

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 7, VOLUMEN 7, Nº 4 DICIEMBRE DE 2011

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

www.revistagpu.cl

IMPORTANTE

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

El sitio actual de la GPU es: www.revistagpu.cl

SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

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

SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

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

Solicitudes

CyC Salud Limitada

E-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl

Fono: (56-2) 269 7517

* Suscripción por 1 año (cuatro números).

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

Revisión · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

DIRECTOR ACADÉMICO

Dr. César Ojeda

SECRETARIA ACADÉMICA

Ps. Anneliese Dörr

EDITOR GENERAL

Dr. Alberto Botto

SUB-EDITORES

Dra. Patricia Cordella, Dr. Paul Vöhringer

SUB-EDITOR INTERNACIONAL

Ps. André Sassenfeld

CUERPO EDITORIAL

Dra. Julia Acuña, Dra. Claudia Almonte, Dr. Félix Bacigalupo, Ps. María Luz Bascuñán, Dr. Francisco Bustamante, Dr. Jorge Cabrera, Dr. César Carvajal, Dra. Susana Cubillos, Dr. Guillermo de la Parra, Dra. Marta del Río, Ps. Michele Dufey, Dr. Ramón Florenzano, Dr. Claudio Fullerton, Soc. Nina Horwitz, Dr. Francisco Huneeus, Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic, Dr. Enrique Jadresic, Dr. Juan Fco. Jordán, Ps. Mariane Krause, Dr. Juan Fco. Labra, Dr. Juan Carlos Martínez, Dr. Alberto Minoletti, Dr. Eugenio Olea, Dr. Patricio Olivos, Dra. Grisel Orellana, Dr. Policarpo Rebolledo, Dr. Pedro Retamal, Dr. Raúl Riquelme, Dr. Arturo Roizblatt, Dr. Pablo Salinas, Ps. André Sassenfeld, Ps. Catalina Scott, Dr. Hernán Silva, Dr. Luis Tapia, Dr. Benjamín Vicente, Dr. Mario Vidal, Dr. Hernán Villarino, Dr. Paul Vöhringer

www.revistagpu.cl

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

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

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

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

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

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)



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 Posgrado. 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, Magister en Neurociencias (Universidad de Valparaíso), Focusing Oriented Trainer (Focusing Institute, New York), Postítulo en Psitoterapia Experiencial (Universidad de Chile). Psicoterapeuta con

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



RAMÓN FLORENZANO URZÚA

Formado como psiquiatra en la Clínica Psiquiátrica Universitaria y en los University Hospitals de la Universidad de Carolina del Norte, EE.UU. Especialista en Psiquiatría Universidad de Chile y Diplomado del

Board Americano de Psiquiatría y Neurología. Magister en Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte. Doctor en Filosofía (c) Universidad de Navarra. Formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Chilena y en el UNC/Duke Psychoanalytic Institute. Miembro Titular Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes. Decano de la Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo. Miembro Consejo Editorial *Revista de Psiquiatría Clínica*, *Revista Chilena de Salud Pública*, *Revista Chilena de Medicina Familiar*. Fellow en Investigación en Psicoanálisis, University College, Londres. Miembro del Research Advisory Board (RAB), Asociación Psicoanalítica Internacional. Miembro del Comité de Expertos en Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.



CLAUDIO DANIEL FULLERTON UGALDE

Médico Psiquiatra, recibido de la Universidad de Chile en 1987. Profesor asistente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en donde desarrolla

docencia de pregrado en las carreras de medicina y enfermería y de posgrado en el programa de formación de especialistas en Psiquiatría de la Universidad de Chile. También es profesor de Psiquiatría de la carrera de Psicología de la Universidad del Desarrollo. Actualmente integra el equipo de la Unidad de tratamiento de enfermedades del ánimo en el Hospital del Salvador de Santiago de Chile. Ha participado en investigaciones sobre la subjetividad de los médicos en tiempos de cambio, la relación entre trastorno de somatización, personalidad limitrofe y trauma infantil y la investigación sobre síntomas psicológicos en la Atención Primaria, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud. Ha publicado artículos sobre Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general, Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención, Epidemiología de los trastornos del ánimo en Chile y Latinoamérica y Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, además de colaborar en diversas publicaciones de otros autores.



NINA HORWITZ

Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.

Posgrados:

Community Studies, Boston College, Boston, Massachusetts. 1975.

Seminario Licenciatura de Formación en Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. 1980.

Fellow, International Leadership Program, W.K. Kellogg Foundation. 1990-1994.

Diploma en Comportamiento Organizacional, Birkbeck College, University of London. 1996.

Diploma en Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2001.

Magister en Bioética, Universidad de Chile (c).

Cargos y Funciones Académicas:

Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile Coordinadora Unidad de Salud Mental y Estudios Psicosociales, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Campus Oriente, U. de Chile

Coordinadora Asignaturas de Humanidades Médicas, Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

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

Líneas de Investigación:

Sociología de la Salud, Familia y Salud Mental

Salud Mental y Subjetividad

Bioética y Humanidades Médicas



FRANCISCO HUNEEUS COX

Médico Psiquiatra egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Comienza su trabajo dedicándose a la investigación básica en el Depto. de Neurobiología del M.I.T., para luego en Chile

abocarse a la psicoterapia individual y grupal en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, con especial énfasis en la terapia *Gestalt*. Desde la fundación de Editorial Cuatro Vientos en 1974, la que considera una especie de Universidad Abierta –sin barreras, matrícula, ni fotocopias–, como editor y director ha traducido, prologado y publicado numerosos libros que reflejan sus creencias acerca de lo que es estar-en-el-mundo. Además, es ciclista, patrón costero, cornista, trompetista y mecánico de motos pequeñas.



FERNANDO IVANOVIC-ZUVIC R.

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

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

de Chile.

Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesor Escuela de Psicología Universidad La República.



ENRIQUE JADRESIC

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

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



JUAN PABLO JIMÉNEZ

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

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



JUAN FRANCISCO JORDAN MOORE

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

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

Co-Presidente para América Latina del Comité Internacional de Nuevos Grupos. Miembro del Comité Editorial del International Journal of Psycho-Analysis y Editor Delegado para América Latina. Miembro del Consejo Consultivo de la *Revista de Psicanálisis de la Sociedad Psicanalítica* de Porto Alegre y del Consejo Editorial de la *Revista 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

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



GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL

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



POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI

Realizó sus estudios de Medicina en la Universidad de Chile y luego su especialidad como Médico Psiquiatra también en la misma universidad.
Se desempeña como Jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago, y en la Fundación San Cristóbal.
Pertenece a diferentes sociedades nacionales e internacionales:
Sociedad Médica de Santiago
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
Sociedad Chilena para el estudio del Dolor
Miembro internacional en:
IASP: International Association for the Study of Pain
APA: American Psychiatric Association
McLean Hospital International Psychiatric Society



PEDRO RETAMAL C.

Médico Psiquiatra, Director de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Profesor de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.
Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (periodo 2004-2006), Coordinador del Grupo de

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

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



RAÚL RIQUELME VÉJAR

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

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

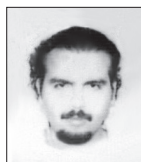


ARTURO ROIZBLATT

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

Miembro del Comité Editorial del *Journal of*

Family Psychotherapy.



PABLO 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
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

354 EDITORIAL

- 354 DIMENSIÓN ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
Alberto Botto

358 ESCRÍBANOS

360 ACADÉMICAS

- 360 PROGRAMA DE FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA RELACIONAL CORPORAL (PRC) 2012-2013

361 COMENTARIO DE LIBROS

- 361 PSICOPATOLOGÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA
Autores: Carlos Almonte V., María Elena Montt S.
Editorial: Mediterráneo, 2012, 776 pp.
Comentarista: Claudia Almonte
- 363 FENOMENOLOGÍA Y TERAPIA GESTALT
Marcos y Rosane Müller-Granzotto
Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 2009
Comentarista: Pedro Salinas Quintana
- 367 PENSAR LA MUERTE
Autor: Vladimir Jankélévitch
Editorial: Fondo de Cultura Económico, Argentina, 2004, 131 pp.
Comentarista: Hernán Villarino

369 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

375 DEBATE

- 375 PSICOPATOLOGÍA Y CLÍNICA
Sergio Peña y Lillo

377 ENTREVISTA DE GPU

- 377 SERGIO BERNALES

387 REVISIÓN

- 387 EL PACIENTE MINDFULNESS: UN VIAJE ENTRE LA CURA Y LA LIBERACIÓN
Ricardo Pulido

396 CLÍNICA PSICOANALÍTICA

- 396 INTERSUBJETIVIDAD, CO-CORPOREIDAD Y CLÍNICA PSICOANALÍTICA CONTEMPORÁNEA
Nelson Ernesto Coelho Junior

406 ENSAYO

- 406 ACERCA DE SI LA LIBERTAD Y EL SENTIDO SON EL FUNDAMENTO DE LA PERSONA
Hernán Villarino

416 PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

- 416 ¿ES REVERSIBLE EL CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO?
Margarita Morandé Dattwyler
- 420 HAY HERIDAS QUE SANAN (I). EL LUGAR DEL ANALISTA ANTE TRAUMAS DE ETIOLOGÍA SOCIO-POLÍTICA
Catalina Scott
- 423 HAY HERIDAS QUE SANAN (II). CASOS CLÍNICOS: TORTURA SEXUAL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO GRUPAL
María Isabel Castillo, Margarita Díaz

