup>. Mujeres y hombres ya no estarían biológicamente destinados unos a otros y “la diferenciación del género humano en dos sexos estaría obsoleta”<sup>20</sup>. Al mismo tiempo la clonación termina con el carácter único de la disposición hereditaria de cada persona. Pero tras todo esto se oculta un contexto más profundo, a saber, el de *sexualidad, individualidad y mortalidad*. Recién la unión y recombinación de la disposición hereditaria de los padres, separada en dos partes iguales, crea el presupuesto biológico para una nueva individualidad. Sin embargo, este revolucionario principio priva a los padres de la casi inmortalidad de

---

algunos años. Comparar al respecto J. Rifkin: Entbunden. Bald gibt es die künstliche Gebärmutter. FAZ Nr. 53, 04.03, 2002.

<sup>19</sup> Aquí también hay algo muy interesante: en Estados Unidos homosexuales con deseos de tener niños fundaron una iniciativa “ProKlon”, que entre tanto también tiene el concurso de mujeres de más allá de los 50: ellas esperan una tardía realización de su deseo de niños. Parejas estériles también podrían llegar a tener niños de esta forma.

<sup>20</sup> Böhme 2002, p. 95.

<sup>17</sup> Baumann 1998, p. 11.

<sup>18</sup> Hace poco, un grupo de investigadores de la Cornell University dio a conocer que por primera vez habría resultado copiar artificialmente una pared uterina. En la Universidad Juntendou de Tokio también se espera el desarrollo de un útero artificial capaz de funcionar en

la reproducción primitiva, asexuada, a través de la división o de la germinación. Por tanto, el precio que paga la naturaleza por el surgimiento de individuos siempre nuevos y distintos, es su muerte.

La sexualidad –no por casualidad derivada del verbo latino *secare*, cortar, separar– significa entonces la separación o división en dos partes iguales de un todo antes asexuado. De esta separación cuentan también los mitos de todas las culturas, los que a los seres originarios o dioses les atribuyen una capacidad andrógina y partenogenética de fecundación y de maternidad.

Así, el famoso mito del “Symposiun” de Platón interpreta al amor como la búsqueda de una unidad hermafrodita original: un ser humano primitivo, de nombre “Andrógino”, de forma esférica, de cuatro brazos, cuatro piernas y dos caras, desafió con su inaudita fuerza a los dioses, hasta que ellos finalmente lo dividieron en dos mitades y a cada una le dieron vuelta la cabeza, para que el ser humano, “teniendo a la vista su desunión”, se tornara más virtuoso. Lanzadas al mundo, las dos partes andan desde entonces errantes, infelices e incompletas, en la búsqueda de su otra mitad. También en la posterior tradición gnóstica de tipo dualista, con su acento todavía más pesimista, la sexualidad era considerada como el pecado original del ser humano caído a la tierra, y la androginia como la condición divina de la inocencia y la perfección perdidas, estado que le era encomendado recuperar.

Tales tendencias gnósticas regresan ahora tanto en la sexualidad posmoderna como también en la medicina reproductiva: exclusión dualista del erotismo en favor del puro sexo corporal, liberación del cuerpo y eliminación de su carácter pulsional a través del sexo cibernético, evasión desde el cuerpo animal hacia el mundo de la imaginación, evitación de la unión de los cuerpos, reproducción asexuada, etc. Estas tendencias que muestra la evolución de la sexualidad contemporánea fueron descritas con drástica agudeza por el novelista francés Michel Houellebecq en su libro *Partículas elementales*. Él cuenta la historia de dos hermanos, el profesor Bruno y el bioquímico Michel, que por el hedonismo sin amor de sus padres se transformaron en seres psíquicamente inválidos. Bruno pasa su vida con experiencias sexuales tediosas y mecanizadas, mientras Michel deviene un autista incapaz de amar. La descarnada descripción de Houellebecq de una sexualidad desolada en individuos solitarios, a fines del siglo XX, desemboca en la anti-utopía de una humanidad posthumana, para la que las investigaciones de Michel preparan el camino: “hacia una nueva especie asexuada, inmortal ... que ha superado la individualidad, la separación y

el devenir”<sup>21</sup>. La clonación pone fin al sufrimiento causado por la individualidad, el sexo y la muerte; el placer sexual y la reproducción son separados por completo. El antiguo ser humano desaparece y sin oponer resistencia le deja el lugar a una especie superior, semejante a Dios, la que se remite a mirar hacia atrás con compasión las luchas y tormentos de los seres humanos anteriores.

La superación del “pecado original” de la sexualidad corporal, como último paso evolutivo de las tendencias posmodernas y de las técnicas de la medicina reproductiva, puede parecer a primera vista como distorsionada o utópica. Pero que tales tendencias son ya al menos una realidad psicológica puede acreditarlo finalmente una enfermedad que desde los años 90 viene aumentando en forma exponencial, a saber, la *anorexia nerviosa*. Porque las muchachas y mujeres anorécticas aspiran a un cuerpo ideal, andrógino, como el creado por la industria de la moda y de la belleza. Al mismo tiempo niegan el cuerpo femenino carnal, deseable y fecundo, al que viven como repugnante y sucio, porque podría exponerlas a la temida penetración masculina. Ellas se rehúsan al proceso madurativo y se resisten al paso del tiempo, reprimiendo el desarrollo de su cuerpo, para así alcanzar una suerte de ambigüedad sexual<sup>22</sup>. La lucha contra el propio cuerpo es una lucha desesperada contra la cosificación por el sexo, lo que resulta ser una paradoja, por cuanto mientras la anoréctica se niega a ser una “cosa” para otros, ella maltrata al mismo tiempo su cuerpo como un objeto material que puede modelarse a voluntad. Su objetivo es poseer un cuerpo imaculado, obediente, incorpóreo y finalmente disolverlo en una liviandad y un vacío angelicales. Es el dualismo gnóstico del espíritu puro y del cuerpo material, al que volvemos a encontrar aquí en la forma de una enfermedad de los tiempos, un dualismo que ha puesto en evidencia la pérdida de la inter-corporalidad erótica.

## CONCLUSIONES

La progresiva sexualización de la sociedad va aparejada con un empobrecimiento de la sensibilidad, la sensualidad y la pasión eróticas. Eros, como poder demoníaco y avasallador, como lo describe Diotima en el “Symposium” de Platón, parece retirarse del mundo. La propagación del placer sexual y la promiscuidad mediante los medios de comunicación social está en contraste con la real pérdida de capacidad pática, vale decir, de la capacidad de sumergirse en la inter-corporalidad sexual y

<sup>21</sup> Houellebecq 1999, p. 348.

<sup>22</sup> Comparar Bourcillier 1992.

entregarse al placer común olvidándose de sí mismo. En lugar de ello el cuerpo se transforma en instrumento del propio gozo y de la propia escenificación. El cuerpo no es experimentado en su potencialidad de vida y de sensualidad, sino instrumentalizado como imagen, como mercancía, como objeto de la manipulación de sí mismo e indicador del propio valor.

Una tendencia análoga se muestra en las tecnologías de la reproducción. Ellas separan la reproducción de la inter-corporalidad y la transforman en un proceso técnico: el misterio y la oscuridad del origen dan lugar a la objetividad de la fabricación pública. Con la manipulación de la disposición genética hasta la clonación de embriones, la relación instrumental con el cuerpo abarca también el comienzo de la vida. Se está aproximando la ilusión de una reproducción asexual y ecotogénica. Al mismo tiempo, con la clonación, y aun cuando ésta se realizara sólo en forma aislada, se irá anidando lentamente en las mentes la idea de poder reemplazar a la persona individual.

Los discursos “transgender” entregan por su parte una legitimación teórica para estos desarrollos. Análisis feministas y homosexuales han “de-construido” la heterosexualidad, sindicándola como una forma represiva de normalidad o de heterosexualidad forzada, mientras al mismo tiempo un variado campo de prácticas sexuales, en su extremo el transexualismo, ha sido elevado a un alto rango de importancia en revistas y folletines. El sexo es entregado al público como un constructo puramente social e incluso la diferencia biológica de los sexos ha sido reinterpretada como una mera diferencia de *roles* sexuales: así el sexo es simplemente “escenificado”, así como se actúa en el teatro<sup>23</sup>. Ahí también hay un dualismo radical: el cuerpo vale sólo como sustrato, como una suerte de “hardware” o máquina que uno puede operar y transformar a voluntad; porque la sexualidad es ella misma sólo construcción o ideología cultural. Las feministas radicales, así como los transexuales, ya no quieren reconocer la existencia de un núcleo de sexualidad humana y su relación con la reproducción.

Parece como si el ser humano en un futuro cercano ya no “sería” más un “cuerpo”, sino que sólo “tendría” su “cuerpo”, para disponer de él. El sujeto ya no quiere confiarse a la naturalidad del cuerpo. Sin estar seguro de sí mismo y en la angustia de perderse en la oscuridad de la sexualidad, se aferra a su control: la sexualidad y la reproducción se transforman en actividades

técnicamente planificadas, de las cuales se debe extirpar todo lo abismal, lo inesperado y su carácter de destino. El ya no poder entregarse y regalarse desemboca tarde o temprano, por cierto, en ausencia de alegría y de placer. La sexualidad como alto rendimiento, que puede maximizarse, lleva a la pérdida de la vitalidad y la espontaneidad. Y en forma similar rige para la esfera de la reproducción el que todo el dominio médico-tecnológico y genético-tecnológico de la reproducción se transforme en discrecionalidad y falta de orientación. ¿De dónde tomar las normas que rijan el apoderamiento técnico de sí mismo, cuando la naturaleza corporal es declarada como una mera contingencia?

En las recientes afirmaciones, que postulan que la técnica genética sería la continuación de la historia natural con otros medios, se ha creído reconocer un retroceso ante este poder absoluto sobre sí mismo. “Inequívocamente”, dice por ejemplo Hubert Markl, el “progreso, a menudo errático, de la evolución natural, se ha hecho fulminante y creativo en la revolución cultural, en rigor producto de ella misma”. A través de la “evolución cultural que llegó a ser versada en la técnica genética” la evolución natural actuaría “orientándose de vuelta hacia sí misma. En tal sentido la evolución natural ha creado en el ser humano un medio para poder *seguir desarrollándose a sí misma*”<sup>24</sup>. Según esto, la técnica genética también sería una forma cómo la vida se empuja a sí misma hacia adelante. Ahora, no existiría ningún sujeto de esta técnica, sino que ella misma sería sólo un producto de la naturaleza. El sujeto de la ciencia posmoderna se niega a sí mismo y niega su responsabilidad, en la medida en que finge una naturaleza que se tecnifica a sí misma. Las “ciencias de la vida” y sus sumos sacerdotes serán transformados en órganos de la evolución natural y por eso las consideraciones éticas, que puedan quedar todavía, podrán ser rechazadas sin reparo: la evolución transhumana será capaz de crearse sus propias normas éticas.

El género humano podría pagar esta ceguera autoescogida en forma aún más cara.

<sup>23</sup> La filósofa Judith Butler puede considerarse como la representante más prominente de tales concepciones (comparar Butler 1991).

<sup>24</sup> Markl 1998, p. 580 s. (Hvvh. V. Vf., T. F.). – Igualmente M. Jongen, Filósofo de la Escuela de Creación de Karlsruhe: En la transformación biotecnológica del arte entran “espíritu y naturaleza ... en un feedback recíproco de aprendizaje que hace superficial las reglas, los correctivos y sobre todo las prohibiciones recordadas por los escépticos éticos, en la medida en que las ... hace emerger de su lógica propia. El dios que nos puede salvar solo ... no es un deus moral ex machina, sino que dormita en ninguna otra parte más que en los propios adiestramientos cibernéticos que ocurren en la experimentación” (Jongen 2001). Lo suyo se lo da el señor en el sueño.



## REFERENCIAS

1. Anders G. (1956) Die Antiquiertheit des Menschen. I: Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution. Beck, München
2. Baumann Z. (1998) Über den postmodernen Gebrauch der Sexualität. Zeitschrift für Sexualforschung 11 p. 1-16
3. Böhme G. (1995) Atmosphäre. Suhrkamp, Frankfurt
4. Bourcillier O. (1992) Magersucht und Androgynie. Steinhäuser, Freiburg
5. Butler I. (1991) Des Unbehagen der Geschlechter. Suhrkamp, Frankfurt
6. Hauch M. (1998) Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen und sogenannter sexueller Lustlosigkeit. In: Strauss B. (Hrsg.) Psychotherapie der Sexualstörungen p. 63-80. Thieme, Stuttgart
7. Houellebecq M. (1999) Elementarteilchen. DuMont, Köln
8. Jongen M. (2001) Der Mensch ist sein eigenes Experiment. Nach dem Humanismus: Einige Thesen, mit denen der Nationale Ethikrat für Gentechnologie Frieden schliessen sollte. DIE ZEIT 33/09.08.2001 p. 31
9. Marcuse H. (1977) Triebstruktur und Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt
10. Markl H. (1998) Homo sapiens: Zur fortwirkenden Naturgeschichte des Menschen. Merkur 592 p. 564-581
11. Merleau-Ponty M. (1966) Phänomenologie der Wahrnehmung. De Gruyter, Berlin
12. Merleau-Ponty M. (1994) Keime der Vernunft. Fink, München
13. Riesman D. (1956) Die einsame Masse. Luchterhand, Darmstadt
14. Schmidt W. (2000) Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst. Suhrkamp, Frankfurt
15. Sigusch V. (1998) Die neoexuelle Revolution. Über gesellschaftliche Transformationen der Sexualität in den letzten Jahrzehnten. Psyche 52 p. 1192-1234
16. Schmidt G. (1998) Spätmoderne Sexualverhältnisse. In: Strauss B. (Hrsg.) Psychotherapie der Sexualstörungen p. 6-15. Thieme, Stuttgart

ENSAYO

# HABITAR POÉTICO Y PRESENCIA-ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS): UN DIÁLOGO ENTRE OCCIDENTE Y ORIENTE<sup>1</sup>

(Rev GPU 2011; 7; 3: 309-317)

Rodrigo Brito Pastrana<sup>2</sup>

Resulta innegable que uno de los acontecimientos más significativos del siglo XX está dado por la apertura mutua que se ha producido entre Occidente y Oriente. Los límites de esta apertura, así como sus implicancias, son algo que aún no se puede estimar suficientemente, constituyendo un proceso en curso inabarcable y, en muchos sentidos, oscuro, enigmático. Como toda apertura entre dos fenómenos complejos, hay aquí tanto de positivo como de negativo, tanto de diálogo como de sordera, tanto de comprensión como de imitación superficial que no pasa de ser una moda. Las líneas que siguen pretenden meditar, es decir, andar un camino, más precisamente, un único camino: el del diálogo que podemos encontrar entre la filosofía de uno de los pensadores occidentales más profundos del siglo XX y la tradición budista (como uno de los representantes más influyentes de la espiritualidad oriental) en lo que respecta a la “esencia” del hombre y sus posibilidades extremas en el contexto de nuestra época moderna. Aunque se trata de un único camino, nuestro recorrido no está exento de dificultades y de recovecos. El tronco de esta meditación radica en la comprensión del hombre en cuanto habitar y su similitud con la propuesta budista de un estar presente con plena atención (sati, en pali), expresión que se ha popularizado en Occidente bajo el nombre inglés de “mindfulness”. Una rama gruesa que hemos de considerar dice relación con el modo específicamente moderno en que llevamos habitando nosotros, los hombres occidentales (durante ya cuatro siglos), a la luz de la concepción heideggeriana de nuestra época, entendida como técnica. Para concluir, realizaremos una reflexión en torno a algunas implicancias éticas de ambas concepciones.

---

<sup>1</sup> Agradezco a mi amigo Claudio Araya por su dedicada y generosa conversación en torno a este ensayo. Hay algunas ideas que ya no sé si son suyas o mías. En todo caso, han surgido entre los dos.

<sup>2</sup> Psicólogo Clínico y Licenciado en Filosofía por la P. Universidad Católica de Chile. Magíster © en Clínica de Adultos por la Universidad de Chile. Contacto: rbritopastrana@gmail.com.

“Si su mundo cotidiano le parece demasiado pobre, no le eche la culpa; cúlpese a sí mismo, dígame a sí mismo que no es suficiente poeta para extraerle sus riquezas: pues para el creador no hay ninguna pobreza, ningún lugar pobre, indiferente”

R. M. Rilke

## EL HABITAR POÉTICO EN EL PENSAR HEIDEGGERIANO

Comencemos por pensar qué quiere decir Heidegger cuando señala que la esencia del hombre consiste en habitar: “Habitar, ser llevado a la paz, significa: permanecer circundado en lo Frye, esto es, en lo Freie (libre), que protege a todo en su esencia. El rasgo fundamental del habitar es este proteger” (2003, p. 204). Según estas palabras, habitar significa despejar un espacio, dejar en libertad, mantenerse en este ámbito de libertad, es decir, de manifestación, y tener a cargo la custodia de lo que es. Que nuestro ser consista en habitar significa que estamos en medio de un mundo que hemos abierto y que nos envuelve, al mismo tiempo. No somos sujetos encerrados en nosotros mismos, enfrentados a un mundo aparte; no somos individuos separados, cuyo destino pudiera correr por su propia cuenta, independientemente de lo que ocurra con mi circunstancia (para usar una expresión de Ortega). En tanto que habitar somos habitantes de mundos que en nuestro permanecer en ellos nos vamos habituando y adquiriendo familiaridad; de ahí que nuestro mundo nos resulte cotidianamente próximo y habitual, pudiendo movernos en él como en casa; de ahí que habitar, es decir, creando familiaridad, nos sintamos en conexión con nuestro mundo y nuestra relación con él sea de protección. Pero, como sucede usualmente con los conceptos heideggerianos, no debemos precipitarnos y comprender este proteger como una actitud necesariamente amable que cuida y cultiva las cosas. Podemos habitar y proteger también en el sentido negativo del destruir y del avasallar, actitud que a veces nos parece más común en nuestro mundo actual en el que competimos contra los otros y en que consumimos la naturaleza hasta agotarla y extinguirarla.

Tal vez esta otra frase nos ayude a aclarar más nuestro asunto: “Los mortales son, esto dice: habitando, trans-portan espacios sobre el fundamento de su morada junto a cosas y lugares. Y sólo porque los mortales, conforme a su esencia, trans-portan espacios, pueden trans-itar espacios (...) Yo no estoy jamás aquí, en cuanto este encapsulado cuerpo, sino que estoy allí, esto es, trans-portando ya el espacio y sólo así puedo yo trans-itarlo” (Heidegger, 2003, pp. 213-214). Hay

mucho que preguntar aquí: ¿En qué sentido mortales? ¿Qué relación esencial guardamos con los espacios? ¿Cómo es eso del estar allí? Lo primerísimo: los hombres habitamos como mortales, es decir, en la medida en que podemos morir. Habitar significa “saberse” finito, es decir, tener la posibilidad de modalizar el propio habitar, desde la más ciega ignorancia de un habitar indiferente y monótono, hasta uno preñado de urgencia y singularidad, dada la toma de conciencia de la impermanencia de todo. En cuanto a los espacios, no es que el hombre esté en un espacio, sino que abre espacios, desalejando, trayendo a la cercanía, creando mundos en donde lo extraño se torna familiar. El espacio no es una magnitud calculable y medible, sino la propia experiencia de estar habitando una situación determinada. Por eso es que el filósofo dice que no podemos estar aquí, ya que todo estar es siempre un salir fuera, un abrir mundos, un estar-en-situación. El cuerpo es el portal de nuestro radical estar-fuera, en la medida en que nuestros sentidos no son meros receptores de estímulos, sino creadores de experiencias referenciales.

Agreguemos algo más a nuestra meditación sobre el habitar. Heidegger plantea que todo habitar es poético, en un sentido muy especial de esta palabra: “el poetizar es lo que antes que nada deja al habitar ser un habitar. Poetizar es propiamente dejar habitar (...) Poetizar, como dejar habitar, es un construir” (1994, p. 165). Lo poético hay que entenderlo aquí en su sentido originario, desde la poiesis, en el sentido de un producir creador, de un llevar adelante un mundo, de un pro-yectarlo, de un abrirlo. En este sentido, habría que decir que el habitar que somos consiste en construir un ámbito habitable. Se suele entender el construir en el sentido de ser autor de una obra, pero Heidegger no quiere señalar que el hombre es autor de un mundo, como si éste fuera la obra o resultado de una acción. No tenemos la capacidad de crear un mundo como si fuésemos magos; el mundo surge en el habitar que, a su vez, es dimensionado desde lo real que lo limita y orienta. Desde la radical extrañeza de lo real el habitar aproxima hacia la familiaridad el enigma de lo que se oculta.