430 ETNOPSQUIATRÍA

- 430 ETNOPSICOANÁLISIS DEL CHAMANISMO EN TRES CULTURAS INDÍGENAS LATINOAMERICANAS
Stefano Gissi

439 INVESTIGACIÓN

- 439 EASE: EXAMEN DE ANOMALÍAS SUBJETIVAS DE LA EXPERIENCIA (DESÓRDENES DEL SELF)
Josef Parnas, Paul Møller, Tilo Kircher, Jørgen Thalbitzer, Lennart Jansson, Peter Handest, Dan Zahavi

468 FORO-PANEL

- 468 EL PODER DEL LENGUAJE Y EL LENGUAJE DEL PODER EN CONTEXTOS EDUCACIONALES
Eduardo Llanos

DIMENSIÓN ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Alberto Botto

La palabra “ética” proviene del griego *ethos*, que originariamente significaba “morada”, “lugar donde vivimos”, pero que posteriormente pasó a designar el “carácter” o “modo de ser” de una persona o grupo a lo largo de la vida. Por su parte, el término “moral” procede del latín *mos, moris*, que originariamente significaba “costumbre”, pero que luego pasó también a significar “carácter” o “modo de ser”. De esta manera, ambos conceptos confluyen en un significado similar: “todo aquello que se refiere al modo de ser o carácter adquirido como resultado de poner en práctica unas costumbres o hábitos considerados buenos” (Cortina, 2008). Sin embargo, tradicionalmente se ha denominado “moral” al conjunto de normas, principios y valores que rigen la conducta en una determinada comunidad, mientras que el término “ética” se ha reservado para denotar la disciplina filosófica cuyo objeto es la reflexión en torno a la moral. Por lo tanto, entenderemos la ética como aquella parte de la filosofía que se dedica a la reflexión sobre la moral.

La ética –como disciplina– cumple con una triple función: 1. Aclarar qué es lo moral y cuáles son sus rasgos específicos, 2. Fundamentar la moralidad, es decir, clarificar su sentido, y 3. Aplicar los resultados obtenidos en las dos primeras funciones en la vida social de manera de propugnar una moral crítica en contraposición a un código dogmáticamente impuesto.

Probablemente los comienzos de la reflexión ética sean indistinguibles de los primeros esbozos del pensamiento filosófico en la antigüedad griega. Al principio fue la pregunta por el ser la que sirvió de base para desarrollar una ética “teleológica” que –con Aristóteles como precursor– se fundamentaba en la búsqueda de una finalidad: la vida buena o *eudaimonía* –que ha sido traducida también como “felicidad”–. En una segunda fase –que coincide con los inicios de la modernidad–

la conciencia será el nuevo punto de partida de la reflexión filosófica a través de las obras de Descartes y Kant –quien, a través del *imperativo categórico*, inaugura una ética *deontológica* cuya moral se fundamentará en el cumplimiento de un deber–. Por último, se encuentra la ética propia del mundo contemporáneo que se estructura en torno a las consecuencias del “giro lingüístico” y que busca su sentido en el análisis del lenguaje y sus usos para la argumentación. Dentro de este grupo es posible distinguir la ética del discurso (Habermas, Apel) y la ética narrativa (Ricoeur, MacIntyre), entre otras.

Finalmente, en los últimos decenios ha surgido un creciente –y explosivo– interés por un campo que se ha denominado ética aplicada y que tiene por objeto la reflexión sobre la moral en distintos ámbitos sociales desde la política hasta la educación pasando por la economía, la empresa y la salud.

La bioética emergió a comienzos de los años setenta como una forma de referirse a una serie de trabajos científicos cuyo objeto de estudio se relacionaba con fenómenos vitales como el problema de la investigación con humanos o los derechos de los animales. Es así como se desarrollaron los reconocidos principios de autonomía, beneficencia y justicia. El principio de autonomía considera el respeto a las personas e incorpora al menos dos convicciones: que los individuos deberían ser tratados como seres autónomos y que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección. El principio de beneficencia indica que a las personas deberá protegérselas del daño, haciendo un esfuerzo por asegurar su bienestar. Por último, el principio de justicia intenta responder la pregunta: “¿quién debe recibir los beneficios de la investigación y sufrir sus cargas?”

El ejercicio de la investigación científica –y la utilización de sus productos, es decir, del conocimiento–

exige tener presente la dimensión ética. La investigación cualitativa comparte muchos aspectos éticos con la convencional. Así, los aspectos éticos que son aplicables a la ciencia en general lo son también a la investigación cualitativa.

Existen al menos dos dimensiones mayores en relación con la ética de la investigación cualitativa: 1. Una ética procedural, que implica la búsqueda de la aprobación por parte de un comité de expertos autorizados ("comité de ética") para el desarrollo de la investigación en humanos, y 2. Una "ética en práctica", que consiste en los desafíos que día a día impone la investigación. Pero además se describe una tercera dimensión que estaría dada por la articulación de la ética con los códigos personales o una "ética de la conducta" del propio investigador (Guillemin y Gillam, 2004).

1. *Ética procedural*: En la investigación en seres humanos uno de los primeros pasos consiste en el análisis del diseño por parte de un "comité de ética". Esto implica no sólo cumplir con una "formalidad" sino lograr explicitar de la manera más clara –y en un lenguaje que pueda ser comprendido con facilidad– los objetivos y métodos utilizados en el estudio.

2. *Ética en práctica*: Considera las dificultades éticas con que se encuentran los investigadores en su actividad cotidiana. Estos *momentos éticamente importantes* con frecuencia son parte decisiva en la toma de decisiones frente a dilemas prácticos que incluso pudieran no haber sido considerados en la revisión efectuada por el comité. Un término que puede utilizarse para representar este fenómeno es el de "microética" que aborda los problemas que surgen en la interfase entre los "grandes temas" bioéticos y la práctica clínica cotidiana. Este concepto puede aplicarse tanto a los dilemas que surgen entre el médico y el paciente como entre el investigador y la investigación.

González (2002) propone realizar una reflexión ética de la investigación cualitativa considerando tres puntos de vista: los valores específicos de la investigación cualitativa, las principales teorías éticas implicadas y la evaluación ética de los estudios.

La naturaleza de los problemas éticos de la investigación cualitativa son diferentes a los que plantea la investigación cuantitativa. Por ejemplo, la forma en que el investigador accede a comunidades y grupos específicos o la manera en que influye sobre los participantes son desafíos propios de los estudios cualitativos. Además, en muchos de estos diseños el foco está puesto en explorar, examinar y describir con el objeto de encontrar conceptos y significados en los ambientes naturales donde se desenvuelven las personas. Por último, en los estudios que se realizan en el ámbito de la salud la presencia de un investigador que al mismo tiempo es

clínico pudiera generar una situación de conflicto que también es necesario considerar (Orb A., Eisenhauer L. y Wynaden D., 2000).

La investigación cualitativa reconoce la individualidad de los sujetos en su contexto social y cultural como parte esencial en el proceso indagador. Es así como la identidad, los juicios y prejuicios condicionan el problema de estudio, sus metodologías e instrumentos, formando parte incluso de la selección de recursos y mecanismos para efectuar presentaciones y realizar la divulgación de los resultados.

La investigación cualitativa indaga en la condición humana, lo que significa que *construye conocimiento mientras acoge –al tiempo que evita caer en reduccionismos– la complejidad, la ambigüedad, la flexibilidad, la singularidad y la pluralidad, lo contingente, lo histórico, lo contradictorio y lo afectivo, entre otras condiciones propias de la subjetividad del ser humano y de su carácter social* (González, 2002). El valor de la investigación residirá en la manera de abordar dichas complejidades en la búsqueda –y construcción– de significados.

El objeto de estudio en el enfoque cualitativo es un sujeto con intenciones, creencias y motivaciones; por lo tanto, el proceso investigativo sucede en un espacio intersubjetivo donde el diálogo entre el investigador y el investigado es un fenómeno que se da en forma permanente y bajo múltiples dimensiones.

Dada la complejidad que caracteriza el campo de estudio de los análisis cualitativos no tiene sentido esperar el alcance de un acuerdo –o la obtención de conocimiento– en base a un solo criterio ético. Postular un enfoque "teleológico" basado en la finalidad o "utilitarista", según aquello que sea lo mejor para la mayoría, o "deontológico", fundamentado en el deber, supone asumir un punto de partida reduccionista que excluirá la riqueza del diálogo y posiblemente lleve a resultados estériles. Por el contrario, la incorporación de diversos enfoques no sólo permitirá abrir un espacio para que se desplieguen los discursos y se abra la posibilidad de una ética dialógica sino que permitirá fortalecer la fundamentación de sus argumentos y el logro de acuerdos. Por lo tanto, recomienda González (2002), que *una discusión que tiene el propósito de aproximarse a juicios éticos de la investigación cualitativa se apoye en varias teorías, no en una. Pero hay tantas que un bienintencionado esfuerzo por aplicar muchas de ellas en el análisis de una investigación concreta puede volverse improductivo.*

De esta manera, al momento de planificar una investigación cualitativa es fundamental considerar la dimensión ética con el objeto de reflexionar no sólo acerca de los fines y metodologías empleadas en el proceso sino también en la manera en que el grupo –el equipo de investigación– abordará dichos problemas y

también aquellos –que suelen ocurrir con frecuencia– surgidos al interior de sus propias discusiones a lo largo del estudio. Esto cobra importancia desde el momento en que se conforman los equipos de trabajo y las instancias evaluadoras. En estas últimas, es necesario añadir, el pluralismo debiera ser una condición básica.