Hasta aquí hemos dicho algunas cosas sobre el habitar en general. Sin embargo, este habitar puede acontecer de modos diferentes. Los extremos de esta diferencia están dados por los modos técnico y meditativo del habitar. Detengámonos en esta diferencia. La diferencia que está en juego aquí tiene que ver con la distinción que establece Heidegger en los fenómenos entre su manifestación derivada y su forma “esencial” u originaria de presentarse. Originariamente, en su ser más profundo, el hombre habita poéticamente

(meditativamente); pero siempre y en todo tiempo el habitar está sometido a la poderosa influencia de la época histórica en que le toca desplegarse. La nuestra es nombrada por el filósofo alemán como época técnica. Del mismo modo, el habitar predominante en ella es, a su vez, técnico. Detengámonos un instante a pensar en esta pregunta fundamental: ¿qué significa que nuestra época (y por ende, nuestra forma habitar) sea técnica? Significa que la totalidad de lo que hay y la forma en que las cosas se relacionan entre sí está marcado por el sello de lo dis-puesto (Ge-stell), es decir, por una constelación epocal en la que cada cosa existe para el hombre, en función de su necesidad y al modo de lo que siempre, en todo momento, debe estar disponible para su utilización, y comprendido en cuanto tal. Un bosque, un río, un ventisquero, ya no son apreciados en su imponencia y enigmaticidad natural, sino en cuanto materia prima, recurso energético o recurso turístico. Las cosas bajo y sobre la tierra dejan de “valer” por sí mismas, por lo que ellas son y comienzan a serlo en dependencia de lo que para la humanidad del momento resulta provechoso y útil. Incluso de las personas, es decir, de nosotros mismo hablamos en términos de recursos humanos, es decir, desde una mirada del hombre que lo instrumentaliza y lo transforma en fuerza productiva (Heidegger, 1994).

El habitar técnico, propio de nuestros tiempos, parece estar caracterizado (en correspondencia con la “esencia” de nuestra época) por la rapidez, la productividad, la cosificación de las experiencias y de las relaciones, por el predominio de una comprensión superficial de las cosas y, por sobre todo, por un modo de relacionarse con uno mismo marcado por un individualismo y narcisismo paradójales en el sentido de un olvido de sí al servicio de una alienación radical, esa que consiste en vivir desde y para una imagen de sí y del mundo, más que desde y para nosotros mismos y para el mundo mismo en lo que tienen de más vivo, insondable e inquietante. En esta dirección apunta Heidegger, en uno de sus ensayos más hondos y agudos: “Que el mundo se convierta en imagen es exactamente el mismo proceso por el que el hombre se convierte en *subjectum* dentro de lo ente” (2000, p. 76). En esta breve frase está condensado lo más propio de la época moderna y del modo cómo nosotros (los modernos) habitamos esta tierra. La modernidad puede ser entendida como un proceso en el que progresiva y expansivamente la relación entre el hombre y el mundo se va definiendo desde el primer término de la “relación”; es decir, desde el hombre entendido como sujeto. El sujeto es el hombre en tanto que se representa (en imágenes “mentales”; esto es, en ideas) las cosas, en tanto que

se aleja de ellas para habitar en un mundo imaginario, en un mundo creado a imagen y semejanza del hombre mismo. De ahí que el mito de Narciso refleje tan bien al hombre moderno. Narciso es el prototipo de quien no puede dejar de estar centrado en sí mismo, en sus propias necesidades y deseos, habitando en un mundo en el que todo está a su disposición, al servicio de su satisfacción, y sólo para ello.

En *Ser y Tiempo* (1997) Heidegger nos describe otro tanto los rasgos típicos de este habitar técnico, al señalar que el hombre, en tanto uno-mismo, vive cotidianamente desde la habladuría, la curiosidad y la ambigüedad. La habladuría consiste en un andar hablando sólo por hablar, sin arraigo en una experiencia originaria con las cosas; como cuando escuchamos algo por ahí al pasar (en la televisión o al leer rápidamente algo en un diario) y luego repetimos esa sarta de confusiones desde una total falta de comprensión auténtica. La curiosidad consiste en ese ir saltando de una cosa a otra cada vez más nueva, sin quedarse nunca en nada el tiempo suficiente como para enraizarse y alcanzar un mínimo de comprensión. El consumismo actual, así como la fugacidad y ligereza progresiva de las relaciones interpersonales podrían ser una manifestación de esta tendencia. La ambigüedad, a su vez, consiste en un modo de habitar opaco, poco claro tanto de sí mismo como de la situación en la que se está, lo que se traduce en una radical indecisión y en una enorme dificultad para forjar el propio camino. Pienso que la actual crisis vocacional (que no sólo afecta a los adolescentes) tiene que ver con esta confusión existencial de base.

Pero, como dice Heidegger citando a Hölderlin: poéticamente habita el hombre... Que originariamente esto pueda ser así, no implica que de hecho todos y cada uno de nosotros habitemos de este modo. Sin embargo, puede suceder que sea ésta una de nuestras posibilidades existenciales más luminosas y al alcance del próximo paso. Pero esto sólo sucede cuando lo usual (entraño) se convierte en algo extraño, cuando nos percatamos del sentido más profundo de ese lema moderno tomado de Protágoras: “el hombre es la medida de todas las cosas”. He aquí un primer punto importante a la hora de hablar del habitar poético: la necesidad de tomar conciencia de nuestro modo habitual de habitar el mundo de hoy, hasta sentir su precariedad, su desvitalización, su penuria, todo lo que ahí hay de vaciedad y sinsentido. Y junto con esto, experimentar la necesidad sedienta de apertura, de abandono del control omnipresente y, por qué no decirlo, de peligro e incertidumbre. “Cuanto más poético es un poeta, tanto más libre, es decir, más abierto y más dispuesto a lo insospechado es su decir; de un modo más puro confía lo dicho a la

escucha, siempre más atenta; tanto más lejano es lo dicho por él del mero enunciado con el que tratamos sólo con vistas a su corrección o incorrección” (1994, p. 166).

En su ser originario el hombre es un Poeta, en la medida en que tenemos permanentemente la posibilidad de realizar un habitar lúcido del “lugar” que ocupamos en el cosmos, que es a la vez de privilegio y de una gran responsabilidad. Las ideas heideggerianas acerca del hombre como el pastor del ser y del hablar humano como la morada del ser (Heidegger, 2001), señalan en la primera dirección. Las profecías del filósofo orientadas a la consumación de la modernidad y su potencial catastrófico debido al abuso y a la incompreensión de este “lugar” señalan en la segunda dirección. En cualquier caso, de lo que se trata es de asumir la radical simplicidad de nuestro habitar originario. Esta simplicidad contrasta dramáticamente con la complejidad y el enredo del habitar técnico acostumbrado al cálculo de las oportunidades y a la manipulación de lo que hay para aumentar la productividad y multiplicar las ganancias y la satisfacción. Para el habitar poético sólo hay el fluir danzante en y con el mundo, en donde lo experimentado es vivenciado en toda su realidad y con toda su intensidad, a la vez que abandonado, en el sentido del dejar-ser que comprende de devenires e impermanencias. Es a lo que se refiere Heidegger cuando nos habla de la actitud del des-asimiento (*Gelassenheit*), es decir, de un sano des-apego en medio de las cosas, con ellas y para ellas. En esta forma de habitar el hombre se encuentra abierto a lo que la experiencia trae consigo, sin interferencias desde lo que nuestra mente parlanquina y engatusante quisiera proyectar en el mundo, desde sus imaginarias fantasías y planificaciones que pretenden acomodar la realidad a lo que ésta quiere y puede. Desde esta apertura, nuestro habitar habitual puede despejar un espacio dejando aparecer en toda su poderosa extrañeza la verdad de las cosas, el misterioso resplandor del mundo. Lo que aquí importa es lo que la experiencia nos dice y no nuestras creencias, ideologías y doctrinas anquilosadas, casi siempre transmitidas y asumidas en forma inconsciente, rígida y defensiva. Esta actitud supone una experticia en el movimiento, es decir, la disposición para dejar que las experiencias sigan su curso para dejar que lo que ha de venir alcance su plena manifestación en nosotros. Este curioso ir constituyendo mundos que somos supone la aptitud para dar paso a la disolución, en un continuo proceso de construcción y destrucción poética. Así las cosas, para el habitar poético no es lo construido lo que (propiaemente) habitamos, sino el propio habitar que deja venir y deja ir. Es lo que sugieren las siguientes palabras: “el poetizar es lo que antes que nada deja al

habitar ser un habitar. Poetizar es propiamente dejar habitar (...) Poetizar como dejar habitar es un construir” (1994, p. 164). Según lo ya dicho sobre la ambigüedad de la idea de construcción, debemos señalar aquí que, en este contexto, “construir” no significa la fabricación representacional de un mundo en un proceso mental a priori, sino un proceso de apertura en el que dejando aparecer un mundo nos co-manifestamos en y con él, siendo (en rigor) indistinguibles de él. “Construir” significa apertura unisona y sintonizada de un mundo existencial o de una existencia-en-el-mundo, manifestación que admite (como hemos visto) diversos matices de claridad.

Al habitar poético propiamente tal, en cuanto modo eminente de apertura, Heidegger aproxima la experiencia del pensar meditativo. Y nótese que se trata de una experiencia, no de una especulación reflexiva, es decir, de un modo vívido, concreto y cotidiano de habitar. Se trata de la toma de conciencia del entramado unitario de la co-manifestación existencia-mundo y de su realidad fresca y cambiante. Vivir en forma meditativa implica permanecer receptivo y atento “al viento de la cosa”, a la irrupción de la realidad en su sorpresividad, cual balsa que se amolda a la fuerza y a los vaivenes de la torrentosa corriente. De ahí que el filósofo sugiera en su poema intitulado “Desde la experiencia del pensar”: “Jamás vamos nosotros hacia los pensamientos. Son ellos los que vienen a nosotros” (Rivera, 2000, p. 129). Del mismo modo en que “pensar” no debe entenderse en el sentido de reflexión, “pensamiento” no debe ser entendido como idea o representación mental, sino como la irrupción de una realidad en toda su verdad, en toda su comprensibilidad para una toma de conciencia. En el pensar meditativo acontece un soltar el control de la fábrica mental que todo lo rumia, lo calcula y anticipa, a favor de un proceso fluyente de ir comprendiendo y captando el modo de ser de las cosas, desde un profundo respeto por sus modos de comparecencia y por sus ritmos y tempos, tan ajenos al ajetreo de nuestra dispersa reflexión ordinaria. De ahí que en ese mismo poema Heidegger nos diga que “En el pensar toda cosa se vuelve solitaria y lenta. En la paciencia crece la magnanimidad” (Rivera, 2000, p. 131). La paciencia aquí hace alusión a una actitud propicia frente al devenir temporal de las cosas, en el sentido del respeto y de la aceptación serena de los tiempo de maduración *propios* de cada vivencia y de cada realidad. Cuando permanecemos el tiempo suficiente en algo (por ejemplo, con una determinada emoción desagradable o en el estudio concentrado de un determinado texto que me ofrece dificultad), entonces algo se abre, madura y florece, y entonces comprendo algo que antes me



estaba velado, es decir, mi ser se vuelve más abierto y despejado.

## PRESENCIA-ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS) EN LA TRADICIÓN BUDISTA

Dispongámonos ahora a entrar en la otra mitad de nuestro camino. El título de este ensayo anuncia un diálogo entre Occidente y Oriente. Pero, ¿en qué sentido? Y, sobre todo, ¿entre qué interlocutores? Dicho brevemente, la meditación heideggeriana sobre el habitar poético, en mi opinión, guarda una estrecha conexión con la noción budista de la presencia-atención plena. No soy un budista, pero tampoco es necesario que lo sea para hablar de algo que, en el fondo, nos incumbe a todos: el modo cómo estamos presentes momento a momento. Hace 2.500 años el Buda, luego de una larga búsqueda espiritual, alcanzó la iluminación, es decir, llegó a una cierta comprensión de la naturaleza de la realidad en su totalidad y, en particular, a una comprensión del sufrimiento humano, de su origen y de la posibilidad de su superación. Esta comprensión se expresa en lo que se conoce como las Cuatro Nobles Verdades, así como en su propuesta del Óctuple Noble Sendero. Pues bien, la presencia-atención plena es uno de esos ocho caminos hacia la superación del sufrimiento y uno de especial importancia, ya que se trata de un habitar cotidiano consciente y atento a la totalidad de una determinada situación, entregado a la impermanencia de todas las cosas y, por tanto, en una actitud cada vez más espontánea de sano des-apego. ¡Cuán lejos de nuestro modo cotidiano y habitual de estar presentes, donde lo que hacemos es más bien andar en “piloto automático”, pensando, hablando e interactuando sin darnos cuenta de cómo lo hacemos, desde ideas regalonas que nos acomodan y aprisionan, desde un obstinado encapsulamiento en nuestro propio yo y sus ilusorios y narcisísticos intereses!

Un maestro Zen contemporáneo escribió: “No acercarse demasiado ni alejarse en exceso: es la Vía del medio, el budismo” (Deshimaru, 2008, p. 177). He aquí una indicación general acerca de la correcta actitud budista, que nos permite profundizar nuestra meditación en torno a eso que hemos llamado des-apego. Esto supone una reflexión en torno a qué significan “cercanía” y “lejanía”, así como qué puede significar una “Vía del medio”. Nos acercamos o nos alejamos demasiado a y de las cosas, principalmente con nuestro incesante parloteo mental, al inventarnos ideas-imágenes y valoraciones de las cosas en base a supuestas necesidades y supuestos deseos personales. Creemos escuchando, viendo y asimilando la valoración que nuestra

cultura profesa al dinero y a la belleza, por ejemplo, y sin darnos cuenta nos volvemos ambiciosos, avaros, hipersexualizados, es decir, animales rapaces que van tras de su presa. Y nos pasamos los días fantaseando, calculando, planificando la próxima estrategia para lograr eso que nos va a hacer “felices”. Entonces llegamos a tal grado de identificación con nuestros objetos de deseo que nuestra vida entera comienza a depender de su obtención, por lo demás siempre fugaz e insípida. Por el contrario, crecemos padeciendo frustraciones y golpes de la vida, y aprendemos a refugiarnos en nosotros mismos, en nuestro “mundo interior” y a desconfiar de la gente y del mundo, sintiéndonos seguros sólo en nuestro mundo de ideas e imágenes, cerrando nuestras puertas, no dejándonos tocar por la realidad. Entonces nos desconectamos tanto del mundo, nos volvemos tan autistas, que nuestra vida queda encerrada en la imaginación, desterrada de la vida. El arte de vivir que muestra el budismo zen consiste en un estar abierto a lo que hay y en un simultáneo no-aferramiento a eso que estando presente, inevitablemente, ha de pasar. “La libertad y pobreza del Zen es abandonar todo y ‘seguir adelante’, pues esto es lo que la vida misma hace, y el Zen es la religión de la vida” (Watts, 1987, p.69).

Ahora bien, digamos algunas cosas más específicas acerca de esta actitud de presencia-atención plena, en la confianza de que resulte iluminador de un camino alternativo al oxidado carril de nuestro modo usual de habitar en la dispersión y en el (auto)enredo. Germer (2005) en uno de sus libros señala que una definición relativamente completa de presencia plena supone comprenderla como un “(1) darse cuenta (2) de la experiencia presente (3) con aceptación” (p. 7). Meditemos acerca de cada uno de estos puntos. El darse cuenta dice relación con un estar atento a la constelación situacional momento a momento, es decir, estar atento a nosotros mismos y al entorno, con receptividad, apertura y confianza, de modo tal de dejarnos tocar por la vida y de atrevernos a meternos en el frescor de sus aguas. De este modo, darse cuenta no es tan sólo un acto de focalización unilateral en un aspecto de la experiencia presente, sino un fluir junto con el devenir de esa realidad concreta. Se trata más bien de un fenómeno corporal más que intelectual, bajo el entendido de que el cuerpo es el agente que habita efectivamente el mundo, comprendiéndolo y viviéndolo implícitamente. Este darse cuenta requiere claridad, flexibilidad, amplitud y vivacidad, para no degenerar en un mero acto selectivo de concentración voluntaria e intelectual, a la que por lo demás casi todo se le escapa. La experiencia presente significa las cosas tal cual se dan o

presentan para nosotros en el aquí y ahora. Esto supone que la experiencia presente, en el sentido de realidad en cuanto tal, debe ser distinguida de las proyecciones que hacemos en el mundo y que luego consideramos como cosas en sí mismas.

La experiencia presente es simplemente lo que hay, pero no porque sea simple hay que suponer que se trata de algo fácil de captar. “Lo que hay” es, en concreto, una constelación compleja de componentes en múltiples niveles que, además, están en continuo proceso de transformación. Para el budismo uno de los rasgos más claros de toda experiencia presente radica en su impermanencia: todo lo que experimentamos en el mundo, toda realidad, incluidos nosotros mismos y eso que desde antaño llamamos “alma”, todo eso “no es”, sino que deviene, es impermanente. Encontramos aquí una tradición espiritual no esencialista, que propone más bien cultivar una actitud de apertura a una realidad en perpetua transformación, donde nacimiento y muerte no son más que dos procesos inevitables de este gran proceso que es la vida misma. Resulta interesante (a modo de contraste) pensar en el aprecio que tenemos en nuestra cultura occidental por las personas “de una sola opinión”, “coherentes en el tiempo”, “con posturas firmes e inquebrantables”, “de principios sólidos”, “de carácter fuerte y definido”, etc. Esta valoración da cuenta del apego que tenemos por nuestras ideas, las que suelen derivar en ideologías y doctrinas acorazadas que junto con darnos prestigio, nos limitan y estrechan, solidificando lo que por naturaleza es cambiante, como el río de Heráclito.

Y el último elemento de la definición que estamos comentando: este darse cuenta de la realidad presente se da con aceptación. “La aceptación se refiere a la voluntad de dejar que las cosas sean tal cual son en el momento en que nos damos cuenta de ellas –aceptando las experiencias placenteras y dolorosas mientras surgen” (Germer, 2005, p. 7). El habitar técnico y su pensar calculante tienden a imponer una determinada cosmovisión, muchas veces acallando y aplastando la voz de la realidad misma, debido a la tendencia de este pensar (típicamente moderno, como ya vimos) a tomarse a sí mismo como la medida de todas las cosas. Las cosas no “deben” ser como son, sino lo que a mí me conviene que sean. Tomemos como ejemplo hechos de la actualidad, de esos que casi siempre pasan de moda. En el ámbito de la política nacional, hace poco se nos comunicó que ya está lista una “revolución educativa” en Chile. En ellas se ha hablado de números, cifras, porcentajes, bonos, incentivos, etc., pero (hasta donde alcanzo a ver) no se ha dicho nada sobre educación. La educación es, en su esencia, un proceso fundamental

de formación de personas y de ciudadanos, con vistas al descubrimiento y desarrollo de las propias vocaciones y habilidades. Una propuesta que pase por alto preguntas tales como “¿qué sentido debe tener una educación para los tiempos que corren?”, “¿qué tan vigente está el énfasis cognitivista en la educación?”, “¿cómo lograr una formación integral de nuestros niños y jóvenes?”, una propuesta con tamañas miopías, difícilmente puede ser considerada en sintonía con la realidad actual. Con justo derecho, podemos decir que aquí no se ha practicado la aceptación.