Ramcharan y Cutcliffe (2001) reconocen que la investigación cualitativa presenta diferencias importantes con los análisis cuantitativos. Plantean, además, que la toma de decisiones en el marco de una ética de la investigación cualitativa es un asunto problemático en la medida que se da un diseño donde el conocimiento aparece como un fenómeno emergente y que muchas veces ocurre en un contexto interpersonal. Como una manera de resolver los conflictos que esta modalidad podría ocasionar, los autores proponen un modelo de ética como proceso. Este enfoque está diseñado como un plan de trabajo que pueda aplicarse a los comités de ética, y consiste en un sistema de monitoreo de la investigación cualitativa donde la proporción riesgo/beneficio se encuentra siempre hacia el lado del beneficio.

Como mencionamos a propósito de la bioética, en los últimos años el interés por la reflexión en torno a la ética de la investigación ha dado origen a un sinnúmero de textos, códigos, declaraciones y acuerdos internacionales dentro de los cuales destacan el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y las normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas (CIOMS).

Ezekiel Emanuel (2000) propone 7 requerimientos básicos para evaluar los aspectos éticos en el marco de las investigaciones:

1. Valor científico o social: Para que una investigación sea ética debe tener valor, es decir, sus resultados debieran promover una mejora en la salud o en las condiciones de vida de las personas, por ejemplo, a través de una intervención psicosocial o un tratamiento para una determinada enfermedad.
2. Validez científica: Un estudio pensado éticamente debe estar planificado en base a una metodología rigurosa que conduzca a resultados válidos. Éste es un punto especialmente importante porque incorpora a la ética dentro de los factores intrínsecos a cualquier metodología.
3. Selección equitativa de los sujetos: La determinación de los sujetos que participarán en el estudio debe considerar los objetivos de la investigación, destacando cuáles serán los criterios de inclusión y exclusión de tal manera que la selección esté comandada por un juicio científico más allá de las vulnerabilidades o el estigma social.

4. Proporción favorable del riesgo-beneficio. La investigación con personas debe considerar siempre el análisis cuidadoso de los riesgos y beneficios que puede implicar, especialmente si se trata de estudios que requieran de alguna intervención, por ejemplo, farmacológica o psicoterapéutica. De esta manera, la investigación sólo podrá justificarse cuando los riesgos potenciales para los sujetos individuales se minimizan, los beneficios potenciales para los sujetos individuales y para la sociedad se maximizan y los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos.
5. Revisores independientes: Dado los posibles conflictos de intereses de los investigadores, se sugiere contar con instancias de evaluación por personas autorizadas que sean independientes al estudio y que puedan decidir sobre su desarrollo con el objeto de evitar distorsiones en el diseño y salvaguardar la responsabilidad social.
6. Consentimiento informado: Es uno de los aspectos indiscutibles en cualquier investigación. Su propósito es otorgar el control de los sujetos respecto a su incorporación o retiro del estudio y asegurar su participación en la medida que se respeten sus creencias, valores e intereses.
7. Respecto a los participantes potenciales o a los inscritos: La preocupación ética acerca de los participantes no finaliza cuando se firma el consentimiento. En cualquier estudio es necesario considerar permanentemente el respeto por las personas, su privacidad y el derecho de cambiar de opinión respecto a su participación en la investigación, recibiendo todo el apoyo y las atenciones que sean necesarias.

La ética, considerada como una reflexión –fundada en la racionalidad– en torno a la moral, es un aspecto imposible de eludir en cualquier aproximación metodológica que considere la investigación con seres vivos. En ciencias sociales, los estudios cualitativos poseen características que los hacen especialmente susceptibles de ser abordados desde una mirada ética.

El desafío del abordaje ético en la investigación cualitativa está dado por la manera en que puedan establecerse puentes entre la ética procedural (determinada por los grandes problemas éticos o bioéticos) y la *microética* de la práctica investigativa considerando los códigos y valores del investigador.

Por lo tanto, la dimensión ética de la investigación cualitativa no debiera considerarse sólo como un elemento externo –dependiente de las opiniones de un comité y ajeno al proceso mismo–, sino más bien como un factor constitutivo del diseño, es decir: la ética entendida también como parte esencial de la metodología.

REFERENCIAS

1. Cortina A. (2008). *Ética*. Madrid: Akal
2. Emanuel E., Wendler D. Grady Ch. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA*. 283(20), 2701-2711
3. González M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. 29, 85-103
4. Guillemin M, Gillam L. (2004). Ethics, Reflexivity, and "Ethically Important Moments" in Research. *Qualitative Inquiry*. 10(2) 2, 261-280
5. Orb A, Eisenhauer L, Wynaden D. (2000). Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship*. 33(1) 1, 93-96
6. Ramcharan P, Cutcliffe J. Judging the ethics of qualitative research: considering the 'ethics as process' model. *Health and Social Care in the Community*. 9(6), 358-366

ESCRÍBANOS

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



LA CURVA DE LA OSCILACIÓN ARMÓNICA DESCRIBE LA EVOLUCIÓN DE LA HUMANIDAD¹

José Francisco Alcalde

Estimado Doctor Botto:

Uno tiende a imaginar la evolución de la humanidad de una forma bastante lineal, es decir, un mundo en constante progreso, cada día con mayores avances tecnológicos, ciudades superando los diez millones de habitantes, etc. Sin embargo, de acuerdo con una de las hipótesis centrales de la Teoría Psíquica, a saber, que *todo sistema vivo evoluciona en la oscilación armónica*, podemos concluir que el desarrollo del mundo humano sólo es posible en el continuo tránsito de lo cicloide a lo esquizoide, y de lo esquizoide a lo cicloide.

Retrocedamos unos cuantos años en la historia de occidente. Volvamos a la Roma del 200 d.C. Por primera vez se observa una ciudad llena de gente. Cerca de un millón de habitantes. El espacio público juega un rol esencial. Se ven personas extrovertidas conversando en voz alta, interactuando, relacionándose. Es un nuevo verano en la humanidad; el cicloidismo en todo su esplendor. Y tenemos al Circo Romano como uno de los máximos símbolos del Imperio Romano. Ese lugar donde se reúnen decenas y, a veces, cientos de miles de personas. Algo nunca

antes visto. Pero también, el más potente laboratorio desde donde se engendrará la decadencia. Desde un inicio el circo fue un arma de doble filo: a veces se jugaba, pero también se utilizaba para ver el más horroroso de los espectáculos: seres humanos devorados y desmembrados por las fieras, y muertos en representaciones de batallas navales. La brutalidad habría tenido su apogeo precisamente en los primeros años del cristianismo. El Circo sería entonces la plataforma para escalar peligrosamente en el morbo. La significación del horror sería facilitada por la masa cicloide enardecida.

El cicloidismo extremo y cronificado de Roma fue la *causa formal* de la caída del Imperio, porque el vicio del cicloidismo es el hedonismo, tierra infértil para la reflexión. El Imperio ya no contaba con nuevas soluciones ni estrategias. Se había vuelto vulnerable a las invasiones bárbaras –causa material de la caída.

Comienza la Edad Media. Durante mil años la humanidad dejó de vivir en las ciudades para comenzar a habitar los feudos. La aperturidad de la humanidad se torna ahora esquizoide. No en vano se le ha llamado la época oscura. Siglos enteros en que el hombre volvió a dormir.

Y al igual como sucede durante los sueños, el mundo se reorganizó en este milenio. Se diferenció. La *Entropía Psíquica* aumentó con fuerza en cada uno de los cientos de feudos. El botón estaba listo para brotar. En algunos se engendraban nuevas y originales ideas.

Pero el esquizoidismo crónico también se manifestó de forma negativa, y nada menos que en la principal de las instituciones del mundo occidental: la

Iglesia. El misticismo patológico; la irracionalidad dogmática casi delirante, la paranoia manifestada en la Inquisición, llevó al nuevo cisma y también a un nuevo orden.

Y fue así como sucedió en el Renacimiento: un nuevo amanecer en la historia. Esta época tiene su símil en la primavera/otoño o en la mañana/ tarde, es decir en aquella tierra que se encuentra a medio camino entre la noche y el día, entre el Yo y el Mundo, entre lo Esquizoide y lo Cicloide. La particularidad de este escenario es que se corre el riesgo de quedarse sin las significaciones del Yo y del Mundo, lo que traería el humor depresivo; pero también existe la oportunidad de encontrar la síntesis de las significaciones de ambos, lo que llevaría a la contemplación.

Cientos de nuevos colores y formas aparecieron en estén nuevo despertar; en esta aperturidad intermedia. Su escenario: la nueva ciudad renacentista. Comenzaba un nuevo cicloidismo.

El hombre se expande y se vuelve extrovertido una vez más, recordando y emulando los clásicos de Grecia y Roma. Utiliza su nueva herramienta –la imprenta– para comunicarse de forma masiva. Se levanta en la mañana con energía y sale a explorar el mundo que lo rodea. La fluidez del intercambio cada vez mayor deviene en el nuevo dinamismo de la economía. El crecimiento de la población mundial retoma la curva exponencial.

Desde entonces el mundo occidental ha evolucionado de forma relativamente lineal en un continuo aumento de cicloidismo.

No tenemos idea del tiempo que queda para que el hombre vuelva a dormir.

¹ Ver postulados de la Teoría Psíquica en el número de Septiembre de 2009 de *GPU*.

Sólo sabemos que nuestra época es altamente cicloide y que la forma de la curva que gobierna el desarrollo de la humanidad responde a la oscilación armónica, la misma que describe la evolución de un día humano, de un año y de una vida entera.