Y pongo esta vez un ejemplo de la política nacional para vislumbrar el amplio alcance de una actitud aceptadora. No se trata de una resignación pasiva, sino de un activo estar atento a lo que va surgiendo, a sus interconexiones e implicancias. Aceptar quiere decir ver las cosas tal cual están, comprenderlas profundamente sin intentar modificarlas, pero sí dejando que ellas mismas orienten el curso de lo que se ha de hacer. Aceptar supone reconocer, implicarse, comprender, compadecer y acompañar. Sólo desde aquí, desde este permanecer junto a las cosas en forma no violenta, no interfiriente, pero en forma lúcida, atenta, abierta y compasiva, se hace posible que surja en forma espontánea y respetuosa con la cosa en cuestión un cambio significativo del rumbo, en lugar de imponer ideas unilaterales para demostrar la eficacia de un modelo reduccionista.

Volvamos nuevamente a la experiencia de la presencia-atención plena, esta vez deteniéndonos en las palabras atribuidas al propio Buda. De todas sus enseñanzas aquella referida a la atención plena destaca como la llave o el instrumento que hace posible la apertura de todas las demás puertas, ya que la práctica cotidiana de la atención hace posible la concentración y ésta, a su vez, hace posible una comprensión profunda y, por tanto, una práctica bien orientada. El Buda habría dicho: “Aquellos que viven atentos al instante presente no morirán nunca. Aquellos que no viven atentos al instante presente ya están muertos” (En Villalba, 2007, p. 84). Debemos entender aquí la distinción vida-muerte en el sentido de la diferencia radical que hay entre los modos de ser del estar-despierto y del estar-dormido. Podemos vivir en la somnolencia y no darnos ni cuenta de cómo se nos va el tiempo entre las manos, pudiendo aplicarse a este modo de vivir aquella célebre frase de Calderón según la cual “la vida es sueño y los sueños, sueños son”. Sin embargo, podemos despertarnos de esta modorra y vivir cada instante en forma vigilante, atenta, lúcida y focalizada; entonces la existencia cobra una peculiar consistencia, a la vez que se vuelve ligera como el viento y fluida como un río. Todo se torna

nítido y fresco, asombrosamente inabarcable en su radical simplicidad, maravillosamente real.

Como señala Villalba (2008), para el budismo el hombre no tiene conciencia sino que es su conciencia, entendida como un haz de luz capaz de iluminar un objeto determinado, y la atención es la función que focaliza esta conciencia que puede, por tanto, estar dispersa o concentrada, dependiendo de la medida en que cultivamos nuestra atención. Este mismo autor cita la siguiente afirmación zen: “conoce profundamente una cosa y lo conocerás todo” (2008, p. 88). No obstante la naturalidad de la facultad de la atención, sorprende lo insólito de su experiencia concreta en nuestros tiempos, caracterizados más bien por la distracción y un curioso estar en todas partes y en ninguna, y cuyos signos inequívocos encontramos en el florecimiento de “psicopatologías” de la atención como el Síndrome de Déficit Atencional, tan masificado entre nuestros niños y jóvenes estudiantes, y si miramos con más atención, igualmente presente en sus padres y madres. Desde que nos despertamos por la mañana hasta que nos dormimos por la noche, resulta increíble lo poco atentos que, en general, vivimos nuestros días: nos duchamos, comemos, conducimos, hablamos, trabajamos, caminamos, respiramos..., sin estar atentos a lo que estamos haciendo. Comemos, por ejemplo, sin siquiera saborear lo que comemos, pensando en una infinidad de cosas que tenemos que hacer después o que nos han ocurrido antes, perdiéndonos la posibilidad maravillosa de disfrutar ese momento único. En lo personal, me he dado cuenta de cómo me dispersa y agita la televisión, manteniéndome expectante con una seducción muy efectiva que vive de prometer experiencias que nunca llegan y que lo único que genera en mí es más expectativa, más ansiedad y más agitación. No digo que todo en la televisión sea así, pero me preocupa su generalidad.

En su sencilla, hermosa y profunda biografía del Buda, Thich Nhat Hanh (2007) pone en boca del maestro las siguientes palabras:

“La vida sólo puede ser hallada si permanecemos en el momento presente, pero es raro que nuestras mentes moren en él. En su lugar, corremos tras el pasado o anhelamos el futuro. Creemos que somos nosotros mismos pero, de hecho, casi nunca estamos en contacto real con nuestro propio ser. Nuestras mentes están demasiado ocupadas persiguiendo los recuerdos de ayer o los sueños de mañana. La única manera de contactar con la vida es volviendo al momento presente. Cuando sepáis cómo hacerlo, os convertiréis en seres despiertos y hallareis vuestro verdadero ser” (p. 125).

He aquí, dicho sencillamente, el meollo de la importancia de vivir con atención plena, ya que sólo por medio de su cultivo nos es posible morar (habitar) realmente en el presente, es decir, vivir de verdad. Y no nos dejemos engañar por la simplicidad de lo que aquí se dice, pues aun cuando la presencia-atención plena puede ser practicada en todo momento, de hecho nos es una experiencia ajena que no se da por sí sola. Tenemos que hacer un esfuerzo para despertarla y para mantenerla despierta. Pero ¿cómo? Una indicación general es sugerida por Hanh en este mismo libro: “Sati significa ‘vivir con atención plena’, es decir, el practicante es consciente de lo que sucede en su cuerpo, sensaciones, mente y objetos de la mente –los cuatro fundamentos de la atención despierta o conciencia–” (2007, p. 254).

Según la indicación de este monje budista, el cultivo de la atención plena consiste en la práctica cotidiana de tomar conciencia, es decir, de un darse cuenta explícito de los cuatro componentes básicos de nuestro ser. Nuestro cuerpo, por ejemplo el modo en que respiramos, esforzándonos en que esta función básica alcance su pleno potencial, haciéndose más profunda, más amplia (llegando al estómago; no sólo hasta el pecho), y sabiendo en cada momento que estamos respirando; así como el hacernos consciente en cada momento de nuestras cuatro posturas corporales (caminar, estar de pie, acostarse y sentarse), poniendo especial atención en que nuestra postura sea estable, firme y fomenta nuestra lucidez y apertura. Nuestras sensaciones, tanto aquellas que surgen de nuestro cuerpo (un dolor en el cuello, por ejemplo) como aquellas que brotan de nuestra mente (como cuando nos sentimos orgullosos y contentos cuando hemos sido alabados). Nuestra atención se dirige aquí al origen de cada sensación con el fin de apaciguarla para reducir nuestra natural tendencia al apego, fuente de nuestras estrecheces y sufrimientos. Nuestros estados mentales, que emergen, duran un momento y luego se disuelven. Ponemos atención y observamos si estamos ansiosos, irritables, somnolientos o distraídos, o si, por el contrario, estamos serenos, amables, despiertos o concentrados. Del mismo modo, nos damos cuenta de nuestros pensamientos en un instante determinado, los que de igual modo son siempre transitorios. Una vez más, esta práctica nos ayuda a no quedarnos pegados en nuestros estados anímicos ni en nuestras formas de pensar, abriéndonos al devenir de la vida. Por último, los objetos de nuestra mente, es decir, todos aquellos fenómenos que forman parte de nuestra conciencia, incluyendo todo lo mencionado anteriormente.

## REFLEXIONES FINALES: HACIA UNA ÉTICA DEL HABITAR

Queda por preguntar todavía por la dirección en común a que apuntan ambas concepciones del habitar poético y de la presencia-atención plena, a fin de apreciar en qué sentido (y si acaso) acontece aquí un diálogo. En un diálogo auténtico sucede que desde perspectivas y contextos diferentes se busca una comprensión en común y, acaso, una misma experiencia en relación con un mismo asunto. Creo que esto es lo que encontramos entre el pensamiento heideggeriano acerca del habitar poético y la sabiduría budista de la presencia-atención plena. ¿En qué consiste esto “mismo” en que se encuentran estas diferentes aproximaciones? En primer lugar, ambas hablan de una determinada forma de estar presente, de un modo propio y auténtico de habitar el mundo. El énfasis en la apertura a la experiencia de las cosas, donde sean éstas las que guíen las decisiones y acciones humanas, en lugar de imponer un comportamiento desde ideas y cálculos preconcebidos al servicio del dominio y el aseguramiento individual. La propuesta de una radical interdependencia entre el hombre (entendido como habitar) y el mundo, así como entre todas las cosas del mundo. En el hombre, por su intermediación, lo que es puede hacerse comprensible y expresar sus potencialidades. Por el contrario, el hombre puede también explotar, manipular y destruir la naturaleza al tratarla como mero recurso natural. Pero el hombre está inserto en un orden cósmico mayor, en rigor, inabarcable; pudiendo ser solamente en la medida en que ocupe su lugar, proteja y se deje proteger por el mundo que lo envuelve. Por último, la condición de mortal de nuestro habitar nos enfrenta con la posibilidad de aceptar la impermanencia como la naturaleza última de la realidad, invitándonos al des-apego y a la vivencia plena, atenta, agradecida, de lo que se presenta en su maravilla y fugacidad. Se trata, a fin de cuentas, de la simplicidad de un habitar que ha renunciado a los enredos de la reflexión y a los amarres de lo que pudo ser y no fue, o de lo que podría ser pero no ha sido aún, arraigándonos con la fuerza de lo terrestre en este instante, único, irrepetible, preñado de posibilidades incalculables, capaces de forjar un destino.

Para soltar estas reflexiones quisiera esbozar unas pinceladas en relación con las posibles consecuencias éticas que de ellas podemos extraer. La tradición moral occidental nos ha acostumbrado a entender el comportamiento ético desde la dualidad teoría-praxis, es decir, como la comprensión intelectual, y su posterior aplicación práctica, de ciertos principios universales que deben guiar la vida buena. Menciono sólo a dos

de los filósofos occidentales que más han influido en esta dirección: Aristóteles con su visión teleológica del proyecto (intelectual) de una vida feliz al que debe adecuarse toda deliberación en el presente, y Kant con su moral basada en el acatamiento a la ley universal del imperativo categórico. En ambos casos se trata de la aplicación de un ideal cognitivo a la vida cotidiana, bajo el alero de aquel meta-ideal moral occidental del “conócete a ti mismo”. Sin embargo, según el camino recorrido hasta aquí, tenemos que re-pensar los supuestos en que arraiga este ideal de auto-conocimiento. Conocerse a uno mismo supone entenderse como un ser (un algo) individual, sólido, estático, esencial, ya constituido; todo ello captable por medio de una representación mental que instaura una relación entre un yo y su imagen de sí mismo, es decir, una experiencia de disociación o desdoblamiento.

Tanto la concepción heideggeriana del habitar poético como la noción budista de la presencia-atención plena implican una forma diferente de comprensión de este encuentro con uno mismo. Se trata más bien de un habitar mi mismidad, en el sentido de un estar puesto en mí, de un estar en contacto conmigo mismo, que se vivencia como una unidad psico-corporal-situacional cuyos rasgos principales son los del devenir procesal, la interdependencia, la impermanencia y la emergencia. Este estar siendo se abre originariamente en una experiencia, no en una comprensión intelectual, e implica la integración de los procesos mentales con la vivencia corporal: que nuestros pensamientos estén encarnados y enraizados en nuestra postura corporal en la experiencia inmediata y directa del aquí y ahora del instante presente.

Por último, meditemos brevemente acerca de cómo se adquiere, según la expresión de Varela (1996) la maestría ética desde esta perspectiva. Como ya hemos dicho, se trata de una destreza más que de un conocimiento, por lo que estamos aquí ante un fenómeno de habituación práctica más que ante un mero proceso de aprendizaje cognitivo. Este punto resulta crucial si consideramos nuestra tendencia occidental a comportarnos como el famoso “padre gatico”, quien parece comprender mucho más de lo que efectivamente vive y hace. Hay dos procesos que sirven para comprender el desarrollo de esta maestría: la extensión y la irradiación. La extensión da cuenta de cómo es que una cierta práctica acotada en un determinado ámbito puede extenderse o traspasarse a otras dimensiones de la propia vida. Dicho en forma concreta, vemos cómo es que el cultivo de la atención por medio de una práctica como la meditación sentado (zazen), aumenta nuestra capacidad para estar realmente puesto y abierto en el instante presente. Cuando tenemos esta experiencia

nos vamos dando cuenta de nuestra distractibilidad cotidiana y empezamos a estar más atentos a estos momentos de dispersión. Luego empezamos a estar más atentos en nuestras vidas cotidianas y empezamos a enraizarnos en las diferentes situaciones diarias: conversaciones con otros, nuestras rutinas (lavado de dientes, ducha, comidas, etc.), trayectos hacia nuestros lugares de ocupación; etc. De este modo, en forma sutil, nos empezamos a volver cada vez más sensibles a la diferencia que hay entre estar despiertos y estar dormidos. El anillo central representado por una determinada práctica de la atención empieza a volverse más abarcativo e inclusivo de otras experiencias cotidianas. La extensión es, por tanto, el proceso por medio del cual nuestro modo de estar presentes-attentos se va ampliando e intensificando desde el centro hacia la periferia de nuestra experiencia más íntima.

La irradiación, en forma complementaria, es un proceso que da cuenta de cómo la encarnación de este tipo de experiencias afecta sutilmente (aunque de modo inevitable) en los entornos en los que habitamos cotidianamente, por el puro hecho de estar con toda nuestra presencia en el aquí y ahora. Cuando estamos con alguien que verdaderamente está presente, que nos escucha y nos regala toda su atención, naturalmente nos sentimos estimulados, tenemos la experiencia de un encuentro auténtico y gratificante. La pura presencia de esta persona nos invita (silenciosamente) a abrirnos a ese momento y nos interpela (también en forma implícita) acerca de nuestro propio modo de estar y de relacionarnos. Entonces puede surgir la íntima y extraña sensación de un sutil despertar de nuestra dispersión cotidiana hacia una mayor lucidez y vitalidad. Si no tenemos muy a la mano una experiencia de este tipo, probablemente nos resulte sencillo comprender cómo es que una persona que anda irritable y ofuscada puede teñir todo el ambiente circundante, generando tensión y una sensación de amenaza. La poca apertura y la oscuridad existenciales de esa persona nos invitan a cerrarnos y nos predisponen a andar a la defensiva. Como lo señala Tich Nhat Hanh (2007): "Hacer todo lo posible por ser consciente es la mejor forma de recordar a las personas que te rodean a hacer lo mismo. Pero para conseguirlo debes seguir practicando el ser consciente. Sin ninguna duda" (p. 81).

Una manera excepcionalmente efectiva de cultivar la propia presencia-atención consiste, de este modo, en relacionarse con personas que estén verdaderamente presentes-attentas. Esto parece acontecer en forma natural, como si la actitud de presencia-atención plena resultara inspiradora en sí misma, como si en ella reconociéramos en forma instantánea su luminoso poder. Se trata, en todo caso, de un poder revitalizante, dado

por tres actitudes básicas (Wegela, 1996): 1) apertura, 2) claridad y 3) calidez. La apertura implica la experiencia paradójica de sí mismo como vacuidad preñada de posibilidades. Se trata de estar receptivos al devenir del instante, en lugar de estar dirigido por preconcepciones y preferencias inventadas por nuestra mente. Entonces podemos ser espontáneos y ligeros, entrando en la danza de la aceptación de lo que es. La claridad consiste en la capacidad para percibir las cosas como realmente son, en lugar de relacionarnos con la realidad como una construcción personal en base a lo que queremos que sea. Implica poder experimentarse a uno mismo como un observador que, a la vez que se encuentra comprometido con la situación, puede mantenerse a la distancia apropiada como para dejar aparecer la cosa sin teñirla demasiado con la propia subjetividad. Cuando estamos realmente presentes-attentos de este modo, comprendemos cómo es que la totalidad de lo que hay es impermanente e interdependiente, por lo que todo "está en relación" conmigo y yo "formo parte de todo". Esta conciencia de comunión genera una actitud de calidez, es decir, despierta nuestra compasión por todos los seres invitándonos a movernos en el mundo como si de nuestro hogar se tratara. Y en nuestro hogar sólo puede haber seres familiares y amables.

## REFERENCIAS

1. Deshimaru T. (2008). *La práctica del Zen*. Barcelona: Editorial Kairós
2. Germer C *et al.* (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. USA: The Guilford Press
3. Hanh TN. (2007). *El milagro de mindfulness*. Barcelona: Ediciones Oniro
4. Hanh TN. (2007). *Camino viejo, nubes blancas*. España: Ediciones Dharma
5. Heidegger M. (1994). *Conferencias y artículos*. Barcelona: Ediciones del Serbal
6. Heidegger M. (1997). *Ser y tiempo*. Santiago: Editorial Universitaria
7. Heidegger M. (2000). *Caminos de bosque*. Madrid: Alianza Editorial
8. Heidegger M. (2001). *Carta sobre el humanismo*. Madrid: Alianza Editorial
9. Heidegger M. (2003). *Filosofía, ciencia y técnica*. Santiago: Editorial Universitaria
10. Rilke RM. (1998). *Cartas a un joven poeta*. Buenos Aires: Editorial Losada
11. Rivera JE. (2000). *Heidegger y Zubiri*. Santiago: Editorial Universitaria
12. Thomson G. (1975). *Los primeros filósofos*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte
13. Varela F. (1996). *Ética y acción*. Santiago: Dolmen Ediciones
14. Villalba D. (2008). *Zen en la plaza del mercado*. Madrid: Santillana Ediciones
15. Watts A. (1987). *El espíritu del Zen*. Buenos Aires: Editorial Dédalo
16. Wegela K. (1996). *Cómo ser una ayuda en vez de una molestia*. USA: Shambala Publications.



## INVESTIGACIÓN

# EVALUACIÓN DE LA RELIGIOSIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

(Rev GPU 2011; 7; 3: 318-323)

Ramón Florenzano Urzúa<sup>1</sup>

**La espiritualidad y religiosidad son dimensiones de la vida de las personas raramente evaluadas en forma rutinaria en la práctica clínica. Sin embargo, esta evaluación es útil por diversas razones, sobre todo por la importancia cultural y personal que ellas tienen para muchos. Aunque existen diversos instrumentos para evaluar este ámbito, la entrevista es el método más habitual en la práctica, y en este trabajo nos centraremos en ella. Las áreas que deben explorarse sistemáticamente y preguntas habituales se resumen en la Tabla 1, e incluyen los antecedentes familiares y de ciclo vital sobre el tema, las creencias espirituales y religiosas en el presente, las prácticas religiosas privadas y públicas, el apoyo de las comunidades religiosas, y su importancia subjetiva**

## INTRODUCCIÓN

La espiritualidad y religiosidad (E/R) son raramente evaluadas en forma rutinaria en la práctica clínica. Su importancia subjetiva de la religiosidad en la vida del paciente, se puede profundizar en el enfrentamiento de la enfermedad física o mental, al apoyarse el paciente en sus creencias para dar sentido a ésta, y la relación de cooperación o antagonismo que percibe entre los tratamientos médicos o psicológicos y sus creencias religiosas.

En diversos estudios se ha constatado que sólo una minoría de las evaluaciones clínicas incluye elementos E/R en la información recolectada. Tanto estudios suizos como canadienses han encontrado que sólo un

tercio de las historias clínicas recoge esta información (1, 2) siendo generalmente el paciente quien la aporta espontáneamente. Entre las razones aducidas para esta carencia están la falta de tiempo, el temor de entrar en áreas de intimidad del paciente, la falta de conocimiento sobre temas E/R, temor de que los supervisores o colegas tomen una actitud negativa al respecto, y desinterés de parte del paciente.

Entre los factores que explican esta situación está el hecho descrito en trabajos previos de que la E/R de los profesionales de la salud mental es menor que la de sus pacientes, como se ha documentado en estudios internacionales y chilenos (3-5). Asimismo, muchas veces en el entrenamiento de psiquiatras y psicólogos estos temas son poco enseñados, y cuando se tocan, es para

<sup>1</sup> Profesor de Psiquiatría U. de Los Andes, PUC, U. de Chile; Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo  
rflorenzano@gmail.com

centrarse en los aspectos más psicopatológicos de la interfase E/R con salud mental. Hay asimismo un conflicto sociológico en los dominios de prácticas de profesionales de la salud mental y de la religión, que pueden competir por la consejería de sus pacientes. El rol que históricamente cumplieron sacerdotes, ministros o chamanes, en la cultura laica actual, es desempeñado por médicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud.

## LA ENSEÑANZA DE LOS ASPECTOS ESPIRITUALES Y RELIGIOSOS A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

María Inés López Ibor Aliño, en Madrid, ha descrito lo que los psiquiatras necesitan aprender sobre estos temas. Señala esta autora cómo, tal como en el psicoanálisis, parte de la reticencia a considerar los aspectos espirituales viene de lo mucho que tiene en común esta especialidad médica con las religiones. Entre ellos está el crear conceptos difíciles de demostrar. Un psiquiatra heterodoxo, Tomas Szasz al escribir sobre “Anti psiquiatría” en la década de los años 1960, señaló que la enfermedad mental era un mito, creado por los especialistas para validarse frente a sus colegas médicos y ante la sociedad; otro psiquiatra genetista, Kendall, ha señalado que aún el día de hoy la Psiquiatría es una proto-ciencia, y lucha por darse una base científica, que en su perspectiva puede ser dada por los avances de la genómica molecular. La afirmación habitual es que la psiquiatría cabalga entre las ciencias y las humanidades. Un profesor de psiquiatría inglés, Sir Martin Roth, dice que “la Psiquiatría es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades”. Desde otra perspectiva, la práctica psiquiátrica, afirma la autora, debe basarse en los valores, la medicina más que en la ciencia debe centrarse en el paciente. La búsqueda del bienestar psicosocial se relaciona con la madurez del individuo, y tradicionalmente el ser maduro se ha entrelazado con el ser virtuoso. La OMS y muchos otros cuerpos internacionales en sus declaraciones recientes acerca de la importancia de la calidad de vida, han reconocido que un rol importante en este concepto lo prestan los aspectos espirituales y religiosos.

Específicamente en relación a las creencias religiosas, éstas son usadas trans-culturalmente como un medio efectivo para enfrentar la enfermedad, física o biológica. La relación entre madurez y virtud, entre bien y mal, se prueba etimológicamente en términos usados en diferentes idiomas: en inglés, el estar mal es *illness*, *sickness* o *disease*; en francés, *maladie/avoir* de mal; en griego es nosos o *pathos*. Los psiquiatras, que ya hemos

visto, tienden a ser menos religiosos que otros profesionales médicos, entran en una brecha cultural con sus pacientes. Éstos en general consideran que la religiosidad es más importante en sus vidas que lo que la hace la población general. En el caso de la psiquiatría, por ejemplo, los esquizofrénicos religiosos le encuentran más sentido a su enfermedad cuando tienen creencias religiosas, y su adherencia al tratamiento es directamente proporcional a su observancia religiosa. Todo lo anterior confirma que la relación entre psiquiatría y psicopatología es doble: la religión es un factor protector y también puede ser uno de riesgo.

En la formación de los psiquiatras es importante entonces promover habilidades en sentirse más cómodos hablando de temas E/R, destrezas en desarrollar empatía con creencias E/R de los pacientes. Así lo señalan las guías de práctica de la Asociación Psiquiátrica Americana. Esto se puede lograr a través de preguntas específicas en la entrevista clínica, el saber tomar una “historia espiritual clínica” y conocer diversas encuestas sobre E/R. Entre ellas están la Religious Orientation Scale (ROS) de Allport *et al.* 1967; el McGill Quality of Life Questionnaire; el Brief RCOPE (Pargament 1998); el FICA (Konig 2001), acrónimo para “Faith; Influence of Faith; Community (religious); Address Spiritual Needs”.

En la enseñanza de psicoterapia también es necesario reconocer el rol de los elementos espirituales y religiosos. María Inés López Ibor Aliño ha incorporado los siguientes elementos al respecto en los currículos de los residentes de psiquiatría en el Hospital de San Carlos en Madrid (6) temas tales como Entrevista Religiosa en Psiquiatría; E/R en el desarrollo humano; Revisión breve de mayores tradiciones religiosas: E/R en Psicopatología y E/R en Psicoterapia

## ¿POR QUÉ EVALUAR SISTEMÁTICAMENTE LA ESPIRITUALIDAD, RELIGIOSIDAD?

En Estados Unidos, entre los estándares de práctica clínica de evaluación de pacientes adultos, se incluye la exploración del ámbito psicosocial y cultural en el cual ha crecido y se mueve el paciente actualmente. Explícitamente se recomienda preguntar: “Cuáles con las creencias culturales, espirituales y religiosas de los pacientes, y cómo se han desarrollado y cambiado éstas a lo largo del tiempo”. Entre las razones para hacer esta exploración mencionemos:

1. La E/R como componente de la sensibilidad cultural. La cultura puede explicar situaciones de estrés personal y familiar, dar forma a los síntomas y canalizar la experiencia de enfermedad; influenciar

**Tabla 1**  
EVALUACIÓN CLÍNICA ESPIRITUAL Y RELIGIOSA

<p><b>1. Historia E/R</b></p> <p>a. Antecedentes familiares</p> <p>i. ¿Cuáles eran las creencias religiosas o espirituales de su madre?</p> <p>ii. ¿Cuáles eran las creencias religiosas o espirituales de su padre?</p> <p>b. Niñez</p> <p>i. ¿En qué religión fue criado?</p> <p>ii. Cuándo era un niño, ¿que prácticas religiosas tenía que seguir? ¿Con que frecuencia?</p> <p>c. Adolescencia</p> <p>i. ¿De qué modo cambiaron sus creencias o prácticas religiosas en la adolescencia?</p> <p>d. Vida adulta</p> <p>i. ¿De qué modo cambiaron sus creencias o prácticas religiosas en la vida adulta?</p> <p><b>2. Efecto de la enfermedad sobre la E/R</b></p> <p>a. ¿De qué modo cambiaron sus creencias o prácticas religiosas desde que está enfermo?</p> <p><b>3. Creencias y prácticas E/R presentes</b></p> <p>a. ¿Cuál es su religión actualmente?</p> <p>i. ¿De qué modo cambiaron sus creencias o prácticas religiosas en la vida adulta?</p> <p>ii. Hábleme de sus creencias hoy en día.</p> <p>iii. ¿Tiene prácticas religiosas privadas hoy día? ¿Cuáles son?</p> <p>iv. ¿Tiene prácticas religiosas en un grupo o comunidad hoy día? ¿Cuáles son?</p> <p>v. ¿En qué medida recibe apoyo de su grupo o comunidad religiosa actualmente?</p>	<p><b>4. Importancia subjetiva de la religiosidad en la vida</b></p> <p>a. En general ¿cuán importante son sus creencias espirituales o religiosas en el día a día de su vida? Explique de qué manera lo son.</p> <p>b. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas le dan sentido a la vida? Explique de qué manera lo son.</p> <p><b>5. Importancia subjetiva de la religiosidad para adaptarse a la enfermedad</b></p> <p>a. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas le dan sentido a su enfermedad? Explique de qué manera lo hacen.</p> <p>b. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas lo ayudan a enfrentar su enfermedad? Explique de qué manera lo hacen.</p> <p>c. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas le ayudan a controlar su enfermedad? Explique de qué manera lo hacen.</p> <p>d. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas son una fuente de apoyo y fortaleza? Explique de qué manera lo hacen.</p> <p><b>6. Sinergia de la religiosidad con la atención psiquiátrica</b></p> <p>a. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas están en conflicto con sus medicamentos? Explique de qué manera lo están.</p> <p>b. ¿En qué medida sus creencias espirituales o religiosas están en conflicto con ver a un profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra)? Explique de qué manera lo están.</p> <p>c. ¿Cómo se ha sentido hablando de sus creencias espirituales o religiosas?</p>
--	--

la severidad o características de diversos cuadros clínicos (por ejemplo la culpa en pacientes depresivos graves); determinar la interpretación que el paciente hace de sus síntomas; dar apoyo para afrontar la enfermedad; guiar al paciente en su búsqueda de ayuda; influir en el pronóstico y desenlace de la enfermedad; apoyar o retardar los procesos de diagnóstico y tratamiento.

2. La religión y la salud mental son fenómenos interdependientes. Si bien muchas veces la E/R tiene un efecto positivo en la salud mental, puede también

afectar negativamente los síntomas, enlentecer el momento de consultar o aumentar la desconfianza en los profesionales de la salud mental o en las terapias que ellos ofrecen. La evidencia muestra cómo en los casos del abuso de sustancias, del suicidio y de problemas familiares la religión puede tener un rol positivo. El clínico debe evaluar la relación positiva o negativa entre la E/R del paciente y su problema psicopatológico.

3. E/R como motivo para consulta de salud mental. Ya en 1994 la American Psychiatric Association

incluyó en la IV Edición de su Manual Estadístico de Trastornos Mentales el hecho de que hay fenómenos E/R que no deben ser considerado psicopatológicos: “Ejemplos de esto son experiencias que incluyen perder o dudar de la propia fe, problemas asociados con la conversión a una nueva creencia, o cuestionarse valores espirituales” y que éstos pueden ser causa para consultar a especialistas de salud mental. En un mundo crecientemente laico, se recurre hoy al psiquiatra o psicólogo donde antes se recurría al rabino, pastor o sacerdote. Esta consulta por experiencias E/R debe ser tratada con sensibilidad cultural y no clasificarla automáticamente de fenómenos obsesivos, psicóticos o de otra índole. La vida espiritual de las personas es un proceso con momentos de inflexión o crisis, y las experiencias transicionales, sea por crisis externas o por el propio proceso evolutivo, pueden crear angustia, depresión, fenómenos de duelo, y otros que deben ser evaluados cuidadosamente y en sus méritos. Para muchos, perder la fe es poner en jaque toda una estructura vital; para algunos, es sufrir un ostracismo de una comunidad en la cual han vivido desde su niñez. Esta disrupción es particularmente difícil cuando coexiste con una enfermedad física o una crisis matrimonial o laboral.

4. Satisfacción con la atención psiquiátrica. La atención psiquiátrica no se centra sólo en terapias psicofarmacológicas o psicosociales, sino para promover la recuperación psicológica de pacientes que experimentan un trastorno psiquiátrico severo. Muchas personas, a pesar de síntomas incapacitantes, pueden alcanzar una vida con sentido y recuperar un grado importante de autonomía. El examen de las creencias E/R es importante en el planeamiento de esta rehabilitación psicosocial, y así mejorar la relación con el profesional, cuando se logra una exploración adecuada de estas áreas.

### CÓMO CONDUCIR UNA EVALUACIÓN CLÍNICA DE E/R

En la entrevista psicológica de recepción se pueden dejar algunos minutos para explorar sistemáticamente la historia E/R. El esquema general recomendado en la Tabla 1 se puede recorrer de la siguiente manera:

1. Antecedentes E/R: el entorno cultural del paciente se ancla en las prácticas religiosas de la familia de origen, y en el colegio, especialmente si se tuvo una educación religiosa. La espiritualidad evoluciona a lo largo de todo ciclo vital, e influye en el estado mental presente del entrevistado. En esta exploración se debe indagar en especial por cambios drásticos, como son pérdida de la fe, conversión de una religión a otra, o experiencias límites como son, en muchas religiones cristianas reformadas, la del “Renacer en Cristo”.
2. La experiencia de enfermar puede también interactuar con las experiencias E/R, que pueden influir adversa o protectoramente en la sintomatología. El afrontamiento (“coping”) religioso puede colorear los delirios o alucinaciones, puede ayudar a sentir experiencias de “sanación” en la recuperación, y pueden afirmar o disminuir la fe religiosa del paciente.
3. Además de explorar la evolución de la religiosidad a lo largo del ciclo vital, se puede estudiar las creencias y prácticas actuales. El significado, por ejemplo, del sufrimiento y la muerte son temas centrales en todas las religiones, y representan para muchos un filtro de interpretación y expectativas cuando se experimenta dolor psíquico o físico. Las creencias varían en este respecto de una religión a otra, así como lo hace la imagen de Dios a lo largo de la vida.
4. Prácticas religiosas privadas: la oración vocal, la lectura espiritual o bíblica, el oír programas radiales o televisivos con contenido religioso, y especialmente la meditación con contenidos religiosos son todos elementos centrales en la vida de muchos.
5. Prácticas religiosas grupales o comunitarias: esto es lo que distingue la religiosidad organizada de la espiritualidad individual o en un sentido amplio. El pertenecer a una congregación, asistir regularmente a sus oficios, el contacto personal con los líderes del grupo, el participar en grupos corales, de ayuda fraterna, todos hacen que el paciente se sienta incluido y participe de una red social que muchas veces se torna central en su entorno vital cercano.
6. Apoyo recibido de la red social religiosa: la comunidad religiosa, después de la familia es muchas veces la red social más cercana de muchos, y le puede brindar ayuda emocional, material, y cognitiva. La mayoría de las religiones promueven el altruismo y la ayuda a los demás, y esta práctica es central en la autoestima y en la elaboración de los propios conflictos. Jung insistió mucho en el rol del mito del “Sanador herido” en muchas culturas, y en la práctica de la psicoterapia. Por otra parte, muchos sienten a su comunidad religiosa como en una actitud de juicio permanente hacia ellos, especialmente cuando tienen secretos que les

cuesta confiar a los demás. De allí muchas veces se transita a una actitud de distanciamiento y de enojo hacia la comunidad, por esta sensación, real o fantaseada de ser criticados por sus conductas o situaciones vitales.

7. Importancia subjetiva de la religión: en la medida en que el paciente revela en la entrevista una vida religiosa activa, es posible profundizar en la entrevista, indagando en la importancia (o saliencia) de la religión en la vida cotidiana. Las creencias pueden ser laterales o centrales en el día a día de un paciente, como lo ha señalado Huber (7). El concepto de centralidad describe la jerarquía de los fenómenos E/R en la personalidad del paciente. Cuando ellos son centrales, ejercen una influencia importante en otros dominios de la estructura vital: familia, carrera, sexualidad, convicciones políticas, y otras creencias y conductas. Si la religión es subordinada o periférica, tiene menor influencia en el resto de la vida. En pacientes con baja centralidad E/R es posible dejar la evaluación acá, ya que influirá poco en el área que nos interesa habitualmente, como es el manejo de los cuadros emocionales que experimenta el paciente. Cuando la centralidad es alta, se puede pasar al punto siguiente.
8. Importancia de la E/R en el enfrentamiento (coping) con la enfermedad. Cuando la E/R es importante, es necesario profundizar en ello para diseñar intervenciones que tomen estos aspectos en cuenta:
  - a. El significado espiritual de la enfermedad. Una de las preguntas más frecuentes al enfermar, psíquica o somáticamente es: "¿Por qué me ha sucedido esto a mí?". La biomedicina no tiene respuesta a esta pregunta por el sentido, y muchos recurren entonces a su religión para encontrarlo. Pargament (8) ha descrito cuatro sentidos espirituales típicos: una re-significación benevolente ("todo esto es para mejor, y me permitirá ser una mejor persona, o un mejor creyente"), una re-significación culpable ("esto me viene como castigo divino por los propios pecados"); una re-significación demoníaca ("esto viene como un acto demoníaco"); y una re-significación desde los poderes divinos, re-significando el concepto de Dios como de alguien que puede influir en el curso de la enfermedad. Estos diversos significados espirituales se han asociado, en los estudios, con la evolución positiva o negativa de los síntomas o el proceso mórbido. Especialmente,

en la interpretación culpabilizante del enfermar, se ha visto un empeoramiento o un curso peor de la enfermedad. Las diversas tradiciones religiosas connotan más una u otra re-significación: los pentecostales usan más la intervención demoníaca, mientras que otros cristianos insisten en la benevolencia divina. En algunas tradiciones orientales que creen en la re-encarnación (por ejemplo el Budismo), se recurre al concepto de karma, entendiendo la enfermedad como castigo por malas acciones en vidas pasadas.

- b. Afrontamiento de los síntomas. La E/R puede también ayudar a enfrentar y aliviar síntomas emocionales. Por ejemplo, los enfermos depresivos pueden encontrar consuelo y refugio en su religión; los ansiosos, paz y tranquilidad. Asimismo, un enfrentamiento adecuado puede disminuir síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones.
  - c. Estilos de afrontamiento: El mismo Pargament (antes citado), distingue tres modos de controlar los síntomas: confiar en resolverlos uno, sin la ayuda de Dios; confiar pasivamente en Dios, rogando por su intercesión directa; o bien colaborar con Dios activamente para resolver los problemas (estilo colaborador).
9. SINERGIA DE LA RELIGIÓN CON LOS CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS. Es claro que la E/R puede influir positiva o negativamente o no influir en las conductas de búsqueda de ayuda. Para algunos, la psiquiatría y la E/R son ámbitos diversos que deben mantenerse aparte. Para quienes la religión es central, la necesidad de atención psiquiátrica es filtrada por las creencias y prácticas religiosas, lo que será determinante en la adherencia a los tratamientos recomendados. Algunos pacientes creen que Dios actúa por intermedio del profesional, y que este tiene una Gracia especial para sanarlos. Otros confían en profesionales que saben son de su propia religión, lo que ayuda a confiar en el médico.

## OTROS ELEMENTOS

La evaluación sistemática permite concluir con respecto a la centralidad de la religión en la vida del paciente. Cuando ésta es baja, no es necesario incorporar una formulación E/R en el plan de intervención. En segundo lugar, permite reconocer la relación del paciente con su comunidad religiosa, cuando existe, e incorporar ésta entre las posibles redes de apoyo a movilizar para la



recuperación. La integración de grupos de ayuda parroquiales, de la sinagoga o templo muchas veces puede apoyar el obtener medicamentos, a hospitalizar a un paciente psicótico, etc. Por otra parte, muchas veces estos grupos requieren psico-educación acerca de los problemas emocionales del paciente, que tienden a interpretar como falta de fuerza de voluntad, o como parte del problema espiritual que enfrentan. Finalmente, es necesaria una conclusión acerca del rol positivo o negativo de la E/R en la subjetividad del paciente. Si la imagen divina es de apoyo y perdón, el camino puede ser más fácil que si su percepción de dios es la de un ente castigador y que juzga anticipatoriamente.

En resumen, la evaluación E/R forma una parte integral de una evaluación amplia, y es especialmente importante en pacientes en cuyo entorno cultural la religión es central. Asimismo, en la indicación de psicoterapia esta evaluación es necesaria para entablar un encuadre terapéutico que respete las creencias del paciente, pero que al mismo tiempo le permita crecer en una dimensión que vea a la E/R como un elemento protector y no de riesgo para el enfrentamiento de sus síntomas, eventos estresantes y situaciones complejas de vida.

El entrenamiento de los profesionales de la salud mental en estos temas es pues crecientemente importante en un entorno cultural diverso en el cual diversas orientaciones religiosas co-existen, así como aceptar y tolerar los puntos de vista no teístas y no creyentes.