Tendremos que identificar los síntomas de la cronificación de lo cicloide y encontrar aquel símbolo que esté hoy satisfaciendo la sed cicloide exacerbada.

Estaremos atentos al rol que juega la llamada *Red Social*. Ese lugar de encuentro que sirve para interactuar y compartir al extremo, y que podría llevarnos –a una velocidad nunca antes vista– al hastío, al agotamiento –o decadencia– y finalmente a la necesidad de volver a descansar.

Cordialmente,

José Francisco Alcalde²

P.d. Quisiera agradecer la oportunidad que brinda *GPU* de poder dar a conocer las ideas a través del espacio “Escríbanos”. Sé que un artículo con un marco teórico completo, estadísticas y referencias aporta mucha más información. Sin embargo, aquellos que no nos dedicamos a la investigación o a la clínica, por razones de tiempo, nos acomoda mucho utilizar esta vía como medio de divulgación.

² Mail: cotealcalde@gmail.com

ACADÉMICAS

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA RELACIONAL CORPORAL (PRC)

2012-2013

El Centro de Estudios en
Psicoterapia Relacional
Corporal invita a:

Programa de Formación reconocido por la Comisión Nacional
de Acreditación de Psicólogos Clínicos

(Política de descuento psicólogos colegiados: 2 Medias Becas y 10% de
descuento)

Para mayor información:
www.cuerporelacional.cl

Horario: 1 viernes al mes, 8 hrs.

Costo:
Programa total 200 UF
Matrícula: 4 UF

Requisitos: Entrevista personal.

Docentes:
Marcela Araneda: Psicóloga Clínica
(PUC), Supervisora Clínica Acreditada.

Leila Jorquera: Psicóloga Clínica
(Universidad de Chile), Mag. © Salud
Mental Infantil (UDD).

Madeleine Porre: Psicóloga Clínica
(Universidad De Chile), Mag. ©
Psicología Clínica Analítica Jungiana
(UAI).

André Sassenfeld: Psicólogo Clínico
Acreditado (Universidad de Chile),
Mag. Psicología Clínica Analítica
Jungiana (UAI).

Profesores invitados.

Se requiere un mínimo de alumnos
para relizar el programa de formación.

Descripción:

La psicoterapia relacional corporal es una aproximación relacional contemporánea a la psicoterapia que incorpora un importante foco en los procesos no-verbales que transcurren en la relación psicoterapéutica. Este programa de formación de especialistas desarrolla en los participantes entre otros elementos teóricos y prácticos la habilidad para percibir, entender y trabajar clínicamente con los estados mentales y emocionales del paciente y del terapeuta, así como con la corporalidad y con los procesos característicos de la interacción psicoterapéutica.

Contenidos: El programa consta de 4 áreas de formación: cursos teóricos, seminarios bibliográficos, curso-taller entrenamiento de habilidades y supervisión.

Líneas temáticas:

- Psicoanálisis Relacional
- La Corporalidad en los Procesos Psicoterapéuticos
- Teoría de Apego, Mentalización y Regulación Emocional
 - Neurociencias afectivas y sociales
 - Neuropsicoanálisis
 - Desarrollo de habilidades terapéuticas: atención/mindfulness, empatía, sostén, contención, creatividad y juego, entre otras.

Contacto:

psicoterapiarelacionalcorporal@gmail.com
9-9491193 09-1670369

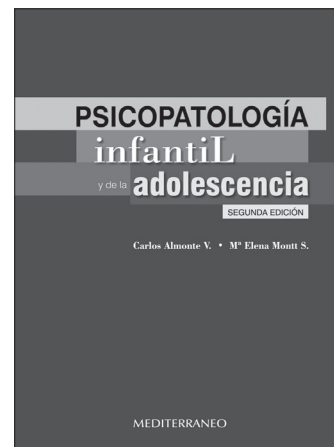
PSICOPATOLOGÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

SEGUNDA EDICIÓN

Autores: Carlos Almonte V., María Elena Montt S.

Editorial: Mediterráneo, 2012, 776 pp.

(Rev GPU 2011; 7; 4: 361-362)



Claudia Almonte

Tengo el placer de presentar y comentarles un texto de nuestra especialidad, la psiquiatría infanto-juvenil, en su ya segunda edición posterior a 9 años de haber sido publicada la primera: "Psicopatología infantil y de la adolescencia". Este "hijo" está recientemente "viendo la luz" después de un largo embarazo y complejo trabajo de parto. En la elaboración de cada uno de los 60 capítulos participaron 30 autores de las diversas áreas del desempeño en la salud mental infanto-juvenil, trabajando arduamente para presentar los grandes temas, los cambios, los nuevos conocimientos, las propias experiencias clínicas, en forma clara, ordenada y actualizada, incluyendo los aspectos biológicos del desarrollo y las neurociencias. Treinta autores con sus diversas aptitudes y perspectivas del saber escriben de la realidad de nuestra joven especialidad, que cada vez demanda de mayores conocimientos y destrezas en quienes la practican. Pero a la vez treinta autores que se unen con algunos claros objetivos del texto, los cuales son: ofrecer un enfoque psicopatológico para diseñar una terapia; incluir la mirada sistémica transversal omnipresente en nuestro quehacer; integrar los aspectos categoriales y dimensionales, y enfatizar en las áreas de psicoeducación que estarían en la base de la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Es un texto inclusivo en que se integran autores de diversas profesiones que conforman el equipo de salud mental (psicólogos, terapeutas ocupacionales, fonoau-

diólogos, psiquiatras, pediatras) encabezados por sus dos editores, ambos destacados profesionales, que han dedicado parte importante de sus vidas al desarrollo y prestigio de la especialidad.

Respecto a la primera edición, que tuvo una amplia difusión en el ámbito nacional e internacional, se actualizaron los capítulos antiguos y se añadieron 21 nuevos. De estos últimos, señalo los orientados a establecer mejores relaciones entre el profesional y el consultante, como la empatía, a mejorar la salud mental pública, como la resiliencia y los que abordan los factores psicoeducativos.

El texto está dividido en 4 secciones:

- a) Desarrollo normal y psicopatológico.
- b) Salud mental.
- c) Trastornos.
- d) Evolución y tratamiento.

Me fue difícil escoger algunos capítulos para comentar, ya que todos son sustanciosos y, al leerlos, dan deseos de seguir leyendo los siguientes, pues todos dan una mirada completa y actualizada, mostrando en forma simple algo de la complejidad de nuestro quehacer.

El tema omnipresente de la violencia, que en nuestra sociedad palpamos a diario, desde los medios de comunicación (la gran mayoría de los noticieros centrales dedican un importante porcentaje, si no el

principal, a detallar sobre asaltos, destrucción de la propiedad, robos, homicidios, etc.), a la cotidianeidad del tráfico, a la actitud desafiante de nuestros compatriotas en la fila de un banco, incluso en sitios de descanso en que antes de que amanezca ya están todas las reposerías reservadas con toallas, sin personas. Violencia explícita y violencia implícita. Violencia de gritos y violencia del silencio impuesto. Prácticamente una pandemia. Este tema afecta sin duda a los niños, y de una forma penetrante a los pre escolares, que al vivenciar una sociedad violenta es probable que perpetúen el dramático círculo. Tres capítulos ahondan en esta temática (impacto de la agresión y la violencia en el desarrollo; jóvenes infractores de la ley y violencia escolar). En este último se dan interesantes aportes sobre la etiopatogenia y el desarrollo del explotado concepto de "bullying" o mejor dicho en castellano, matonaje escolar, incluyendo los resultados de meta-análisis en cuanto al abordaje exitoso de estas complejas problemáticas de nuestra sociedad.

Se muestran las características del joven infractor en Chile, con la nueva ley a partir del año 2007 y la multicausalidad de estos cuadros.

En el noveno capítulo se desarrolla la temática de los vínculos amorosos y sexuales en el adolescente que se han visto afectados por los acelerados cambios culturales. Se presenta la situación actual en Chile y en el mundo, en que se ha ido disociando en forma marcada el compromiso y los vínculos amorosos de la actividad sexual; esta última sería en un alto porcentaje el eje central del estilo de relación, sin importar el otro, ni el compromiso. Para el logro de un sano desarrollo de pareja y una sexualidad responsable el adolescente requeriría de seguridad y estabilidad en los vínculos afectivos, compromiso de la familia y contención del medio, situación difícil de sostener en la actualidad. Por otro lado, el pragmatismo extremo en la regulación ética de

la sexualidad ha descuidado aspectos éticos más profundos y permanentes como el respeto, la honestidad y el logro de una sexualidad integrada al amor.

El interesante capítulo que se refiere a la psicopatología del bebé, área desarrollada recientemente (a partir de 1980) y que abarca la etapa entre el nacimiento y los 3 años de vida, pueden ser vistas a través de un modelo que integra la fenomenología al proceso de vinculación y la neurobiología del desarrollo. El apego y sus disfunciones estarían en la base de múltiples psicopatologías.

El capítulo que aborda la influencia del duelo en el desarrollo muestra cómo el duelo por suicidio es uno de los más complejos y difíciles de superar. Se revisan los duelos en relación al concepto de muerte y cultura, aportando interesantes datos de subgrupos étnicos chilenos (aymaras, mapuches). Se desarrollan las fases del duelo enfatizando que para su recuperación es necesario transformar la imagen internalizada del fallecido y no el desapego total.

Se analizan los aspectos bioéticos y legales en la práctica de la especialidad, abarcando tópicos como son el consentimiento informado, el desempeño de la práctica pública y privada, la investigación, docencia, entre otras.

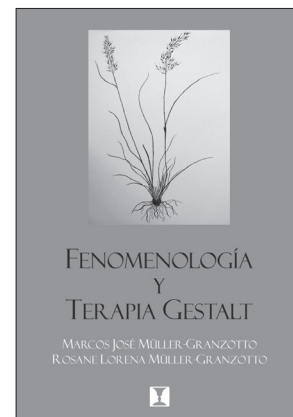
Destaco el capítulo "Psicoeducación y sus aplicaciones"; en que se discuten con gran detalle las formas concretas de hacerlo con el paciente y su familia, especificando según patología (psicótico, depresivo, bipolar, ansioso, trastornos alimentarios, etc.) y en que una medida tan simple que siempre se nombra, al ser trabajada con finos detalles puede ser muy aclaradora.

Bueno, quedan muchos temas interesantísimos; lo dicho valga de incentivo para motivarlos a cada uno de ustedes, lectores de este comentario, a tener el libro, leerlo y recomendarlo, ya que en las casi 800 páginas, hay sabiduría.

FENOMENOLOGÍA Y TERAPIA GESTALT

Marcos y Rosane Müller-Granzotto
Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 2009

(Rev GPU 2011; 7; 4: 363-366)



Pedro Salinas Quintana¹

Durante décadas se le criticó a la llamada corriente 'humanista-existencial' la falta de un campo teórico consistente que abordara, a modo de ejemplo, la verticalidad de los niveles de análisis propuestos por Coddou, desde el estrato puramente técnico –lugar donde las diversas corrientes encontrarían eventualmente su punto de integración– a una dimensión epistémica, en la que supuestamente se demarcarían las divergencias en cuanto a la naturaleza del conocimiento para cada escuela en particular².

Así, el libro de Marcos y Rosane Müller-Granzotto, viene a reivindicar a la *Terapia Gestalt* (TG), como un campo teórico consistente y complejo, saldando, en buena medida, la deuda pendiente de Fritz Perls para con los seguidores de la terapia gestáltica: el proyecto inacabado de una '*filosofía de la gestalt*' deslindada

ahora de la usual pero ambigua categorización como terapia de corte "fenomenológico-existencial" que por años ha operado, más bien como un lugar común que como parte de un cuerpo conceptual intencionado e integrado en la práctica, construida sobre la base de la experiencia clínica y la vivencia de la neurosis.

En este sentido, el fascinante entramado teórico que los autores articulan –ya a partir de la primera parte del libro ("Lectura fenomenológica de la clínica gestáltica")– entre la TG de Perls, Hefferline y Goodman³ y la fenomenología de Husserl, la intencionalidad de Brentano, el *Dasein* heideggeriano, el existencialismo de Sartre y el grupo de Frankfurt (Wertheimer, Koffka y Köhler), nos termina por revelar el verdadero alcance del proyecto inacabado del 'Padre' de la TG:

¹ Pedro Salinas Quintana, Psicólogo Clínico, Licenciado en Psicología. Doctorado en Filosofía, mención Estética y Teoría del Arte, Universidad de Chile. Coordinador del Grupo de Estudios en Pensamiento, Arte y Cultura Contemporánea (GEPAC-C). Escuela de Artes, Universidad de Chile. Becario Proyecto Mecesp UCH/0705.

² A modo de resumen, allí se sostiene que todo enfoque en el desarrollo integral de su concepción lleva involucrados diversos niveles jerárquicos conceptuales: el nivel epistemológico, el de paradigma, el de teoría, el de modelo intermedio y el técnico. A partir del primer nivel es posible establecer diferencias con relación a la consideración de lo que se entiende por realidad, lugar donde se pueden encontrar divergencias, aun dentro de un mismo enfoque, como el caso del pensamiento sistémico en psicología y psicoterapia. (Cfr. Coddou F. en Opazo R. (ed). *Psicoterapia Integrativa*. Santiago, Cecidep, 1992).

³ En adelante, PHG.

“¿[S]erá que no existe posibilidad de una orientación óptica⁴ donde el Dasein⁵ –hecho y medio de nuestra existencia– se manifieste comprensible sin explicaciones?”. O luego refiriéndose a Sartre: “¿[s]erá que no existe una] forma de ver el mundo por medio de la intencionalidad de algún concepto, pero donde podamos entender la intencionalidad de ese conceptualizar?”. En relación al dualismo ontológico recalcitrante del discurso de Binswanger, Perls dice: “¿[será que no existe una] perspectiva donde quedemos satisfechos al considerar una abstracción como la figura total –donde, por ejemplo, el aspecto físico sea tomado como todo lo que hay”? A lo que Perls responde: “En realidad existe”. Se trata de un enfoque que, si bien está en sintonía con las principales discusiones teóricas del siglo XX, jamás reclamó el estatus de filosofía: “la psicología de la Gestalt. ¡Gestalt! Cómo puedo hacer entender que Gestalt no es sólo un concepto más inventado por el hombre? ¿Cómo puedo decir que Gestalt es –y no sólo para la psicología– algo inherente a la naturaleza?” (Perls, 1969, pp. 78-9, citado en Müller-Granzotto, 2009, pp. 4-5)”

Y si bien la lectura de este libro, como ya se habrá notado, requiere de un cierto *background* filosófico mí-

nimo, dadas las citas frecuentes, además de los autores mencionados, a otros portentos de la fenomenología como Husserl, Merleau-Ponty o su coterráneo más contemporáneo, Derrida, esto, más que una dificultad, debiera resultar, sobre todo para los lectores destinatarios psicólogos y psiquiatras, la oportunidad de retomar el vínculo con la filosofía y la tradición fenomenológica desde la perspectiva del ámbito clínico-terapéutico.

De este modo, en la Parte I, *Lectura fenomenológica de la clínica gestáltica*, los autores acuden a las bases del concepto de *Gestalt*, con Brentano y Goldstein, quien pese a no ser miembro de ningún linaje filosófico, incidió decididamente al igual que Brentano, en el pensamiento de Perls y Goodman, al poner en consideración la *intencionalidad organísmica*, base de la naturaleza neurofisiológica autoorganizada, en una narrativa psicológica mas no psicologicista.

Así es que elucidar el sentido fenomenológico de la tesis de Goldstein se nos revela como el motor inicial de PHG para conformar una Filosofía de la Gestalt. El resultado de la empresa incitará en más de alguno una extraña o paradójica sensación de estar leyendo en muchos pasajes re-conocidos de la TG, una nueva y originaria teoría fenomenológica de la Gestalt, tal como lo reconocen sus autores:

“La trayectoria establecida por nuestra investigación no coincide con el modo habitual según el cual la comunidad de terapeutas gestálticos reconoce el vínculo entre la fenomenología y la TG” (cfr. pp. 9-10).

Ahora, el (sistema) *self* que sale del ámbito puramente psicológico y se abre al ámbito fenoménico es entendido como un proceso temporal y no como una entidad psicofísica (Goodman), encontrando puntos de contacto posteriores con la ‘carnalidad’ merleau-pontiana⁶. En los capítulos venideros emergerá la propuesta de una fenomenología del *awareness* (cfr. p. 48), vinculada, aunque diferenciada conceptualmente, con el ‘campo de presencia’ y la ‘conciencia trascendental’ de Husserl, pero considerando un punto de partida que a los seguidores de la gestalt podría sorprender: la revaloración inicial de Perls (1942) de la metapsicología freudiana, presa, según Perls, de lo que consideró una de las omisiones fundamentales de Freud: la inalienabilidad de las pulsiones, en la vinculación de éstas, desde un pasado remoto, con el mundo presente.

⁴ Vattimo señala que el término “óptico” constituye con “ontológico” una diada similar a la de “existencial-existencial”, que usualmente se encuentra en las traducciones de Heidegger, donde se considera que “óptica”, es toda consideración teórica o práctica del ente, que se atiene a los caracteres del ente como tal, sin poner en tela de juicio su ser. “Ontológica”, en tanto, es toda consideración del ente que alude al ser del ente. En este sentido, señala Vattimo, “toda descripción del ente intramundando es óptica y la interpretación del ser de ese ente, ontológica” (cfr. Vattimo, G. *Introducción a Heidegger*. Trad. Alfredo Báez. Barcelona: Gedisa, 1993, p. 20)

⁵ Para el lector no familiarizado con la terminología heideggeriana, ‘Dasein’ es el término en alemán para designar comúnmente la “existencia”, lo que literalmente se ha traducido como “ser o estar aquí o ahí”. La traducción de José Gaos como “ser-ahí” se argumenta en cuanto que el hombre es el “lugar” (Da), donde el Ser (Sein) se manifiesta, pero Jorge Eduardo Rivera (cfr. Heidegger, M. *Ser y Tiempo*. Trad. Jorge Eduardo Rivera. Santiago: Editorial Universitaria, 2001) la considera errónea y utiliza la expresión “estar-ahí” o “estar ahí adelante”, para traducir el *Dasein* de acuerdo con lo que en alemán clásico se entiende como existencial. Sin embargo, Rivera considera que “Ser-ahí” podría entenderse también como ser en el modo de estar en el ahí. Pero en ese caso, el *Dasein* no sería un “ser-ahí” sino el ser del ahí. En concordancia con este último, también los Müller-Granzotto, mantienen el término ‘Dasein’, sin traducción, dado su uso ya habitual y generalizado.