## REFERENCIAS

1. Huguelet P, Mohr S, Borrás I, Guilleron C, Brandt PY. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services* 2006, 57 (3): 366-372
2. Baetz M, Griffin P, Bowen R, Marcoux G. Spirituality and Psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patients' expectations. *Can J Psychiatry* 2004, 49 (4): 265-271
3. Shafranske EP: Religious Involvement and Professional Practices of Psychiatrists and Other Mental Health Professionals. *Psychiatric Annals* 2000; 30(8): 525-532
4. Neeleman J, King MB: Psychiatrists' religious attitudes in relationship to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88:420-242, 1993
5. Florenzano R, Cataldo E, Aspillaga C, Musalem C, Alliende L. Religiosity of Psychotherapists in Santiago de Chile. Results of a Survey. *International Symposium on Psychiatry and Religious Experience, Avila (España)*, 4 a 6 de Noviembre de 2010
6. María Inés López Ibor Aliño. Enseñanza de temas espirituales en la formación de posgrado en Madrid. En: *Simposio Internacional: Psiquiatría y Experiencia Religiosa. Ávila, España*, 4 a 6 de Noviembre, 2010
7. Huber S. Are religious beliefs relevant in daily life? En: Streib H (Ed): *Religions Inside and Outside Traditional Institutions*. Leiden, Netherlands, Brill Academic Publishers, 2007: 211-230
8. Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: The Guilford Press, 1997

## INVESTIGACIÓN

# ESTUDIO DE AUTOAGRESIONES EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA EN CHILE<sup>i</sup>

(Rev GPU 2011; 7; 3: 324-329)

Arturo Roizblatt<sup>1,ii</sup>, Paula Thomassen<sup>2a</sup>, Matías Pinedo<sup>3</sup>, Paulina Román<sup>1b</sup>,  
Álvaro Wolfenson<sup>1</sup>, Álvaro Castillo-Carniglia<sup>4c,iii,iv</sup>

**Introducción.** Las autoagresiones en adolescentes mujeres son un fenómeno frecuente. Existe escasa evidencia en el país que examine autodaño en adolescentes sin trastornos psiquiátricos evidentes. **Objetivos.** Estimar prevalencia de autodaño en adolescentes y su asociación con estructura familiar, violencia intrafamiliar (VIF), promedio de notas y desesperanza. **Material y método.** Estudio transversal en una muestra de adolescentes de una comuna de la Región Metropolitana. Se aplicó un cuestionario estructurado y Escala de Desesperanza de Beck a 437 alumnas de primero medio, en un Liceo Municipal, Colegio Particular Subvencionado y Particular. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis de regresión logística. **Resultados.** Prevalencia encontrada: Autodaño 19,2%; VIF 11,2%; y desesperanza leve, moderada y severa 28,6%, 9,4% y 1,1% respectivamente. Según el análisis multivariado, el *odds ratio* (OR) de autodaño para las adolescentes víctimas de VIF fue de 4,1 con intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de 1,9 a 8,6. El nivel de desesperanza leve (OR =4,6; IC 95%: 2,5 a 8,5), moderado (OR =13,8; IC 95%: 6,0 a 31,5) y severo (OR =8,5; IC 95%: 1,1 a 68,5) se asoció positivamente con autodaño. **Conclusiones.** Violencia intrafamiliar y desesperanza se asociaron fuertemente a autodaño, no así el estado civil de los padres y rendimiento escolar. La prevalencia encontrada de Autodaño, 19,2%, lleva a pensar en la necesidad de enfrentar esta situación. Se necesitarán nuevos estudios para determinar eventual relación causal con éstas y otras variables no consideradas en este estudio.

<sup>i</sup> No hubo fuentes de apoyo financiero.

<sup>ii</sup> Dirección: Avda. Salvador 364, Providencia Santiago - Chile. Teléfono: 2312963. e-mail: ardas@vtr.net

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Centro de Salud Familiar Dr. Hernán Alessandri, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

<sup>4</sup> Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

a. Psicóloga.

b. Alumno de Medicina, Universidad de Chile.

c. Antropólogo MSc, Programa de Doctorado en Salud Pública, Universidad de Chile, Becario CONICYT Programa Capital Humano Avanzado.

## INTRODUCCIÓN

Las autoagresiones en adolescentes son un fenómeno frecuente (1-4), dentro de las cuales están incluidas las conductas de cortes, las que corresponderían desde el 11% al 13% del total de estos fenómenos (1, 5), siendo en general más frecuentes en el sexo femenino (3, 5). Se estiman anualmente unas 25.000 atenciones por estos motivos en Inglaterra y Gales (6), en USA se estima un rango anual de 259 por 100.000 consultas en servicios de urgencia (7), y la hospitalización de estos casos es mayor que la habitual por otros cuadros (8).

Se ha estudiado cuáles serían las razones que refieren los adolescentes para practicarse autoagresiones no suicidas, siendo las más frecuentes: "el obtener control sobre una situación", "tratar de lograr una reacción de parte de alguien" y "para detener emociones o sentimientos negativos" (9).

En la última década se ha observado que las autoagresiones han ido en aumento, relacionándose con un mayor número de diagnósticos psiquiátricos severos (1). En aproximadamente la mitad de los casos se realiza un diagnóstico psiquiátrico (8), siendo Depresión Mayor el diagnóstico más frecuente (8, 10) y el abuso de alcohol otro factor que se asocia de forma independiente con la prevalencia de cortes en la población femenina (4). Se han asociado a eventos traumáticos precoces (11), Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Personalidad Límite (11-13, 15) y más recientemente las autoagresiones han sido reportadas en poblaciones sin un diagnóstico psiquiátrico, observándose que estas conductas se han desplazado desde la población clínica a la general, lo que a su vez ha aumentado el interés por estudiar este fenómeno (14) y hay que considerar que sólo la mitad de estas jóvenes informan o buscan ayuda debido a sus autoagresiones no suicidas (10).

En pacientes con Trastorno de Personalidad Límite se ha observado, mediante el uso de Resonancia Magnética Funcional, que las pacientes con antecedente de autoagresiones tienen menor activación de la corteza órbita frontal comparadas con controles, y muestran incremento de la actividad en la corteza prefrontal dorso lateral (15).

La frecuencia de las autoagresiones está influida por múltiples factores, siendo el nivel socioeconómico uno de los más estudiados, el cual tendría, a grandes rasgos, una relación inversa (16). Considerando el género, entre las mujeres, los factores de riesgo más importantes son: autoagresiones en familiares y amigos, el uso de drogas, depresión, ansiedad, alta impulsividad y baja autoestima. En los hombres son: intentos de

suicidio en amigos o familiares, uso de drogas y baja autoestima (3). Otros estudios han mostrado que las diferencias de género sólo se observarían en relación con los cortes pero no en otros tipos de autoagresiones (5).

Por medio de tests se han observado significativas diferencias entre las adolescentes que se autoagreden y las que no. Estos tests podrían ayudar a predecir el riesgo de autoagresiones no suicidas en conjunto con otros elementos como los factores psiquiátricos y demográficos (17). No obstante el creciente interés que despiertan estos fenómenos, pocos instrumentos se han desarrollado para medir las autoagresiones, siendo el Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) el más validado (18).

Se realizó un estudio en relación con la conducta de autoagresión en adolescentes de la Región Metropolitana, y los objetivos fueron: estudiar la frecuencia de esta conducta en ese grupo y sus características sociodemográficas, evaluar la asociación de esa conducta con sintomatología depresiva, rendimiento escolar, estado civil de los padres, asistencia a clases, Violencia Intrafamiliar (VIF) y/o con promedio de notas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se encuestó a un total de 437 adolescentes entre 14 y 17 años en escuelas municipales, subvencionadas y particulares de la comuna de Providencia, Región Metropolitana. En *n* final correspondió al total de adolescentes que aceptó participar en el estudio. Si se considera la prevalencia observada de VIF (11,2%), un poder del 90% y un nivel de confianza del 95%, la diferencia en la proporción de auto daño detectable con un *n* igual a 437 es de un 25,1%.

## Evaluación

Se aplicó un cuestionario estructurado entre los meses de junio y julio del año 2009. Éste incorporó preguntas de composición familiar, estado civil de los padres, sobre rendimiento escolar (inasistencia y promedio de notas) y presencia o ausencia de violencia al interior de la familia. La inasistencia a clases se dicotomizó en menos de 7 inasistencias al año y 7 o más. Por su parte, el promedio de notas se categorizó entre aquellos que tenían un promedio menor a 4,0, entre 4,0 y 5,5 y entre 5,6 y 7,0, aunque para los efectos del análisis de regresión las categorías fueron  $\leq 5,5$  y entre 5,6, y 7,0.

Para evaluar los sentimientos hacia las experiencias futuras se incorporó la Escala de Desesperanza de Beck (EDB). La EDB tiene una puntuación que va de 0 a 20, siendo 20 el nivel más elevado de desesperanza.

**Tabla 1**  
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

Tipo escuela	Total	Sin auto daño	Con auto daño
	N (%)	N (%)	N (%)
Municipal	267 (61,1)	219 (62,0)	48 (57,1)
Subvencionado	153 (35,0)	121 (34,3)	32 (38,1)
Particular	17 (3,9)	13 (3,7)	4 (4,8)
Edad (años)			
14	352 (80,5)	283 (80,2)	69 (82,1)
15	75 (17,2)	63 (17,8)	12 (14,3)
16	8 (1,83)	6 (1,7)	2 (2,4)
17	2 (0,5)	1 (0,3)	1 (1,2)
Maternidad			
Sin hijos	434 (99,3)	351 (99,4)	83 (98,8)
Embarazada	3 (0,7)	2 (0,6)	2 (1,2)
Composición familiar			
Ambos padres	299 (68,4)	248 (70,3)	51 (60,7)
Un padre	127 (29,1)	98 (27,8)	29 (34,5)
Otro	11 (2,5)	7 (2,0)	4 (4,8)
Estado civil de los padres			
Casados	276 (63,2)	229 (64,9)	47 (55,9)
Separado o divorciado	120 (27,5)	91 (25,8)	29 (34,5)
Conviven	40 (9,2)	32 (9,1)	8 (9,5)
Viudo	1 (0,2)	1 (0,3)	0 (0,0)
Promedio de notas			
<4,0	2 (0,5)	0 (0,0)	2 (2,4)
4,0-5,5	116 (26,5)	83 (23,5)	33 (39,3)
5,6-7,0	319 (73,0)	270 (76,5)	49 (58,3)
Inasistencias a clases (veces año)			
No suele faltar	107 (24,5)	87 (24,7)	20 (23,8)
1-7	252 (57,7)	208 (58,9)	44 (52,4)
Más de 7	78 (17,9)	58 (16,4)	20 (23,8)
Desesperanza			
Mínimo	266 (60,9)	246 (69,7)	20 (23,8)
Leve	125 (28,6)	89 (25,2)	36 (4,6)
Moderado	41 (9,4)	16 (4,5)	25 (29,8)
Severa	5 (1,1)	2 (0,6)	3 (3,6)
VIF			
No	388 (88,8)	331 (93,8)	57 (67,9)
Si	49 (11,2)	22 (6,2)	27 (32,1)

RIC = Rango Inter cuartilico

VIF = Violencia Intrafamiliar

Para los efectos del análisis y la presentación de los resultados, el puntaje se categorizó en cuatro niveles de desesperanza: mínimo (<3); leve (4-8); moderado (9-14) y severo (> 14)

La variable dependiente fue auto daño, que se evaluó a través de la pregunta "¿Se ha autoprovocado algún tipo de daño en los últimos 12 meses?" cuya respuesta dicotómica era sí o no. Luego, en el caso que la

respuesta fuera positiva se preguntó sobre actitudes derivadas del autodaño como los objetivos o funciones de la autoagresión, origen de la idea de autodaño y red de apoyo.

### Análisis

El análisis contempló la transformación de algunas variables para darle mejor interpretabilidad a los resultados. Se inspeccionaron los datos y se describieron en cuanto a su frecuencia y porcentaje en la muestra total y entre los que reportaron o no reportaron autodaño.

Para el análisis multivariado se transformaron las variables categóricas "composición familiar" y "desesperanza" en variables *dummy*. El método seleccionado fue regresión logística. Se testearon diferentes combinaciones y ajustes del modelo en base a los esquemas propuestos en el diseño y en base al análisis exploratorio de los datos. Los resultados se reportan en odds ratios crudos y controlado por potenciales confusores. El ajuste de cada modelo fue evaluado a través de la prueba de bondad de ajuste global de Hosmer y Lemeshow.

Todos los análisis se hicieron con Stata 10.0 y el nivel de significación utilizado fue del 5%.

## RESULTADOS

Las características sociodemográficas, rendimiento escolar y puntaje de desesperanza en el total de la muestra y por autorreporte de autodaño se presentan en la Tabla 1.

Ambos grupos tuvieron características similares en cuanto a tipo de escuela, edad, embarazo adolescente e inasistencia a clases; sin embargo, el grupo que reconoció alguna forma de autodaño proviene en mayor proporción de familia uniparentales o con padres separados, tiene un mayor porcentaje de adolescentes con bajo promedio de notas, reportaron algún tipo de violencia intrafamiliar y tiene mayor puntaje de desesperanza.

La prevalencia de autodaño en el grupo de adolescentes encuestadas fue del 19,2% (Tabla 2). Los cortes constituyen la principal forma de autoagresión, con un 55,2% y cuya función primaria es aliviar las emociones negativas (54,6%). Además, en esta tabla se presentan las respuestas a las preguntas que pretenden indagar sobre el origen de la idea de autodaño y sobre la red de apoyo disponible en estos casos. En el 94% de las veces la idea de auto daño tiene su origen en la propias adolescentes y en menos de un tercio de las veces se

**Tabla 2**

PREVALENCIA Y CONDUCTAS DERIVADAS DEL AUTODAÑO

	N	%
<b>Autodaño</b>		
Sin autodaño	353	80,8
Hay autodaño	84	19,2
<b>Tipo autodaño*</b>		
Cortes	42	55,2
Quemaduras	1	3,8
Golpes	9	19,0
Otro	15	21,9
<b>Función autodaño*</b>		
Alivia emociones negativas	40	54,6
Terminar experiencia	2	5,6
No enfrentar deseo de morir	2	4,6
Obtener ayuda	5	6,5
Auto castigo	4	10,2
Diferenciarse	4	5,6
Para morir	7	13,0
<b>De dónde surge la Idea de autodaño*</b>		
De mí misma	80	94,1
Madre o padre	0	0,0
Amigos	1	2,4
Compañeros	2	2,4
Otros	2	1,2
<b>Pidió ayuda posterior al autodaño</b>		
Sí	24	28,9
No	59	71,1
<b>Quién brindó ayuda*</b>		
Familiar	8	25,8
Amigos	10	32,3
Compañeros	6	19,4
Servicio de Salud	3	9,7
Otro	4	12,9

\* Pregunta de respuestas múltiples.

solicita ayuda, siendo las amistades la principal fuente de apoyo con un 32,3%.

A continuación, en la Tabla 3 se presentan los odds ratio (OR) crudos y ajustados de autodaño según reporte de violencia intrafamiliar, nivel de desesperanza, promedio de notas y composición familiar. Tanto la violencia intrafamiliar como el nivel de desesperanza se asociaron fuertemente con autodaño, incluso tras ajustar por las potenciales variable confundentes. Por otro lado, el odds de las adolescentes con bajo promedio



**Tabla 3**  
ODDS RATIO DE AUTODAÑO SEGÚN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, NIVEL DE DESESPERANZA,  
PROMEDIO DE NOTAS Y COMPOSICIÓN FAMILIAR

		OR crudo	IC 95%	OR ajustado*	IC 95%
VIF	No	1	-	1	-
	Sí	7,13	3,80- 13,37	4,03	1,93- 8,43
Desesperanza	Mínimo	1	-	1	-
	Leve	4,98	2,74 - 9,05	4,52	2,44- 8,36
	Moderado	19,22	8,85 - 41,74	14,03	6,21- 31,69
	Severa	18,45	2,91 - 116,91	8,64	1,16- 64,39
Promedio notas	>5,5	1	-	1	-
	≤ 5,5	3,26	1,74- 6,05	1,66	0,92- 2,98
Composición familiar	Biparental	1	-	1	-
	Uniparental	1,44	0,86-2,40	1,18	0,65-2,14
	Otro	2,78	0,78-9,84	0,94	0,21-4,10

OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza; VIF = Violencia intrafamiliar.

\* Modelo con VIF, nivel de desesperanza, promedio de notas y composición familiar

de notas fue de 3,3 veces mayor al de las adolescentes con un promedio sobre 5,5, sin embargo, esta asociación desapareció al ajustar por las demás co-variables. La composición familiar no se asoció con autodaño en ninguno de los modelos realizados pese a su desigual distribución entre ambos grupos.

## DISCUSIÓN

Se cree ampliamente que la prevalencia de autodaño ha incrementado en la población adolescente, sin embargo falta evidencia empírica para esta afirmación, pese a que existen indicadores que avalan la afirmación. Por ejemplo, estudios en adolescentes hospitalizados muestran un incremento de cortes de un 4,3% a 12,2% (entre 1990 y 2000) y el suicidio en adolescentes aumentó un 36% desde 1970 y 150% desde 1950 (19). Ventura-Junca *et al.* evaluaron la prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana, encontrando un 59,7% y 18,8% respectivamente (20).

Es preocupante que la tendencia al autodaño sea similar a una epidemia en la población hospitalaria y centros de detención, lo que también se vería reflejado en los colegios (21, 22). Prevalencia encontrada en el estudio realizado (19,2%) fue consistente con éstos y otros estudios, por lo que sugiere que el autodaño en la población escolar debe ser tomado seriamente como un tema de salud pública.

Cabe destacar que el estudio demuestra que el autodaño (54,6%) se utiliza principalmente como

mecanismo de regulación afectiva (aliviar emociones negativas) y que el no solicitar ayuda profesional y/o familiar (71,1%) es una tendencia alarmante. De esto se podría interpretar que la conducta en evaluación provoca sentimientos de vergüenza y aislamiento social, aumentando así la probabilidad de aparición de la conducta en estudio.

Así también, consistente con otros estudios (23, 24), se asoció la presencia de violencia intrafamiliar a conductas autolesivas. Será de importancia, en futuras investigaciones, lograr especificar qué tipo de VIF (verbal, físico, psicológico y/o sexual).

Es de conocimiento que la población escolar presenta un mayor riesgo de autodaño junto con la conducta suicida (25). Los resultados obtenidos a partir de la investigación realizada no podrían ser generalizados a la población no escolar.

El hecho de que los adolescentes que manifiestan autodaño funcionen lo suficientemente bien como para no ser detectados lleva a cuestionarnos si su futuro será peor que aquellos que no lo presentan. La asociación de VIF con elevada desesperanza deja abierta las puertas para futuras investigaciones sobre el bienestar de estos pacientes.

Aún no existe suficiente evidencia sobre cuál sería la mejor estrategia para atender a estos pacientes, pero se ha observado que las intervenciones especializadas tendrían una mayor efectividad disminuyendo la repetición de actos de agresiones (26, 27), versus las intervenciones en atención primaria, por médico general, tendrían un menor impacto (26).

## CONCLUSIONES

Violencia intrafamiliar y desesperanza se asociaron fuertemente a autodaño, no así estado civil de los padres y rendimiento escolar. La prevalencia encontrada de autodaño del 19,2%, lleva a pensar en la necesidad de enfrentar esta situación. Se necesitarán nuevos estudios para determinar eventual relación causal con éstas y otras variables no consideradas en este estudio.

## REFERENCIAS

- Olfson M, Gameroff M. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 1328-1335
- Nadkarni A, Parkin A, Dogra N, Stretch D, Evans PA. Characteristics of children and adolescents presenting to accident and emergency departments with deliberate self-harm. *J Accid Emerg Med*. 2000; 17: 98-102
- Hawton K, Rodham K. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002; 325: 1207-11
- Hintikka J, Tolmunen T. Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. *J Adol Health* 2009; 44: – 464–467
- Laukkanen E, Rissanen M. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13 to 18 year old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44: 23–28
- Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate selfharm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc*. 2000; 23: 475-5
- Spicer RS, Miller TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health*. 2000; 90: 1885-1891
- Olfson M, Gameroff M. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 1122-1128
- Lloyd-Richardson E, Perrine N. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007; 37(8): 1183–1192
- Nixon M, Cloutier P. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ*. 2008; 178(3): 306-12
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege*, 2<sup>nd</sup> Ed, Baltimore, MD: John Hopkins University Press
- Linehan MM. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press
- Simeon D, Hollander E. (Eds.) (2001). *Self-injurious behaviors, assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc
- Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006; 117(6), 1939-1948
- Kraus A, Valerius G. Script-driven imagery of self-injurious behavior in patients with borderline personality disorder: a pilot fMRI study. *Acta Psychiatr Scand*. 2010; 121: 41–51
- Engström K, Diderichsen F. Parental social determinants of risk for intentional injury: A cross-sectional study of Swedish adolescents. *Am J Public Health*. 2004; 94: 640–645
- Nock M, Banaji M. Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 820–823
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Brown, M.Z., Heard, H.L. & Wagner, A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 2006 18(3), 303-312
- Miringoff M, Miringoff M-L. *The Social Health of the Nation*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 1999
- Ventura-Junca D, Raúl et al. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile *Rev Méd Chile* [online]. 2010, vol.138, n.3
- Matthews PC. Epidemic self-injury in an adolescent unit. *Int J Soc Psychiatry*. 1968; 14: 125–133
- Taiminen TJ, Kallio-Soukainen K, Nokso-Kovisto H, Kaljonen A, Helenius H. Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 211–217
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001; 286: 3089–3096
- Favazza AR, Contrero K, Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Trends in deliberate Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79: 283–289 10
- Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. *JAMA*. 2005; 293: 2487–2495
- Bennewith O, Stocks N. General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 1254
- Hawton K, Arensman E. Deliberate selfharm: a systematic review of the efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing relapse. *BMJ* 1998; 317: 4417

## PSIQUIATRÍA FORENSE

# ¿ES LA CÁRCEL UN TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD MENTAL?: REFLEXIONES EN TORNO A PSICOPATÍA E IMPUTABILIDAD

(Rev GPU 2011; 7; 3: 330-338)

Fabián Pavez<sup>1</sup>

**Quizás uno de los capítulos más apasionantes de la psiquiatría es aquel que guarda relación con la personalidad y sus desviaciones. Numerosas son las novelas y películas que tratan dicho tema y frecuentemente la opinión pública se ve impactada por las noticias que tratan de crímenes escalofriantes asociados a individuos así llamados “psicópatas”. En el presente trabajo transitaremos por los oscuros corredores de la psicopatía en búsqueda de elementos que puedan darnos luces sobre el tratamiento judicial de estos individuos, en términos de su imputabilidad.**

### PERSONALIDAD Y EL CONSTRUCTO CLÍNICO DE LA PSICOPATÍA

Ya me he referido en un artículo previo a las dificultades que reviste la conceptualización de la personalidad (1), siendo éste el primer problema –y quizá uno de los más complejos de resolver– en relación con el tema que nos ocupa.

La distinción entre salud física y mental derivada del dualismo cartesiano mente-cuerpo genera controversias que no son del todo estériles si consideramos que el lugar para un enfermo no es la cárcel. Cuando tratamos con condiciones de salud mental, el límite de lo que se entiende como enfermedad comienza a tornarse un poco más difuso en la medida que nos acer-

camos al terreno de los así llamados “trastornos de la personalidad”.

Asimismo, resulta ambigua la aclaración contenida en el DSM-IV en términos de que “ni la conducta desviada ni los conflictos que son primariamente entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a menos que la desviación o conflicto sea un síntoma de disfunción del individuo” (2).

Ingresamos así al complejo escenario de la definición de psicopatía, pero mucho más ampliamente, de la definición de enfermedad. Este concepto puede corresponder a un término científico-biomédico o sociopolítico (el que incluye un juicio de valor). El primero se refiere, de acuerdo a Scadding, a la suma de fenómenos anormales desarrollado por un grupo de organismos

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

vivos con una característica común específica o set de características por las que difieren de la norma de las especies de modo tal que los ubica en desventaja biológico (este último punto llama a la discusión, precisamente porque Scadding nunca lo explicó, por lo que se puede interpretar desde distintos prismas: fertilidad, expectativa de vida, adaptación al ambiente (3). En relación con esto, se pueden plantear argumentos a favor y en contra de las ventajas y desventajas que proveen ciertos trastornos de personalidad (estrategia predatoria exitosa en el caso del psicópata), así como plantear hipótesis evolutivas tan atractivas como excesivamente especulativas (por ejemplo, la existencia de trastornos de personalidad como estrategias conductuales adaptativas a un contexto cultural y ambiental distinto al actual).

Por su parte, la acepción socio-política considerará enfermedad a todas aquellas condiciones indeseables (juicio de valor) para las que exista un tratamiento médico que resulte más efectivo que las alternativas potenciales: sistema judicial, iglesia, trabajo social (3). En este contexto, se puede argumentar que el trastorno de personalidad antisocial (TPAS) y la psicopatía tienen el carácter de indeseable para la sociedad, pero tiende a la egosintonía en los individuos "portadores" de la supuesta enfermedad; por otra parte, los estudios sobre el beneficio del tratamiento médico no son concluyentes, si bien parecen ser superiores a las alternativas aportadas por el sistema judicial.

Para Kendell (3), las conductas y actitudes que definen un trastorno de personalidad son probablemente rasgos graduados presentes en una menor proporción en otras personas y también muy diferentes en distintos tipos de trastornos de personalidad.

Existe otro tipo de concepto de enfermedad, el así llamado concepto Roschiano, en el que una enfermedad sólo puede ser comprendida considerando los prototipos de enfermedad (por ejemplo, en salud mental: la esquizofrenia). Sin duda esta concepción corresponde a una de las más ambiguas y abierta a múltiples interpretaciones, pero desde esta perspectiva se puede argumentar a favor del carácter de enfermedad de los trastornos de la personalidad por: la inclusión de éstos en los manuales diagnósticos (consensos en los que no se niega su carácter de enfermedad y se les homologa al resto de las patologías de salud mental) y también por las similitudes esgrimidas por muchos psiquiatras forenses entre la esquizofrenia y los trastornos graves de personalidad; a saber, la necesidad de tratamiento y la perturbación de naturaleza considerable (3).

Por su parte, la psicopatía es un constructo complejo, una dimensión supraordinal de personalidad. Esto determina su superposición con algunos trastornos de

personalidad del eje II del DSM IV-TR, incluyendo los trastornos de personalidad antisocial, narcisista, límitrofe, paranoide e histriónico (4).

Los modos de conceptualización de la psicopatía han evolucionado desde aquellos que se asientan en la personalidad (como la escuela alemana del siglo diecinueve que consideraba dentro de la "psicopatía" todas aquellas variantes extremas de la personalidad normal) a las más actuales, basadas en aspectos conductuales (en la línea de la "insanidad moral", sostenida por las escuelas inglesa y estadounidense). De este modo, existiría una diferencia entre la psicopatía y los trastornos oposicionista desafiante y conductual, en niños; y el trastorno de personalidad antisocial, en adultos.

En este sentido, es necesario recalcar que psicopatía no es sinónimo de TPAS, puesto que en la primera el énfasis se encuentra puesto en los síntomas interpersonales/afectivos, mientras que en la segunda el foco es la conducta. Esta diferencia queda clara al analizar la relación entre TPAS y psicopatía en delinquentes adultos, donde un 90% de los psicópatas cumplen los criterios DSM-IV para TPAS, pero sólo un 25% de aquellos con TPAS califican para psicopatía (4). En este sentido, debemos ser cautelosos con el uso antojadizo del término "psicopatía" y "trastorno antisocial de la personalidad" para hacer referencia a un mismo problema, puesto que en realidad se trata de dos situaciones diferentes. El diagnóstico de TPAS tiende a describir más a un delincuente que a un psicópata (de ahí que los índices de prevalencia en prisión se disparen). En este último caso, además de las características que describen al individuo que presenta trastorno antisocial de la personalidad, muestra un síntoma que no contemplan las clasificaciones actuales de los trastornos mentales, esto es, su incapacidad para establecer relaciones afectivas con los demás (vale decir, un déficit en la afectividad y en las emociones, cuyo origen es multicausal).

Ni todos los delinquentes son psicópatas ni éstos necesariamente recurren a mecanismos delictivos. Éste es un aspecto que adquiere singular relevancia para el presente estudio, pues quienes defienden la inimputabilidad de los psicópatas (5) esgrimen como argumento la incapacidad de ser culpable del psicópata, mas no de aquellos individuos que presentan tan sólo algunos rasgos psicopáticos, lo cual ampliaría indebidamente el ámbito de la eximente.

## EL CONCEPTO DE IMPUTABILIDAD

El concepto de imputabilidad proviene del latín *imputare* que significa "atribuir", configurando uno de los constructos más controvertidos en la teoría jurídica del

delito. Es por eso que este concepto puede ser abordado desde diversos posicionamientos dogmáticos, prácticos, médico-psiquiátricos y psicológicos (6).

Se entiende por imputabilidad a la capacidad de ser penalmente responsable, vale decir, la presencia de un conjunto de condiciones necesarias para que un hecho punible pueda ser atribuido a quien voluntaria y conscientemente ejecuta una acción. En este sentido, afirma la existencia de una relación de causalidad psíquica entre el delito y la persona (7). Por tanto, para ser imputable se debe poseer la aptitud o capacidad personal para comprender lo injusto o antijurídico del hecho y para dirigir la acción conforme a esa comprensión. Esto implica algo más que una simple capacidad intelectual de conocer, saber o entender un hecho como antijurídico y para actuar conforme a dicha valoración; esto implica, también que la imputabilidad se vincula con el conjunto de facultades innatas o adquiridas, simples y compuestas, de la memoria a la conciencia, de la inteligencia a la voluntad, del raciocinio al sentido moral (8).

Así, imputar es “atribuir la ejecución de un acto a determinada persona, física y mentalmente sana”, quedando definido por la capacidad de comprender y querer el acto cometido. Comprender involucra inteligencia y conciencia de actuar. La inteligencia, desde la medicina legal, implica discernimiento, autocrítica, juicio ético-moral, madurez y conocimiento. Querer implica libertad de acción, libre volición, ausencia de impulsos patológicos, normalidad de las reacciones emocionales y afectivas (7).

Por tanto, la imputabilidad es un concepto jurídico de base psicológica. De él dependen los de responsabilidad y culpabilidad. Imputar un acto es atribuírselo a alguien, ponerlo en su cuenta, lo que jurídicamente equivale a la obligación de sufrir las consecuencias penales que por la realización de un hecho delictivo señala el ordenamiento legal.

La cualidad personal en que consiste la imputabilidad, como estado psicológico-espiritual que convierte al sujeto en autor apropiado para la imputación jurídico-penal (y por consiguiente para la reprochabilidad y la pena), se condiciona de manera positiva por: a) un desarrollo mental suficiente; b) una conciencia lúcida, sin perturbaciones profundas; c) un psiquismo exento de alteraciones graves (8).

Es así que *la capacidad de cumplir el deber como deber es, por tanto, capacidad de motivarse por el deber y, en consecuencia, capacidad de llegar a ser consciente del deber en el momento de la posibilidad de acción y de dirigir la voluntad conforme al deber* (9). De lo hasta acá expuesto, aparece como criterio para determinar la culpabilidad, aquel por el cual el sujeto puede comprender

el injusto o ilícito de su acción y actuar conforme a dicha comprensión.

De este modo, la incapacidad de culpabilidad terminará excluyendo la posibilidad de comprensión de la antijuridicidad, o la capacidad de conducirse conforme al reconocimiento de la norma.

La inimputabilidad es la incapacidad del sujeto de comprender la ilicitud de un hecho que ejecuta y/o determinarse de acuerdo con la exigencia del derecho. Cuando se hace referencia al elemento intelectual es a la incapacidad para la comprensión de la ilicitud de su comportamiento, lo que se materializa en la incapacidad para juzgar o valorar su conducta. En relación al elemento volitivo, es aquel donde la acción no coincide con la voluntad del individuo.

De acuerdo con lo antes expuesto, caben 3 alternativas: inimputabilidad, atenuación de la imputabilidad o imputabilidad. Los Códigos penales dedican normalmente uno o más artículos al complejo tema de la inimputabilidad. Comúnmente lo hacen a través de “fórmulas”, cuyo alcance e interpretación determinará que ciertas personas que cometan un injusto penal con alguna alteración psíquica, puedan no ser consideradas susceptibles de reproche ético-jurídico. Se puede hablar de tres tipos básicos de fórmulas legales de inimputabilidad (5):

1. Fórmulas biológicas o psiquiátricas puras, que disponen que los afectados con alguna enfermedad mental cualquiera son inimputables, conforme al criterio médico y sin considerar las consecuencias psicológicas de dichas patologías sobre el hecho imputado.
2. Fórmulas psicológicas puras, que disponen la exclusión de la imputabilidad sobre la base de la perturbación psíquica producida por la alienación.
3. Fórmulas mixtas, que prevén las causas psicopatológicas y las consecuencias psicológicas que aquellas debieron provocar, que serán valoradas por el juez en cada caso, al momento de realizar el juicio de reproche. Esta última es la que predomina en la mayoría de los códigos actuales.

Según el Código Penal chileno, artículo 10 N° 1, es inimputable el “loco o demente”, vale decir: psicosis, demencia, retardo mental moderado - severo y los estados confusionales.

## IMPUTABILIDAD Y PSICOPATÍA

Un aspecto que ha resultado controvertido en torno a los trastornos de la personalidad y, puntualmente la psicopatía, es el carácter de enfermedad de dichas entidades.



En este sentido, hay autores que afirman que: “Las personalidades anormales representan, en resumidas cuentas, variedades del ser humano, mas no primeros grados de enfermedad mental ni formas intermedias entre ésta y la salud” (9). Asimismo, Schneider afirma que ninguna de las 11 clases de psicópatas que él describe representa una enfermedad mental básica o se conforma como tal.

Según la teoría clásica, las psicopatías son cuadros psicopatológicos que no implican incapacidad para conocer la diferencia entre lo que está bien y lo que está mal. Los psicópatas, si no tienen otro disturbio mental agregado, gozan de discernimiento. En este sentido, las personalidades psicopáticas, en las que no sería imprescindible o no existiría un menoscabo en las funciones intelectuales y en las cuales tampoco existiría un sustrato orgánico patológico verificable, no corresponderían a enfermedades mentales y, por consiguiente, serían imputables cualquiera fuese la naturaleza, extensión y gravedad de su anormalidad psíquica (9).

Por otra parte, la psicopatía tendrá como consecuencia la inimputabilidad cuando sus efectos sean similares a los de la psicosis; vale decir, que le impidan comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. Una persona no es responsable de una conducta criminal si en el momento de realizar tal conducta tiene disminuidas sus capacidades fundamentales para apreciar la criminalidad o la conformidad de su conducta con la ley, como resultado de un trastorno mental. En cuanto a los psicópatas, tanto la doctrina como las legislaciones penales se han mostrado renuentes a admitir las fórmulas exculporias plenas, por considerarlo un trastorno de la afectividad (9).

Aquellos que sustentan la inimputabilidad del psicópata afirman que la psiquiatría tradicional –partiendo de Schneider– únicamente consideraba enfermedades mentales a las perturbaciones graves de la razón, por lo que excluía del concepto de “enfermedad” a las personalidades psicopáticas (9). De este modo, independientemente de la naturaleza, extensión y gravedad de la anormalidad psíquica, se negaba el carácter patológico de las psicopatías (9); sin embargo, en la psiquiatría moderna se han superado aquellas viejas concepciones que limitaban el concepto de enfermedad sólo a los defectos de la inteligencia o la voluntad, excluyendo lo afectivo, pues se parte de la base de que tales aspectos de la personalidad no pueden concebirse como elementos aislados o independientes. Más aún, las clasificaciones actuales contenidas en los manuales DSM IV-TR y CIE-10 consideran a los trastornos de la personalidad como entidades nosológicas.

Pero no sólo el aspecto biomédico cobra relevancia cuando se analiza la imputabilidad de este tipo de individuos, puesto que en caso de establecerse la existencia de la psicopatía como entidad mórbida es necesario analizar adicionalmente el presupuesto jurídico de la culpabilidad, esto es, determinar si el psicópata puede comprender la criminalidad de sus actos y dirigir sus acciones conforme a esa comprensión.

Se considera que falta la capacidad de comprensión cuando el individuo se encuentra en una situación mental en que no puede percatarse suficientemente de que el hecho que realiza está prohibido por el derecho; mientras que falta la capacidad de dirigir su actuación cuando el sujeto es incapaz de autodeterminarse, de autocontrolarse con arreglo a la comprensión del carácter ilícito del hecho (9).

Respecto a la materia que nos ocupa, es discutible sostener que el psicópata comprende la antijuridicidad del acto. En este sentido, la grave distorsión que el psicópata padece dificultaría la internalización de valores y, por ello, la pretensión del derecho penal sería “tan absurdo como reprocharle a un ciego que no haya visto” (5). En la misma línea, algunos autores sostienen que el psicópata presenta como falla radical la “ceguera emotiva” y que, por tanto, es incapaz de vivenciar valores; es por esto que si bien el psicópata “entiende” que tal o cual acción suya está inculpada por la ley, “no comprende la criminalidad del acto” (9).

Otro argumento que se ha esgrimido para afirmar la inimputabilidad del psicópata radica en su imposibilidad de dirigir sus acciones conforme a esa comprensión. En este sentido, el psicópata padecería de un trastorno afectivo-volitivo, en que “la fuerza del impulso afectivo es tal que domina totalmente la voluntad, de modo que el sujeto no puede liberarse del influjo, con lo cual desaparece plenamente su imputabilidad y con ello su responsabilidad penal” (9).

Por tanto, el propugnar la imputabilidad del psicópata, reemplaza a la culpabilidad como fundamento de la pena y coloca en su lugar a la peligrosidad del sujeto.

Ahora bien, en algunos países existen disposiciones legales específicas para los casos de psicopatía; por ejemplo, en Inglaterra se les envía a hospitales de seguridad donde son tratados por tiempo prolongado (muchas veces están más tiempo internados que lo que les correspondería si hubiesen sido condenados a prisión) (7). Pese a esto, la legislación inglesa (1983), cuyo origen se encuentra en la Comisión Real de 1950, distingue enfermedad mental de “trastorno psicopático” (2).

Por el contrario, en España los psicópatas son considerados imputables a todos los efectos, esto quiere decir que tienen responsabilidad y plena culpa, basa-

dos en el carácter intacto de la inteligencia y la voluntad en la psicopatía.

A medio camino estaría la imputabilidad atenuada para los individuos psicópatas que cometen delitos, siendo los requisitos para la misma los siguientes: i) Psicopatías graves o profundas en base a su condición e intensidad, ii) Relación causal demostrada entre el trastorno y el delito cometido, y iii) Demostración de que la psicopatía disminuye la inteligencia y/o la voluntad del individuo de forma clara. Por lo que otra opción propuesta es el ingreso del delincuente psicópata en un centro psiquiátrico penitenciario, tras ser declarada la imputabilidad atenuada (10).

En Chile no hay una disposición explícita, sino más bien se encuentra en relación a la existencia de mayores o menores atenuantes, lo que redundaría en la extensión del tiempo de privación de libertad. Más aún, la peligrosidad a la que se refiere el Código de Procedimiento Penal procede sólo en casos de personas consideradas inimputables en relación con el artículo 10 N° 1 del Código Penal chileno, por lo que en estricto rigor no sería necesario un pronunciamiento a este respecto en torno a la psicopatía.

Respecto al artículo 10 N° 9 del Código Penal chileno, hace referencia a la inimputabilidad de quien "... obra violentado por una fuerza irresistible o impulsado por un miedo insuperable", lo que significa que la persona se encuentra bajo una alteración psíquica extrema con grave compromiso de su voluntad; aspecto muy difícil de evaluar en psiquiatría, más aún de manera retrospectiva. En la práctica, se utiliza la regla del "policia muy cercano" que implica preguntarse si el individuo hubiese actuado de la misma manera si un policía hubiese estado a su lado; si la respuesta es positiva se supone que el impulso fue verdaderamente "irresistible" (7).

La atenuación de la imputabilidad, de acuerdo con el artículo 11 N° 1 de nuestro Código Penal, se refiere al sujeto que presentando alteraciones mentales, éstas no afectan significativamente su conducta, lo que puede suceder en Trastornos graves de la personalidad, Dependencia severa a sustancias psicoactivas, Trastornos afectivos no psicóticos, Retardos mentales leves o inteligencia limítrofe. Por otro lado, gran parte de las que son consideradas conductas psicopáticas están retratadas en las circunstancias agravantes del artículo 12 del Código penal chileno (7).

## PSICOPATÍA COMO ENFERMEDAD SUSCEPTIBLE DE INIMPUTABILIDAD

Ya hemos revisado las complejidades relacionadas con la definición de enfermedad, enfermedad mental, tras-

tornos de la personalidad y psicopatía. Desde un punto de vista práctico, puede entenderse la enfermedad en términos de la existencia de factores etiopatogénicos, fisiopatología que de cuenta de la alteración que determina la enfermedad, historia natural, pronóstico y tratamiento. En el presente apartado abordaré estos aspectos en relación al constructo clínico de la psicopatía.

### A) Aspectos etiopatogénicos y fisiopatología.

Aún no existe certeza respecto a los factores ambientales y biológicos, cuyas complejas interacciones determinan y/o mantienen este trastorno. Sin embargo, existe creciente evidencia de factores neurobiológicos de importancia que inciden en un procesamiento emocional atípico (4, 11-13).