⁶ Cfr. Merleau-Ponty, M. *L’œil et l’esprit*. Paris: Gallimard, 1970; *Lo visible y lo invisible*. Barcelona: Seix Barral, 1964; Cfr. Moreira, V. Beyond the person: Merleau-Ponty’s concept of “flesh” as (re)defining Carl Rogers Centred Theory. *The Humanistic Psychologist*. 21, 138-157.

Es de destacar también cómo los autores invocan permanentemente al trazado evolutivo del pensamiento de Perls, desde su época como psicoanalista, no excluyendo la influencia, aun cuando sea por discrepancia, de la elaboración teórica freudiana de la neurosis, quedando, por momentos, la interrogante de hasta qué punto Perls no efectuó parcialmente una suerte de ‘deconstrucción teórica’ de algunos de los supuestos centrales del psicoanálisis, como por ejemplo con la posterior insustancialidad del *ego* o con la reformulación conceptual de la neurosis y el síntoma psicoanalítico. Más que mal, en ambos se puede reconocer al menos un origen común: Franz Brentano.

Finalmente, los Müller-Granzotto darán cuenta de cómo el cuerpo de la clínica gestáltica se completará con la lectura que Goodman hace de Perls en *Gestalt Therapy* (1951), donde se produce el retorno sintético a la fenomenología de Husserl y la neurofisiología de Goldstein. En el camino quedarán la reconocida *figura-fondo* de Rubin (1908), Wertheimer, Koffka y Köhler (Frankfurt, 1912), Husserl (1913), Salomon Friedlander (1918) y Lore Posner, entre otros (cfr. p.42).

En la parte II, ‘*Clínica gestáltica de los Ajustes Neuróticos*’, surge la idea del desajuste neurótico como: “*ocurrencias creativas por medio de las cuales podemos ampliar nuestro concepto de salud (donde), también es cierto que en tales comportamientos se puede suponer algo que no funciona o que no tiene sentido, que no expresa un sentido de totalidad*” (p.116).

Para PHG existen tres modos fundamentales de configuración de aquello que “no tiene sentido”; siendo la psicosis la primera forma de ajuste disfuncional con el ambiente del sistema *self*. *Ego*, *Id* y Personalidad, se conforman como la base conceptual, además del *self*, que explicarían, en su dinámica peculiar, los (des)ajustes neuróticos a partir de la reformulación de la teoría freudiana de la represión:

“*A diferencia de Freud, PHG no creen que se pueda encontrar un contenido específico capaz de explicar de manera universal el nacimiento y las formas de manifestación de la neurosis. Si bien reconocen que una de las aportaciones más importantes de Freud se refiere a la doble naturaleza del síntoma neurótico: el síntoma es tanto una expresión de vitalidad como una ‘defensa’ contra la vitalidad [...] (PHG, 1951, p.76), no creen que esa ambivalencia sea consecuencia de las transformaciones sufridas por nuestras excitaciones espontáneas o, en términos freudianos, por nuestras pulsiones*” (p.123).

Este segundo capítulo, el más propiamente “clínico” de todos, quizás pueda defraudar a quien busque nuevas reformulaciones prácticas de la TG, pero es que el nivel de intervención técnica del ámbito psicoterapéutico,

nunca se ha planteado como foco central del texto. Éste es un libro esencialmente de teoría y de teoría fuertemente filosófico-fenomenológica (destaca en esta sección la inserción del pensamiento de Merleau-Ponty en su vínculo con las ideas de PHG), donde queda la tarea pendiente para el lector de llevar dichas implicancias a una reformulación de la clínica en sus aspectos técnicos. Sin embargo, conceptos como el *contrato* terapéutico, el diagnóstico, el alta, etc., son considerados de forma coherente, así como también el *éthos* de la intervención clínica (cfr. p.153), pero con la letra ‘eta’ inicial y originaria, a diferencia de un *éthos* –con épsilon, en su sentido usualmente aceptado en filosofía práctica– como un ‘modo de ser’, o una actitud ante los otros, ante sí, o el mundo.

En el capítulo 7 de la segunda parte también podrá encontrar ‘*Un estilo gestáltico de intervención clínica en los ajustes neuróticos*’, donde los autores hacen ver que “*no son pocos los que consideran que tal enfoque clínico (el de la TG), es una colección de técnicas útiles para la práctica psicoterapéutica concebida a partir de otro referente teórico, dado que la TG carecería de uno propio*” (p.187).

Es aquí donde, quizás, surge el más importante aporte de los autores para el ámbito de la terapia y uno de mayores desafíos para los autodenominados ‘terapeutas gestálticos’: pese a que, en la historia de la TG, no hay ningún tipo de recomendación respecto de cuáles técnicas usar o evitar, se hace necesaria la asimilación de la experiencia clínica como una ‘*experiencia de campo*’, en que se constituye un sistema *self*, y si bien la *espontaneidad* es el principal rasgo del sistema, ello no implica que en la formación en TG se pueda prescindir de un fondo teórico, filosófico y fenomenológico sólido, a fin de no quedar recluso en un nivel técnico, donde cierta literatura es abundante y donde se suele mostrar de forma casi mítica a un Perls en su carácter extravagante, misterioso y anecdótico, como el de una especie de ‘mago improvisador’ (el que demás podría estar justificado), pero en el ámbito de terapia –y esto es necesario recalcarlo– espontaneidad, nunca ha sido sinónimo de improvisación y esto debería resultar un aprendizaje esencial, sobre todo para los terapeutas que se están formando en TG.

La parte III del libro, compuesto por dos apéndices, fiel a una estética *gestáltica*, es una especie de *racconto*, donde los autores se plantean la *Génesis y construcción de los conceptos gestálticos*, en lo que definen como una *tarea difícil, pero imprescindible*: caracterizar las bases teóricas a partir de las cuales, en los años ‘40, Frederick Perls se propuso elaborar una clínica gestáltica como alternativa a aquello que él juzgaba como censurable

en la práctica clínica y en las elaboraciones teóricas del psicoanálisis (Cfr. p. 235).

Inicialmente, esto puede parecer un movimiento circular inexplicable a la parte primera del libro, pero ahora, para comprender las objeciones de Perls a la metapsicología freudiana, los autores recurren a la historia de las ideas, partiendo de un "retorno a la teoría de la intencionalidad de Brentano, a los proyectos fenomenológicos de Husserl y a los desarrollos de esos proyectos en las dos generaciones de investigadores de la *Gestalttheorie*" (p. 239), sin embargo no temen ir incluso más atrás, citando a Tomás de Aquino (1126) e incluso a Aristóteles en *De Anima* a fin de configurar una teoría de la intencionalidad como antecedente de una psicología descriptiva (Brentano) y de una fenomenología como psicología *eidética* (Husserl).

En el apéndice 2, '*Fenomenología como idealismo trascendental y la segunda generación de la Psicología de la Gestalt*', los Müller-Granzotto esbozan los desencuentros de Husserl con la *Gestalttheorie* emanada del grupo de Frankfort, por cuanto Husserl consideró aberrante la forma de prescindencia propiamente intencional de los objetos y en particular de la concepción husserliana de las esencias como un campo trascendental (entendido como campo de posibilidades temporales). Años después esto tendría como resultado para la psicología social, la conformación de la conocida 'Teoría de campo' por parte de Kurt Lewin (a partir de la reconsideración de algunas ideas de Koffka).

Es en este reconsiderar el 'desde' y 'hacia' de la historia donde los autores terminan por delinear los vasos comunicantes entre la fenomenología de Husserl y la TG, contraviniendo la ya usual pero inexplicable obliteración que la formación actual en psicología ha hecho del linaje fenomenológico. ¿Significa, entonces, que éste es un texto de fenomenología para terapeutas? En buena parte sí lo es, pero a modo de un texto que, dada la ausencia de pretensión normativa en su discurso, logra sin embargo mostrarnos, irónicamente, la necesidad para la pervivencia del pensamiento y la clínica psicoterapéutica actual, del diálogo de la psicología y en particular de los terapeutas gestálticos con la filosofía, donde en esta ocasión una parte de la tradición fenomenológica se ha hecho de la palabra para mostrar su vigencia, originalidad y necesidad de ser revisitadas.

REFERENCIAS

1. Coddou F. En: Opazo R. (ed). *Psicoterapia Integrativa*. Santiago, Cecidep, 1992
2. Heidegger M. *Ser y Tiempo*. Trad. Jorge Eduardo Rivera. Santiago: Editorial Universitaria, 2001
3. Merleau-Ponty M. *L'oeil et l'esprit*. Paris, Gallimard, 1970
4. Merleau-Ponty M. *Lo visible y lo invisible*. Barcelona, Seix Barral, 1964
5. Moreira V. Beyond the person: Merleau-Ponty's concept of "flesh" as (re)defining Carl Rogers Centred Theory. *The Humanistic Psychologist*. 21, 138-157
6. Vattimo G. *Introducción a Heidegger*. Trad. Alfredo Báez. Barcelona, Gedisa, 1993

COMENTARIO DE LIBROS

PENSAR LA MUERTE

Autor: Vladimir Jankélévitch

Editorial: Fondo de Cultura Económica, Argentina, 2004, 131 pp.

(Rev GPU 2011; 7; 4: 367-368)



Hernán Villarino

Este texto, breve en exceso, está constituido por cinco entrevistas realizadas a Jankélévitch en distintos periodos de su vida, de allí que no sea una reflexión metódica sino una conversación relativamente informal, que como todo diálogo se conduce por lo casual y lo fortuito y cuya dirección depende de lo que el entrevistador comprende, no comprende o simplemente malentiende. El lector, en estos casos, siempre termina dudando que se hayan hecho las preguntas pertinentes, o que se le haya dado las suficientes vueltas a lo oscuro y complejo.

Sin embargo, aquellas observaciones parecen ociosas en este caso, porque la primera afirmación de Jankélévitch es que la muerte es impensable. Titular el libro de la forma en que se hizo puede entenderse como una falsa promesa de que lo que allí se encuentra es una respuesta clara y objetiva del asunto, realizada por un filósofo de relieve. No obstante, con frecuencia se repite lo que Jankélévitch también reitera, es decir, que la muerte es impensable. ¿Pero lo es realmente?

Por un lado, Jankélévitch reconoce que al concepto de ser, desde Parménides, no le es esencial el dejar de ser, más bien todo lo contrario. Ni el no ser, es decir, la nada, puede venir al ser, ni el ser puede dejar de ser. Para una parte de la tradición filosófica desaparecer es un accidente y no una necesidad de lo que es. En torno a estos presupuestos se ejecuta una de las cavilaciones más originales de Jankélévitch, la que dice que es necesario morir pero que no es necesario que muramos ahora. Hay una necesidad que se posterga, una necesidad, por ende, que no es necesaria. La demora con que se registra en cada caso la muerte, el día preciso

de cuya ocurrencia siempre ignoramos, pareciera dar cumplimiento al dictado parmenídeo que, a la postre, gratuitamente, es abatido por lo azaroso e incomprensible que nos aniquila.

Por otra parte, pensar, en un sentido precartesiano, que es con el que generalmente se usa el término, consiste en atribuir predicados a un objeto. Ahora bien, si la muerte es la pérdida o extinción del ser realmente es nada, y como la nada carece de atributos no admite ningún predicado. No podemos, por ejemplo, decir que sea grande o chica, roja o verde, dolorosa o insensible, porque esos y otros predicados son de las cosas que son y no de la nada. Pareciera que en pocas circunstancias como en ésta cabe aquello de que frente a lo que no se puede hablar es mejor guardar silencio.

Pocas dudas quedan que respecto de la muerte nada se puede decir de modo objetivo, y como tendemos a creer que el pensar remite en exclusiva a lo objetivo, la muerte, a falta de objeto, resulta efectivamente impensable. Pero si esa vía pareciera cerrada a cal y canto, debemos recordar, además, que para Heidegger los hombres ponen regularmente la muerte en algún indefinido y nebuloso momento del futuro. Algún día moriré, repetimos todos, pero algún día. La muerte llegará cuando menos la esperamos, de modo que no tenemos que amargarnos la vida considerándola ahora, ni en realidad nunca. No sólo se trata que no podamos pensarla, tampoco queremos hacerlo.

Empero, no es tan sencillo finiquitar este asunto, porque la vida y la muerte van trenzadas en una y la misma urdimbre. Todo lo que hacemos, incluso comentar un libro, lo hacemos vislumbrando el cordón de la

muerte, porque de no ser mortales no haríamos nada, pasaríamos en un perpetuo recreo, vacaríamos y seríamos como vacas. En el cuento *Los Inmortales*, Borges ilustra la situación en que queda la vida cuando ya no puede morir.

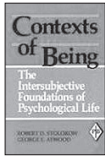
Por eso la muerte, si bien objetivamente es nada, existencialmente, en cambio, es todo. Sin ella, la vida tal como la conocemos sería imposible. De allí que la muerte propia sea el objeto predilecto del pensar cuando el pensamiento no se entiende sólo como mera progresión lógica, sino como manifestación de la existencia. Allí, en la existencia, lo paradójico, lo antinómico, lo irrepresentable, como dice Jaspers, son justamente la

sustancia pensada y el motor del pensar, pero porque son vividos. Mentar la muerte, o mejor dicho, el morir, aquello que ocurrirá a cada uno en su momento porque viene hacia nosotros y nosotros vamos hacia ella en cada instante de la vida, es abrir el horizonte en virtud del cual la vida tiene o puede tener algún sentido.

Este magnífico texto de Jankélévitch, apunta, creemos, en esta dirección, porque su meditación no remite a la claridad objetiva, que en lo relativo a la muerte y el morir propios sólo es comedia y enredo, refiere a una posición personal, es decir, a un compromiso existencial que se expresa como un símbolo o una cifra de la existencia propia.

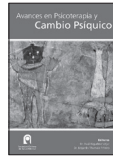
CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



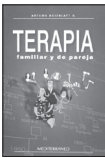
CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



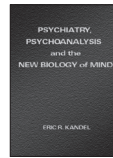
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



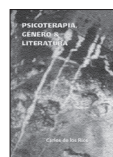
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



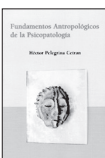
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

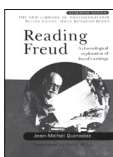


SCHIZOPHRENIC SPEECH

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



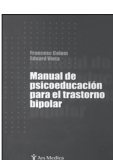
TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



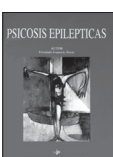
READING FREUD: A CHRONOLOGICAL EXPLORATION OF FREUD'S WRITINGS
 Autor: Jean Michel Quinodoz
 Ed: Routledge, Londres, 2004
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 236
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



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



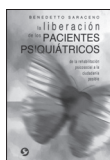
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



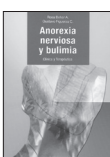
DRUGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



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



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



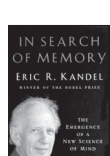
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



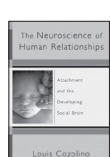
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



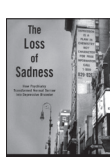
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



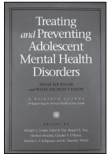
DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benzió Winograd
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254
 Compra: www.paidos.com



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



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



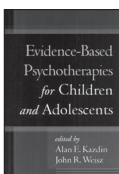
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



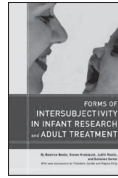
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



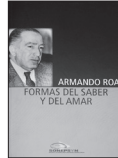
ENFERMEDAD, SÍNTOMA Y CARÁCTER
 Autora: Adriana Schnake
 Editorial: Cuatro Vientos, Santiago, 2007, 380 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 391-393
 Compra: www.cuatrovientos.net



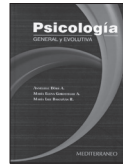
EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



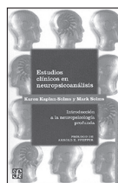
SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO
 Autor: Pedro Torres-Godoy
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34
 Compra: www.psicodrama.cl



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



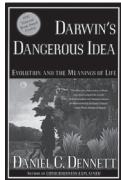
GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
 Editor: Dr. Hernán Silva
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile;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



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

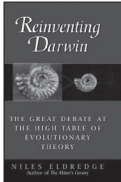


EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA. ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS DE LA FEMINIDAD
 Autora: Emilce Dio Bleichmar
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166
 Compra: www.libreriangeles.com.mx



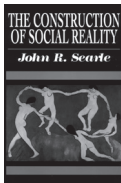
DARWIN'S DANGEROUS IDEA

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



REINVENTING DARWIN

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



THE CONSTRUCTION OF SOCIAL REALITY

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



PROBLEMAS DE FAMILIA

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



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

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



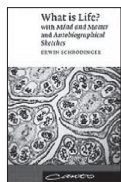
EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS

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



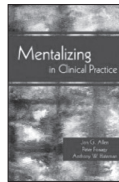
THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE

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



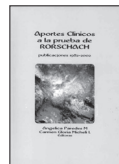
WHAT IS LIFE?

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



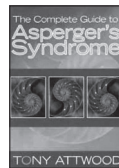
MENTALIZING IN CLINICAL PRACTICE

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



APORTES CLÍNICOS A LA PRUEBA DE RORSCHACH

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



THE COMPLETE GUIDE TO ASPERGER'S SYNDROME

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



WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING

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



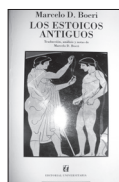
HISTORIA DE CHILE EN LA VIDA DE UN MÉDICO

Autor: Alfredo Jadresic
Editorial: Catalonia, Santiago, 2007
Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 24-28
Compra: www.catalonia.cl



KARL JASPERS: LA COMUNICACIÓN COMO FUNDAMENTO DE LA CONDICIÓN HUMANA

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

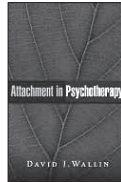


LOS ESTOICOS ANTIGUOS

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



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



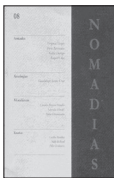
ATTACHMENT IN PSYCHOTHERAPY
 Autor: David Wallin
 Guilford Press, New York, 2007
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 301-302
 Compra: www.amazon.com



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



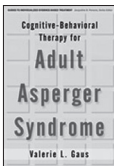
ATTACHMENT THEORY AND RESEARCH IN CLINICAL WORK WITH ADULTS
 Editores: Joseph Obegi y Ety Berant
 Guilford Press, New York, 2009
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 301-302
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



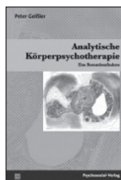
ENCUENTRO CON LA PSICOTERAPIA. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA RELACIÓN Y EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PARADOJA DE LA VIDA
 Autor: Jean-Marie Delacroix
 Editorial: Cuatro Vientos
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 177-179
 Compra: www.cuatrovientos.cl



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



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



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



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



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



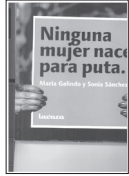
ESTRUCTURAS PSICÓTICAS, LÍMITROFES Y NEURÓTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL TEST DE RORSCHACH