Existe consenso en relación con la asociación existente de conducta violenta, psicopatía y conducta antisocial con disfunción frontal y temporal (14); aún más, algunos autores sostienen que los estudios de neuroimágenes podrían tener en el futuro implicaciones importantes para la ley (15).

A su vez, se han descrito características en pruebas de neurociencia cognitiva, como por ejemplo alteraciones en procesamiento de recompensas, dificultades en el reconocimiento de expresiones de miedo de otros (alteraciones en la capacidad de procesamiento afectivo) y déficit a nivel de control inhibitorio (15-18).

Otra área de interés en el estudio de las bases neurobiológicas de la psicopatía la constituye el Sistema de Neuronas Espejo (SNE). La activación de las neuronas en espejo en pruebas de habilidades empáticas sin componentes motores explícitos, apoya la visión de que el SNE no sólo estaría involucrado en la cognición motora sino también en la cognición emocional interpersonal. Así, un interjuego entre la teoría de la mente (capacidad de comprender las conductas propias y de otros en términos de estados mentales como creencias, sentimientos y motivaciones) (19) y los mecanismos del SNE podrían dar cuenta de la mantención de la distinción entre el yo y los otros durante las interacciones interpersonales empáticas (20).

Es necesario destacar que el concepto de mentalización no se corresponde con el de empatía, pues el primero se refiere específicamente a la capacidad de representar los estados mentales de sí mismo y otros; el segundo implica resonancia emocional con otra persona (19). Esta distinción no resulta antojadiza, pues –a modo de ejemplo– una diferencia sustancial entre el psicópata y el autista es precisamente ésta: el psicópata eventualmente podría representar el estado mental de otro; sin embargo, es incapaz de contactarse emocio-

nalmente con el otro. El autista carece de teoría de la mente (11).

En este sentido, los psicópatas presentarían alteraciones a nivel de empatía “emocional” y no “motora”, así como la teoría de la mente no estaría necesariamente alterada en estos individuos; a diferencia de los cuadros del espectro autista, en los cuales existe evidencia neurobiológica de conservación de la empatía “emocional” y déficit en teoría de la mente y empatía “motora”, como ya ha sido mencionado en un artículo previo (1).

Por su parte, la aplicación de la genética al campo del estudio de los TP es relativamente reciente. En cuanto a los estudios en TP según DSM, la heredabilidad varía bastante de acuerdo con las series, siendo un problema importante en general para las investigaciones genéticas la falta de un fenotipo adecuado para el estudio (21).

Existe una variada gama de teorías explicativas desde el punto de vista del desarrollo (22), lo que no hace sino confirmar que la etiología de la psicopatía no es bien conocida.

## B) Epidemiología, historia natural y pronóstico

Desde el punto de vista epidemiológico, el estudio de Vicente describe una prevalencia de vida del TPAS (definida según DSM III-R) de un 1,6% en Chile (23).

De acuerdo con la literatura internacional, los pacientes en general corresponden a hombres jóvenes, tendiendo a la disminución de la prevalencia de vida a medida que aumenta la edad. Este último fenómeno pudiese estar asociado a aspectos pronósticos y de historia natural de la condición en términos de asociación con mayor mortalidad (mortalidad temprana), abuso de sustancias, trastornos del ánimo y suicidio (24).

Por definición, la historia natural de estos pacientes considera la relativa estabilidad de los síntomas, apareciendo en la juventud y continuando en la adultez, conduciendo usualmente a disfunción social y ocupacional. Sin embargo, estas presunciones que derivan de las definiciones operacionales del CIE-10 y DSM-IV no cuentan con un soporte empírico derivado de estudios longitudinales (24).

Black *et al.* desarrollaron un estudio prospectivo en 71 pacientes definidos como TPAS según DSM-III, con un seguimiento de 29 años, al cabo del cual pesquisaron un 42% de ausencia de mejoría, 31% de remisión parcial, 27% de remisión y 22,5% de intentos de suicidio (25).

Otros estudios prospectivos muestran que el diagnóstico de TPAS es altamente predictivo de muerte por “causa no natural”, “muerte repentina violenta”, “muerte por accidentes” (26-28).

## C) Tratamiento

Existe una creencia ampliamente difundida de que los individuos psicópatas son “inmunes a tratamiento” (4), afirmación que no estaría justificada a la luz de la evidencia disponible (1).

El encierro (encarcelamiento) ha sido la alternativa más utilizada por mucho tiempo, apartando al individuo de la sociedad durante un cierto periodo (prevención especial negativa), pero sin solucionar la situación a largo plazo, ante la falta de un tratamiento adecuado, conduciendo a altas dosis de reincidencia (5).

Ahora bien, pese al pesimismo imperante en relación al tratamiento de la psicopatía, se han descrito intervenciones efectivas como la Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia de orientación psicodinámica, y enfoques eclécticos (22, 29-31). Los más notables beneficios incluyen una reducción de las características y reducción de recidiva conductual.

Las intervenciones más efectivas tienden a ser intensivas, incluyendo un promedio de cuatro sesiones por semana por al menos un año. Cuando se potencia la terapia individual con terapia de grupo los beneficios aumentarían (1). Estos resultados sugieren que para problemas complejos como la psicopatía se requieren programas de intervención más elaborados e intensivos que involucran psicoterapia individual, tratamiento de los miembros de la familia y un input proveniente del grupo de pares, que potencian su efectividad global.

Por su parte, la prevención de la psicopatía requiere más estudios. Considerando las teorías del desarrollo, las intervenciones tempranas podrían ser particularmente importantes, dadas las dificultades para intervenir en aquellos individuos con un alto nivel de psicopatía, conducta delictual establecida y estilo de vida antisocial arraigado.

Finalmente, es necesario señalar que el descubrimiento de alteraciones neurobiológicas y/o a nivel del SNE en psicopatía, no es sinónimo de que ésta sea intratable desde un punto de vista psicoterapéutico; más aún, a la luz de la evidencia actual de plasticidad neuronal, modificación de las redes neuronales y de la expresión génica mediante psicoterapia (32, 33, 34).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo cobra relevancia la presencia de una serie de dificultades y distinciones acarreadas por la operacionalización de algunos diagnósticos, la pérdida de riqueza semiológica y las dificultades en torno a la concepción de las enfermedades en psiquiatría.

Como punto de partida, se analizaron las dificultades en relación al concepto de enfermedad, y en particular a aquel grupo de condiciones agrupadas bajo el rótulo de “trastornos de la personalidad”. Más aún, en términos estrictos, las diferencias conceptuales de entidades nosológicas consideradas a menudo como equivalentes acentúan la confusión en el tema que he desarrollado. Es así que no debemos caer en el error de equiparar a los “psicópatas” con el “trastorno antisocial de la personalidad”, ya que uno de los errores frecuentes es considerar la psicopatía como sinónimo de delincuencia y –como ya hemos visto– ni todos los individuos psicópatas son delincuentes, ni todos los delincuentes son psicópatas.

En este sentido, una de las dificultades que ha acarreado la ampliación del ámbito de la psiquiatría a ciertas conductas que escapan al criterio modal de normalidad, tiene que ver con el enfrentamiento de la delincuencia. Vale decir, desde un punto de vista nosológico (por ejemplo, en la clasificación DSM-IV) se incluye al TPAS como “trastorno” cuya descripción determina que gran parte de la población penal cumpla con dichos criterios. Por tanto, si somos estrictos, hay una gran parte de la población que está “enferma” o “padece un trastorno” cuyo tratamiento es la cárcel; lo que ciertamente resulta escalofriante.

De esto es posible reflexionar respecto a la consecuencia de los sistemas de clasificación en torno al enfrentamiento de ciertas problemáticas sociales y, en ese sentido, resulta necesario el acuerdo: o bien se le considera enfermo (y deben hacerse todos los esfuerzos tendientes a su estabilización y mejoría) o bien representa una variación extrema de la normalidad que se opone al desarrollo de la vida social y, por ende, es reprimido.

El punto tratado es relevante, puesto que las repercusiones de un fallo determinan el destino de un individuo, que en caso de ser considerado “enfermo” no debiera ser recluso en la cárcel. Por otra parte, y considerando la acepción sociopolítica de enfermedad, hay datos que orientan a que el sistema judicial no se ha constituido como un “tratamiento” eficiente para los psicópatas.

Al margen de estas reflexiones, probablemente uno de los factores que más incidan en poder intentar una respuesta a la disyuntiva desde el prisma de la psiquiatría sea la distinción entre psicópata y antisocial. Es así que una adecuada definición de los casos es absolutamente necesaria no sólo en términos prácticos médico-legales, sino en el desarrollo de investigación y tratamiento.

Resulta indispensable como punto de partida una adecuada definición de “enfermedad” en psiquiatría,

posterior a lo cual deberá investigarse el carácter de enfermedad de los llamados “trastornos de la personalidad” y en particular de la psicopatía. La comprensión del fenómeno se ve afectada por la heterogeneidad conceptual de los trastornos de personalidad, por el hecho de que el conocimiento adquirido corresponda a muestras clínicas no necesariamente representativas (por sesgo de selección de pacientes más graves), dificultades en términos del diseño de estudios (por dificultades en la definición del problema a estudiar), hallazgos neurobiológicos que no logran ser replicados, etcétera (2).

Una vez logrado dicho objetivo, estará dado el primer paso –y tal vez el más importante– en términos de poder caracterizar los cuadros, facilitar la investigación y desarrollar un tratamiento.

Por lo tanto, es necesario considerar al menos tres áreas que presentan problemas en la investigación de la psicopatía a fin de poder superarlas en trabajos futuros: aspectos clasificatorios, necesidad de teorías etiológicas que den cuenta cabalmente del espectro clínico, y optimización en la evaluación de tratamientos.

Ahora bien, de acuerdo con los elementos planteados existen algunos argumentos epistemológicos que, aunque no concluyentes, favorecen la consideración de los trastornos de personalidad como enfermedad; a saber: i) Mayor mortalidad, ii) Disfunción en control de impulsos e inestabilidad emocional (correlacionados con hipoactividad serotoninérgica a nivel central) (2). Más aún, la presencia de factores etiopatogénicos y mecanismos fisiopatológicos propuestos, historia natural medianamente caracterizada, pronóstico descrito y antecedentes de algunos tratamientos exitosos, permiten sembrar la esperanza de que la psicopatía pudiese corresponder a una enfermedad susceptible de ser tratada. Sin embargo, esto requiere esfuerzos en términos de desarrollo de planes de tratamiento adecuados e investigación de sus resultados.

Por otra parte, exigir a la psicopatía la presencia de criterios estrictos de enfermedad a la usanza médica resulta injusto, pues una reducida cantidad de las “enfermedades” psiquiátricas cumpliría con dichos requisitos. La presencia de hallazgos neurobiológicos (aunque inespecíficos, como en la mayoría de los cuadros psiquiátricos) sugiere la existencia de alteraciones a la base que podrían determinar la falla empática.

En síntesis, el tema que he desarrollado encierra dos preguntas. La primera guarda relación con la imputabilidad de los pacientes con trastornos de personalidad antisocial, quienes –independientes de estar considerados como trastornos mentales en las clasificaciones internacionales– a mi juicio serían imputa-

bles, aun teniendo rasgos psicopáticos. Ahora bien, un individuo que cumple a cabalidad con el cuadro clínico de psicopatía (de acuerdo a criterios como los de Cleckley, con los que se ha desarrollado la mayoría de los estudios sobre tratamiento), podría sostenerse que –de acuerdo con los hallazgos y el estado actual de la ciencia médica– existen características que determinan su incapacidad de culpabilidad.

Es así que sí sería posible considerar imputable a un individuo que ha cometido un delito y que ha sido diagnosticado de trastorno antisocial de la personalidad, mientras que en el caso del delincuente que presenta los criterios que describen a la psicopatía, independientemente de que se le considere imputable, semi-imputable o inimputable, debería ser internado en un centro que ofrezca garantías sobre la aplicación de tratamientos acordes a este problema.

Sin embargo, la cuestión no puede ser zanjada en términos absolutos. Resulta imposible afirmar que el psicópata es siempre imputable o siempre inimputable; dicho de otro modo, no existe una regla general, pues la decisión dependerá de las circunstancias específicas del caso concreto. Es así que no basta el diagnóstico de la enfermedad sino que deben analizarse, entre otros aspectos, la intensidad, el grado o gravedad del trastorno, los efectos que tuvo en el caso particular, etcétera. La valoración deberá hacerse en cada caso mediante la valoración de la capacidad para comprender lo injusto del hecho y la capacidad de dirigir la actuación conforme a ese entendimiento. A ello hay que añadir la posibilidad de que la psicopatía sea complicada porque al trastorno de la personalidad se le añada un cuadro de drogodependencia.

En ese sentido, frente a las dificultades generales que surgen para la clasificación de un trastorno de personalidad, la heterogeneidad clínica entre los individuos considerados portadores de dicha patología y la falta de acuerdo en relación con los alcances de la psicopatía, resulta imprescindible recurrir a dimensiones sintomáticas y evaluar cómo aquéllas pudiesen haber afectado el actuar del individuo en cuestión. De este modo, el problema jurídico será cuestión de saber, observando la sintomatología del individuo, si podía exigírsele o no la comprensión de la antijuridicidad. En Chile, el Código Penal acota la discusión, y de su interpretación se deriva la existencia de los trastornos graves de personalidad sólo como atenuantes; aún más, gran parte de las conductas que se incluyen en las descripciones de la psicopatía se encuentran tipificadas en nuestro Código Penal como agravantes.

## REFERENCIAS

1. Pavez F. Psicopatía y nihilismo psicoterapéutico. *Rev GPU* 2009; 5(3): 343-350
2. Kendell R. The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 110-115
3. Kendell R. The distinction between mental and physical illness. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 490-493
4. Dolan M, Doyle M. Psychopathy: diagnosis and implications for treatment. *Principles of Forensic Psychiatry* 2007; 6(10): 404-408
5. Laino N. El dilema acerca de la imputabilidad de las personalidades psicopáticas. Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Derecho. Publicación online Asociación Pensamiento Penal 2010; 107. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/33laino.pdf>
6. Pallaro H, González-Trijueque D. Informe forense: imputabilidad y trastorno antisocial de la personalidad. *Cuad Med Forense* 2009; 15(55): 55-66
7. Téllez C. Psiquiatría Forense. En: *Psiquiatría Clínica*. Heerlein A, Editor. Santiago, Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile; 2000. p. 806-810
8. Frías J. Imputabilidad penal: capacidad personal de reprochabilidad ético-social. Buenos Aires, Argentina: Sociedad Anónima Editora, Comercial, Industrial y Financiera; 1981. p. 46-47
9. Barbero N, Saldura M. Responsabilidad penal del psicópata. *Revista Latinoamericana de Derecho* 2007; 4(7-8): 89-127
10. Núñez-Gaitán M, López M. Psicopatología y delincuencia: Implicaciones en el concepto de imputabilidad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* 2009; 11(2): 1-8. Disponible en: <http://criminnet.ugr.es/recpc/11/recpc11-r2.pdf>
11. Hansman-Wijnands M, Hummelen J. Differential diagnosis of psychopathy and autism spectrum disorders in adults: Empathic deficit as a core symptom. *Dutch Journal of Psychiatry* 2006; 48(8): 627-636
12. Blair R. Fine cuts of empathy and the amygdala: dissociable deficits in psychopathy and autism. *Q J Exp Psychol (Colchester)* 2008; 61(1): 157-170
13. Hoff H, Beneventi H, Galta K, Wik G. Evidence of deviant emotional processing in psychopathy: a fMRI case study. *Int J Neuropsychol* 2009; 119(6): 857-78
14. Wahlund K, Kristiansson M. Aggression, psychopathy and brain imaging - Review and future recommendations. *Int J Law Psychiatry*; 32(4): 266-71
15. Glenn A, Raine A. Psychopathy and instrumental aggression: Evolutionary, neurobiological, and legal perspectives. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32(4): 253-8
16. Blair R. Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Dev Psychopathol* 2005; 17: 865-891
17. Dadds M, Perry Y, Hawes D, Merz S, Riddell A, Haines D, Solak E, Abeygunawardane A. Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 280-281
18. Defley Q, Surguladze S, Tunstall N, Mezey G, Beer D, Ambikapathy A, Glampietro V, Clarke A, Fahy T, Phillips M, Declan M. Facial emotion processing in criminal psychopathy. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 533-539
19. Alcázar-Córcoles M, Verdejo-García A, Bouso-Saiz J. Forensic neuropsychology at the challenge of the relationship between cognition and emotion in psychopathy. *Rev Neurol* 2008; 47(11): 607-12
20. Gabbard G. Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162(4): 648-655

21. Reichborn-Kjennerud T. Genetics of Personality Disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2008; 31: 421-440
22. Salekin R. Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review* 2002; 22: 79-112
23. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1362-1370
24. Moran P. The epidemiology of antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 231-242
25. Black D, Baumgard C, Bell S. The long-term outcome of antisocial personality disorder compared with depression, schizophrenia and surgical conditions. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995; 23: 43-52
26. Martin R, Cloninger C, Guze S, Clayton P. Mortality in a follow-up of 500 psychiatric outpatients II: Cause specific mortality. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 58-66
27. Rydellius P. The development of antisocial behaviour and sudden violent death. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 398-403
28. McDonald A, Davey G. Psychiatric disorders and accidental injury. *Clin Psychol Rev* 1996; 16: 105-127
29. D'Silva K, Duggan C, McCarthy L. Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *J Personal Disord* 2004; 18(2): 163-77
30. Alvarez A. Motiveless malignity: Problems in the psychotherapy of psychopathic patients. *Journal of Child Psychotherapy* 1995; 21(2): 167-182
31. Armelius B, Andreassen T. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 17 (4): CD005650
32. Kandel E. Genes, nerve cells, and the remembrance of things past. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1989; 1(2): 103-25
33. Etkin A, Pittenger C, Polan H, Kandel E. Toward a neurobiology of psychotherapy: basic science and clinical applications. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005; 17(2): 145-58
34. Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol* 2008; 20(3): 775-803.



## PSICOPATOLOGÍA Y CINE

# UNA COMPRENSIÓN PSICOANALÍTICA EN LA FILMOGRAFÍA DE DAVID LYNCH

(Rev GPU 2011; 7; 3: 339-343)

Daniela Larrain<sup>1</sup>, Alberto Larrain<sup>2</sup>, Josefina Huneus<sup>3</sup>

David Lynch es un afamado guionista y director de películas estadounidense. Muchas de sus producciones inevitablemente instalan un espacio de discusión respecto al sentido de su obra y a lo que quiso decir el director, en parte porque genera dispares impresiones en los espectadores. Por momentos pareciera poder asociarse a un entendimiento específico, pero rápidamente se despojan de este significado, como si el director nos alertara una y otra vez de la imposibilidad de una comprensión unívoca. Esquivada (2007) sugiere que las películas de Lynch se basan en una "narrativa poco convencional que apela a la comprensión emocional; un nivel de abstracción que disloca y que no espera agrandar sino asociar y jugar con el enigma; un conjunto de obsesiones entre las que se destacan la violencia contra las mujeres, la degradación humana y la fragilidad del ser, la crueldad de la industria del cine de Hollywood". Esta dislocación pareciera producirse no sólo por lo siniestro de la imagen, sino también por la ausencia de sentido definido, ambos desarrollados posteriormente con mayor claridad. Esta dificultad y el intento de comprender su filmografía será el fundamento del siguiente estudio, el cual, más allá de exponer las películas de Lynch, se centrará en buscar los pilares subyacentes que sostienen su proceder. Para ello nos basaremos en las producciones *Carretera Perdida* (1996), *El Camino de los Sueños* (2002) e *Imperio* (2007).

## LYNCH Y LO ACTUAL

“El lenguaje se hace eco de la seducción. Desaparecidos los sordos, los ciegos, los lisiados, surge la edad de los que oyen mal, de los no-videntes, de los minusválidos; los viejos se han convertido en personas

de la tercera o cuarta edad, los proletarios en interlocutores sociales” (Lipovetsky, 1986, p. 22).

Lipovetsky en su texto *La era del vacío* (1986) evidencia el cambio sociológico que acontece en el individuo contemporáneo y en su forma de interactuar. Enfatiza la condición aséptica del vocabulario utilizado,

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica, Pontificia Universidad Católica

<sup>2</sup> Médico Cirujano, Magíster © Bioética, Universidad de Chile

<sup>3</sup> Alumna Medicina Universidad de Chile, Licenciada en Bioquímica Universidad de Chile.

el cual nos aparta de la sangre y la crueldad, de toda inferioridad, deformidad, pasividad o agresividad. Un lenguaje neutro y objetivo que da la sensación de que hasta las situaciones más desfavorables pueden ser controladas por el hombre. De este modo, surge la cultura de lo higiénico, donde el acercamiento a cualquier tema es con distancia, donde el horror ya no estremece y se ha perdido la capacidad de asombro. Una distancia que nos protege del impacto de lo obscuro y nos salva de la perplejidad.

Lynch, en su filmografía, desea transgredir y olvidar esta distancia que el hombre tiende a instalar, una distancia ortopédica que si bien pierde al ser humano en su propia subjetividad, es aquello que en parte lo constituye como tal. Él busca enfrentar al espectador con lo obscuro, lo siniestro de la humanidad, a fin de que éste sienta el horror activamente producto de la pérdida de control. Sin embargo, su proceder no se fundamenta en la exposición inmediata de la realidad, el aparataje filmográfico es aún más siniestro que lo que cabría pensar: nos enreda en un mundo de fantasías, ilusionándonos con su realidad, y cuando menos se espera nos devela la verdad.

Lipovetsky propone cómo lo real ha perdido su condición de alteridad y salvajismo. Si el registro de lo real desde la teoría lacaniana es incognoscible e inasimilable a la simbolización, el hombre contemporáneo tiene la ilusión de poder controlarlo, manejarlo, de quitarle su cualidad esencialmente traumática. Se propone traspasar las fronteras del tiempo y el espacio, creando realidades virtuales que no están sujetas a ninguna materialidad. Conquista el mundo sin preguntarse por su origen, por su causa, y en este sentido pone a prueba lo real, lo provoca y desafía.

Al respecto, Lacan, en 1954, ya señalaba la elevada valoración que el hombre moderno hacía de la facultad de la conciencia y el control:

“Implícitamente, el hombre moderno piensa que todo lo que ha sucedido en el universo desde el origen está destinado a converger hacia esa cosa que piensa, creación de la vida, ser precioso, único, cumbre de las criaturas, que es él mismo, y en el cual existe un punto privilegiado llamado conciencia. Este enfoque conduce a un antropomorfismo tan delirante que primero hay que escapar de su embeleso para reparar en la ilusión de que se está siendo víctima” (clase 4, sem. 2, 2008).

Lynch busca derrocar esta ilusión de autoconciencia y de control del devenir a través de la imposición de la violencia, de la humillación y el desconcierto de sus personajes, proceder que difumina la distancia y nos conecta con el lado de nuestra castración, para que

aceptemos nuestra subjetividad deseante y nuestro propio descontrol.

### ¿DÓNDE ESTÁ EL CAPITÓN?<sup>4</sup>

En psicoanálisis la función paterna es el eje estructurante del sujeto. Su consecuencia fundamental –la castración– no sólo instala en el niño la dimensión de la exclusión sino, también, lo mantiene a cierta distancia de aquella madre que lo puede devorar. La ley paterna, gracias a su imposición permitirá el establecimiento de un vínculo entre significante y significado<sup>5</sup>, el cual funcionará como un capitón original que ayude al sujeto a asimilar la estructura del lenguaje.

“Este primer momento ya liga la palabra al significado (siendo el significado la urdimbre de nuestra realidad socialmente/lingüísticamente constituida) [...] el significado se determina con posterioridad al acontecimiento, y la relación del niño con su madre es significada por la prohibición del padre; ese significado es, podríamos decir, el “primer significado”, y establece una sólida conexión entre una interdicción enunciada severamente y un indeterminado afán de cercanía (que se transforma en deseo de la madre como resultado de la prohibición)” (p. 124, fink)

El deseo, fundado por la prohibición advertirá al sujeto de su falta, siendo el eje patognomónico de su estructuración neurótica. La falla de esta metáfora esencial, la metáfora paterna, inscribirá al individuo en una dimensión psicótica que imposibilitará asimilar la estructura esencial del lenguaje dificultando su relación con el mundo.

En relación con lo anterior, la filmografía de Lynch nos hace dudar de la existencia de metáfora y de la organización psíquica, siendo la pregunta por el capitón y la dimensión estructural necesaria.

<sup>4</sup> El punto de capitón, en el vocabulario de los tapiceros, es un tipo de punto que permite afirmar un botón a una tela y rellenar un sillón. Gracias a este punto, el botón y la tela quedan unidos no a partir de un marco de madera u otro material, sino solamente desde una relación mutua (fink).

<sup>5</sup> Los términos están tomados de la lingüística. En Saussure, el signo lingüístico es una entidad psíquica doblemente compuesta: el significado o concepto, referido a la idea que se tiene de él, y el significante, imagen acústica del sonido del concepto. En Lacan, el significante es un elemento del discurso que representa al sujeto y lo determina. Para él sólo es posible establecer efectos de significación, no de significado, pues en tanto construcción del lenguaje jamás puede alcanzar a la cosa.

Desde la perspectiva de Metz (1979), para que a un sujeto le agrade una película, en primer lugar es preciso que ésta plazca sus fantasmas conscientes e inconscientes, a fin de que obtenga cierta satisfacción pulsional. Además, es preciso que este placer se mantenga contenido dentro de ciertos límites, impidiendo la movilización de angustias y rechazos en el espectador. La obtención de un sentido en torno a las narrativas desplegadas por la película es fundamental, pues posibilita la reafirmación yoica, que busca el control y la certidumbre en lo observado. A partir de Metz, cuando los fantasmas explicitados por la película no integran defensas con las cuales el espectador pueda identificarse, la película lo obligará a exteriorizar defensas personales que conllevarían a la antipatía de ésta. ¿Será esto lo que ocurre con Lynch? ¿Y ante qué querrá ubicarnos libre de defensas?

Las películas de Lynch muchas veces parecieran constituirse por escenas que no se relacionan entre sí de manera lógica. Si bien una escena toma siempre elementos de otra, en la nueva escena éstos se asocian de otra manera, como si fueran escogidos al azar. De esta forma, se podría pensar que el guión carecería de un punto de capitón que anude la significación de la película en su globalidad, desplegándose así una cadena de significantes donde el sentido transcurre infinitamente a través del desplazamiento de ellos. Frente a esto, como espectadores tenderíamos a aplacar el desconcierto impuesto por el sin sentido a través de explicaciones neuróticas que actuarían a modo de defensa. Esto se vislumbra en *Imperio*, en la escena en que aparece un grupo de conejos en un estudio televisivo, la que se intercala en numerosas ocasiones con escenas que cuentan la historia de la protagonista. La escena de los conejos deja una sensación de absurdo que para quienes han visto antes a Lynch podrían resolverla (neuróticamente) vinculándola a *Rabbits*, serial realizada el 2002 por el director; sin embargo, nada nos asegura cuál es el verdadero capitón, aunque tampoco importa, de cierto modo, pues sólo nos interesa calmar la necesidad de significado, y cualquier interpretación, correcta o no, ayudará.

El director menciona: "Hay gente a la que le gustan las películas que se entienden y hay gente a la que le gustan las películas que dejan espacio para que el espectador sueñe. A mí me gustan las que permiten soñar. La comprensión intelectual no tiene más importancia que la posibilidad de sumergirse en cada escena separadamente" (Lynch, en Esquivada, 2007). El sueño, como cumplimiento de deseo, enmarca el fundamento cinematográfico de Lynch, sin embargo algo impide su consecución: el aparente sin sentido de lo observable que más que satisfacer el deseo neurótico lo obliga a buscar coherencia en desmedro de él, como si Lynch nos ofre-

ciera un contenido latente sin su velo manifiesto, a fin de enfrentarnos con lo indeseable de lo que deseamos.

Al parecer, ése es el capitón. Lynch desea denunciar la posición de sujetos que permanentemente se intenta opacar dejando al espectador sumido en la incertidumbre de su falta sin posibilidad de explicación. El sueño que él pretende evocar pone de manifiesto que sólo es real en tanto pertenece a la irrealidad, y que el retorno a lo cotidiano nos relega a la incompletitud.

## LA CASTRACIÓN LYNCHIANA

Zizek (2007) se refiere a Lynch como "el autor que representa la transgresión, iluminando el submundo obscuro del sexo pervertido y la violencia que florecen debajo de la respetable superficie de nuestras vidas" (p. 1). Al principio de *El Camino de los Sueños e Imperio* aparecen Betty y Nikki, dos mujeres de nivel socioeconómico alto dispuestas a desplegar sus carreras de actrices en Hollywood. Ambas parecen estar siguiendo el curso normal de sus vidas, sin estar deseando nada del orden de lo grosero. Se relacionan con los demás de un modo amable y correcto, a pesar de que se entrometan en sus casas de manera bastante disruptiva. En *El Camino de los Sueños*, Rita es una extraña que entra a escondidas en la casa de Betty buscando un lugar para dormir luego de un accidente que la deja con amnesia, sin saber quién es ni por qué tiene mucho dinero en su cartera. Betty, sin embargo, no se asusta por su presencia, sino que la deja permanecer ahí, sin dudar de sus intenciones y quedándose con la idea de que Rita debe ser una amiga de su tía. En *Imperio*, una anciana entra en la acomodada casa de Nikki presentándose como su nueva vecina. Ella la recibe nuevamente sin sospechas, ofreciéndole cordialmente una taza de café, a pesar de que luego la anciana comienza a actuar de un modo muy extraño frente a ella. Estas jóvenes protagonistas no parecen tener motivos para desconfiar. Tan apacibles al comienzo, luego se ven atrapadas en un sin fin de hechos dramáticos, dejan de sentirse dueñas de sí, volviéndose ajenas y desprovistas de control sobre su trágico devenir, presas de algo que ya está allí configurando sus vidas, al modo de un oráculo. Sea esto un guión maldito en *Imperio*, o la omnipresencia de un vaquero que anticipa el destino de los personajes en *El Camino de los Sueños*.

Es como si algo llegara para advertirles a estas mujeres que no se puede aspirar al éxito tan fácilmente. Pero esto es más que una advertencia, ya que Lynch no les deja salida. Ellas no se encuentran en posición de poder hacer algo con este conocimiento: la historia ya se configuró. También en *Carretera Perdida* un

saxofonista de clase media alta, casado con una hermosa mujer, ve alterada su vida con la irrupción de un extraño personaje que parece llevarlo a cometer el asesinato de su esposa y a ser encarcelado y condenado a muerte. En los videos que le llegan a este hombre por correspondencia y en la escena en que llama a su casa y le contesta el teléfono un hombre que tiene frente de sí, lo familiar de su hogar se vuelve extraño para este hombre, que comienza a perder el control de su antes conocida y rutinaria cotidianeidad. En *Imperio*, la mujer que al principio aparece aislada de todo contacto humano, llorando frente a una pantalla de televisión, luego se reúne con la familia de Nikki, pasando a tomar su lugar. En *El Camino de los Sueños* es Rita quien obtiene el papel principal en una película, papel que Betty tanto anhelaba. Podemos ver cómo en estas tres películas los protagonistas se ven desplazados de sus vidas, las que antes les eran tan familiares, entrando en un descontrol donde ya no se viven como sujetos centrados y conscientes. Es como si algo los castrara, pero de una manera tan cruda y terrorífica, que ya no hay vuelta atrás ni arrepentimiento posible. En Lynch, desde el inicio de sus películas podemos oler la fatalidad, la imposibilidad de los personajes de ejercer algún control sobre su desgracia. De este modo, lo familiar es desplazado por aquello que no se desea ver, y su sustitución es fatal.

En una escena inicial de *El Camino de los Sueños* un hombre quiere corroborar su sueño en la realidad: va a buscar la ominosa figura de su sueño al lugar donde éste se le aparece, y al toparse con ella muere de pánico. ¿Es éste el riesgo de desafiar el inevitable desconocimiento en que vivimos? En palabras de Kushner (2003), en esta última escena, “Lo real, lo atroz de la realidad, aquello sin sentido e innombrable, mata al personaje. Primera advertencia al espectador: detrás de los sueños puede esconderse la peor pesadilla” (p.3). Al devolver a lo real su carácter de impensable y traumático, Lynch nos instala en una dimensión donde la subjetividad que intenta evidenciar se pone en duda persistentemente. Este cuestionamiento, si bien nos genera aquella angustia propia de lo real, es lo único que nos rescata de ese mundo impensable. La paradoja, entonces, entre lo pensable y lo traumático, su existencia o fantasía constituye el proceder lyncheano, manteniéndonos a la espera de soluciones que todo el tiempo nos hacen dudar.

## FANTASÍA Y REALIDAD

Un rasgo esencial en la filmografía de Lynch es la confusión permanente que se da entre fantasía y realidad. En *Carretera Perdida* y *El Camino de los Sueños* parecen

contraponerse dos historias, una donde los personajes son deseados, dirigen sus vidas y logran lo que quieren, y una historia donde son poco exitosos y conducidos por otros. En *Carretera Perdida* el hombre que asesina a su esposa no parece estar en un buen momento de su relación de pareja ni puede satisfacerla sexualmente, a lo que ella responde con unas palmadas en su espalda que parecen humillarlo. Esta situación decepcionante, sin embargo, da un giro sorpresivo:

“Luego de asesinar a su esposa, en un acceso de frustración, el héroe ingresa a su espacio fantasmático en donde se reinventa no sólo a sí mismo sino además a todo su entorno, y lo traslada al universo típico de un film noir. La esposa del héroe, morena, se vuelve rubia, Aquí, en el espacio fantasmático, ella alaba al héroe, su potencia sexual. De manera que parece que el sueño es la realización de lo que buscaba” (Zizek, 2006).

Al mundo silencioso y calmo del primer personaje se oponen la locura, la violencia, el sexo, el crimen y el desenfreno del segundo. Sin embargo, hacia el fin de este episodio fantaseado, la mujer le suspira al héroe “nunca me tendrás”; y en ese punto traumático es arrojado nuevamente a la realidad y el héroe se encuentra en el mismo callejón sin salida que antes.

Hay interpretaciones que proponen que en *El Camino de los Sueños* se cuentan dos historias, la primera como historia fachada, que se hace creer verdadera y cumple la función de velo para la segunda, la historia real (Kuschner, 2003). La autora propone que cada una de estas historias tiene su propia protagonista, y que en realidad ambas protagonistas pueden entenderse como antagonistas, según dos hipótesis. La primera es una hipótesis estética, según la cual una es el espejo invertido de la otra: Betty es rubia y lánguida, mientras que Rita es morena y fornida. La segunda hipótesis tiene que ver con cuál de las mujeres dirige la acción en cada caso. En la primera historia, es Betty quien conduce la acción, impulsando a Rita a dar el siguiente paso en el camino hacia conocer su identidad. En la segunda historia los roles se invierten: Rita es quien dirige la relación amorosa entre ambas.

Según Kushner (2003), la primera historia, donde Betty dirige la acción, no es más que un sueño a través del cual la protagonista intenta escapar de su insoponible realidad, la que corresponde a la segunda historia. Es en la escena de la cena en Muholland Dr. donde esta historia real sale a la luz, donde Diane (verdadero nombre de Betty) aparece como una pueblerina que llega a Hollywood con un inmenso y peligroso sueño bajo el brazo: el estrellato. En una audición conoce a Camilla (verdadero nombre de Rita), quien compite con ella y le gana, obteniendo el codiciado papel protagónico.

Sin embargo, Camilla ayuda a Diane a conseguir papeles secundarios en sus películas, convirtiéndose en su amante y Diane en su deudora, por el amor y el dinero recibidos. Pero pronto aparece el director de cine, quien inicia una relación con Camilla que se vuelve intolerable para Diane. Es por esto que ella decide poner fin a la traición, contratando a un asesino para matar a Camilla. Tras esta decisión, Diane duerme durante días. A partir de la escena de la cena, Lynch arma el sueño que Diane tiene durante esos días, de modo que todos los personajes que allí aparecen son restos diurnos con los que confecciona la historia onírica, mediante condensación y desplazamiento (Kuschner, 2003).

En las películas de Lynch, esta fantasía que se devela como defensa ante la castración manifiesta su irrealidad, señalándonos lo más reductible del ser humano: La falta. Pareciera que Lynch tratara de desarticular el mecanismo neurótico, evidenciando la fantasía que interponen sus personajes a fin de olvidar su subjetividad, sin embargo, cuando convence de la realidad de ella, la destruye para someter al espectador a una nueva castración. Si bien Zizek (2006) menciona cómo el arte del cine radica en provocar deseo, manteniéndolo a una distancia segura para el espectador, en Lynch, sin embargo, esta distancia se pierde, pues la fantasía tiene tal intensidad que nos atrapa inevitablemente convenciéndonos que es real, logrando que el retorno a la realidad sea más abrupto e imprevisible.

## CONCLUSIONES

El fundamento del proceder Lynchiano se enmarca en la exposición de la subjetividad desarticulando el mecanismo neurótico. Si bien el director evidencia cómo las fantasías nunca son suficientes para tapar la falta inherente al sujeto humano, queremos proponer esta forma de adaptación como la única posibilidad de desenvolvernos en la vida.

El acceso a un mundo social y simbólico implica inevitablemente una renuncia, nos aleja de una parte de nosotros mismos que siempre nos será ajena y desconocida. Nuestra realidad de sujetos del inconsciente se nos hace evidente y palpable en la medida en que no tenemos el control ni la certeza de nuestra circunstancia. Sin embargo, la única forma de movernos en el mundo es posicionándonos en la realidad como seres centrados, con una estabilidad y un sentido para nuestra vida.

¿Qué sucede con Lynch? Si bien el director intenta descentrarnos, como espectadores de sus películas, una y otra vez, nosotros tendemos a significar su obra desde el afán de sentido neurótico. En este caso, el sentido develado por sus films se ciñe a cómo la ambición o la creencia en una posibilidad de saturar el deseo humano pueden llevarnos a un desenlace fatal.

Por otra parte, la posibilidad de una dimensión psicótica en la filmografía de Lynch no estaría exenta de razón, pues la presencia de personajes que se envuelven en una realidad metonímica, sin anudamiento central, nos permite pensar en un devenir errante. Los guiones de Lynch no se presentan como un significado estable, sino más bien como un significante. Significante al que hemos otorgado su sentido de la única manera posible, a partir de otros significantes que aparecen “en relación a un código preciso, a una búsqueda determinada, a un segmento y a uno sólo, en la indefinida cadena de la significación” (Metz 1979, p. 35). De este modo, y especialmente en la filmografía de Lynch, ninguna significación será total y plena. El cine se presenta como un arte que permite múltiples interpretaciones entre las cuales, la manera en que hemos visualizado, en Lynch, la neurosis y la psicosis, es sólo una opción.

Frente a la tentación por el sentido, entonces, se torna fundamental una tolerancia a la incertidumbre y al enigma que representa la subjetividad y su acontecer, ante lo cual pocas veces se encuentran respuestas inmediatas y certeras.

## REFERENCIAS

1. Esquivada G. (2007). El Imperio Interior de David Lynch. Revisado en Diciembre 2008, en <http://www.clarin.com/suplementos/cultura/2007/09/08/u-00611.htm>
2. Kuschner L. (2003). Mulholland Drive, un Peligroso Despertar. Revisado en Diciembre 2008, en <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=3743>
3. Lacan J. (1954). Una definición materialista del fenómeno de conciencia. En Seminario II “El yo en la teoría de Freud”
4. Lynch D. (1996). Carretera Perdida
5. Lynch D. (2002). El Camino de los Sueños
6. Lynch D. (2007). Imperio
7. Lipovetsky G. (1986). La era del vacío. Barcelona: Anagrama
8. Metz C. (1979). El Significante Imaginario. Barcelona: Editorial Gustavo Gili
9. Zizek S. (2006). The Pervert's Guide to Cinema
10. Zizek S. (2007). Cuando lo Honesto es Siniestro y la Psicosis es Normal. Revisado en Diciembre 2008, en <http://www.elpsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp?Id=1748>