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



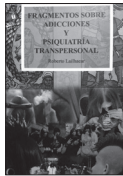
REPENSANDO LO PSICOSOMÁTICO: DESDE LO CLÍNICO A LO PSICOSOCIAL

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



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



FRAGMENTOS SOBRE ADICCIONES Y PSIQUIATRÍA TRANSPERSONAL

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



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



DOLOR HUMANO Y FE CRISTIANA

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



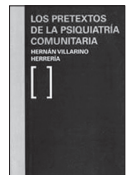
CREATIVIDAD, GENIO Y PSIQUIATRÍA

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



PSICOPATOLOGÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA SEGUNDA EDICIÓN

Autores: Carlos Almonte V., María Elena Montt S.
Editorial: Mediterráneo, 2012, 776 pp.
Comentario: Rev GPU 2011; 7; 4: 361-362



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



FENOMENOLOGÍA Y TERAPIA GESTALT

Marcos y Rosane Müller-Granzotto
Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 2009
Comentario: Rev GPU 2011; 7; 4: 363-366



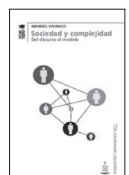
EMBUDOS MÁGICOS. DE METÁFORAS Y TERAPIAS: LA ESTRATEGIA METAFÓRICA

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



PENSAR LA MUERTE

Autor: Vladimir Jankélévitch
Editorial: Fondo de Cultura Económica, Argentina, 2004, 131 pp.
Comentario: Rev GPU 2011; 7; 4: 367-368



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

PSICOPATOLOGÍA Y CLÍNICA¹

(Rev GPU 2011; 7; 4: 375-376)

Sergio Peña y Lillo

En la *Gaceta* de junio del presente año el señor J. F. Alcalde expone una personal comprensión de la psicopatología y, en una “carta abierta al doctor Dörr”, supone similitudes con la reciente dicotomía propuesta por Dörr entre logopatías y timopatías.

Es obvio que sólo el doctor Dörr deberá opinar sobre las eventuales semejanzas entre ambas visiones. Este escrito no se propone intervenir en este diálogo y su única intención es aprovechar la ocasión para formular algunas reflexiones sobre la frecuente confusión que hoy día vemos, particularmente en algunos especialistas jóvenes, entre lo psicopatológico y lo clínico, posiblemente debido al esquematismo sintomático de algunos manuales norteamericanos que –no siendo clínicos– facilitan peligrosamente el diagnóstico con criterios de exclusivo interés para la codificación estática.

La psicopatología se ocupa de la clasificación global de los trastornos psíquicos, ordenándolos según las “tectónicas” de los planos anímicos especialmente comprometidos. Estas agrupaciones no son clínicas, pero tienen el mérito de ser una primera aproximación a una nosología que favorece su posterior estudio e individuación semiológica.

Lo clínico, en cambio, corresponde al estudio de la singularidad sindromática de cada enfermo, con el

propósito específico de establecer su patología personal y así poder formular adecuadamente su pronóstico y su terapéutica.

Lo clínico, en definitiva, es el “arte propio de nuestro oficio” y, al decir de Foucault² “el método original de la medicina”; es decir, aquello que la define como quehacer humano. El conocimiento de la enfermedad objeto de la psicopatología es sólo “la brújula” del médico, pero el diagnóstico clínico es más que el conocimiento de una patología; es su “reconocimiento” en el enfermo, a través de las perturbaciones ocultas en el organismo.

El diagnóstico clínico, entonces, y aquí reside su importancia, no depende de un mero saber psicopatológico sino que –por así decirlo– “cristaliza” en la mente del clínico, a partir de una personal intuición integradora tanto del conocimiento nosológico como –y tal vez esencialmente– de la experiencia obtenida a través del contacto con los propios enfermos.

Es por eso que la medicina no puede aprenderse en los libros, ya que la genuina patología es la “vivencia” que el paciente tiene de su dolencia y que se muestra al clínico en virtud de la observación inteligente de su expresión verbal y no verbal que –particularmente en psiquiatría– suele ser la que confirma el diagnóstico definitivo.

¹ Este artículo no tiene otro propósito que establecer las diferencias entre la visión globalista de la psicopatología y la singularidad sindromática del quehacer clínico.

² El Nacimiento de la Clínica. Siglo veinticinco Editores. S.A. México 1966.

En cierto sentido puede decirse que la clínica es la psicopatología en movimiento, ya que si ésta constituye la "gramática" de la medicina, la clínica es su "lenguaje vivo".

Ahora, si se considera que en psiquiatría no se dispone de la enorme tecnología de exploración complementaria que, en la actualidad, parecía ser lo más decisivo para muchos diagnósticos de la medicina somática, deberemos reconocer que en nuestra especialidad el conocimiento de la semiología diferencial y el rigor de la disciplina diagnóstica adquieren una singular e irrenunciable importancia.

Hay quienes creen que con el tiempo también dispondremos de métodos instrumentales capaces de decidir un diagnóstico. Personalmente no lo comparto. La complejidad de la vida anímica y el enigma de la causalidad intrapsíquica me hacen pensar que la psiquiatría no podrá ser jamás una ciencia exacta y que el diagnóstico clínico, que es siempre más fenomenológico que cuantitativo-formal, nunca podrá ser substituido por una simple ejecución tecnológica o un procesamiento mecánico y computacional.

SERGIO BERNALES¹

(Rev GPU 2011; 7; 4: 377-386)



“Al pedirme que cuente lo que hago y dónde estoy situado, lo primero que se me viene es que para ser medio solitario soy un fiel defensor de los vínculos y me he dedicado a trabajar por recuperarlos para mí y también profesionalmente.

En lo personal disfruto con mi familia ampliada y me nutro con 15 nietos que descubren día a día el mundo y me sorprenden.

En lo profesional, desde mis comienzos, ha sido lo que ocurre “entre” los seres humanos lo que me ha llamado la atención desde los tiempos del Hospital Psiquiátrico y del grupo que se constituyó cercano a Mario Gomberoff. De ahí partí para participar en la fundación del Instituto Chileno de Terapia Familiar, crear y dirigir la revista *De Familias y Terapias*, hacer un Magister de Filosofía en la U. de Chile, mención Ética y Filosofía Política, además de ejercer como docente parcial de la Universidad Alberto Hurtado y del Instituto de Neurociencias Clínicas de la Universidad Austral. Y muy contento de haber creado el espacio del Departamento Psicosocial que motiva esta entrevista.

Si me hubieran dado a elegir, y las culpas me hubieran dejado en paz, tendría como oficio leer novelas y textos de filosofía, además de mirar mucho cine, dos aficiones que me han ayudado más que muchas lecturas técnicas a comprender aristas de lo humano. Y como esta adicción lleva a escribir, algo he publicado en revistas y capítulos de libros”.

¹ Médico, Universidad de Chile. Psiquiatra. Terapeuta Familiar y de Pareja IchTF. Magister en Filosofía Universidad de Chile. Miembro de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología. Miembro Fundador, ex Presidente y Vicepresidente IchTF. Director Departamento Psicosocial IChTF (2005-2009). Fundador y Director de la Revista *De Familias y Terapias*. Coordinador Unidad de Terapia de Pareja: Enfoque Situacional IchTF. Docente y Supervisor clínico de Postítulo IchTF. Docente Magister Estudios Sistemáticos Avanzados de la Familia y la Pareja. U. Alberto Hurtado/Instituto Chileno de Terapia Familiar. Miembro del Comité Asesor Internacional de la Revista *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*. Publicación de la Asociación Sistemática de Buenos Aires. Profesor Adjunto Ad-honorem Universidad Austral Valdivia, Instituto Neurociencias Clínicas.

1. ¿Puedes contarnos de qué se trata el Proyecto psicossocial en el cual están trabajando desde el 2006?

Nuestro proyecto surge de hacer realidad un sueño que hemos tenido desde que se formó el IChTF, cual es extender a los sectores más vulnerables de nuestra población el modelo sistémico, mejor llamado por nosotros modelo contextual relacional, enfatizando con ello que las relaciones humanas cercanas pueden ser capaces de doblegar a contextos adversos en su objetivo de lograr un mayor desarrollo.

Esta aspiración se concreta con la oferta del Hogar de Cristo de darnos en sub-comodato la posibilidad de abrir una sede en el antiguo hospital San José. Dicha invitación es la concreción de varios años de trabajo en el programa de Adulto Mayor de dicha Fundación.

Una vez instalados, nuestro objetivo ha ido modificándose en el tiempo. En un comienzo trabajamos con una invitación a incorporar la terapia familiar en los programas de jóvenes con consumo problemático de drogas en conjunto con la Fundación Paréntesis, y con los programas de calle del Hogar de Cristo.

Con el tiempo hemos ampliado nuestro tipo de cobertura, acontecimiento que nos ha llevado a definir nuestra labor como una en que “nuestra acción se sitúa en la relación familia-operadores-agencias mediante un qué, un cómo y un con quién, tanto de planos lógicos como emocionales que establecen “posiciones” de poder”. Es en esa situación donde se desenvuelve una acción mediada que incluye preguntas relativas al acto que se quiere discernir (¿qué se hace?), por ejemplo, una consulta familiar, una supervisión de equipo, un encuentro entre distintas agencias, etc., la escena que emergió (¿cuándo y dónde?), el agente (¿quién lo hace?), la o las agencias (¿para qué y cómo se hace?) y el motivo (¿por qué se hace?).

Lo que nos importa es considerar las prácticas, la multiplicidad de objetivos, la tensión de los modos que facilitan o restringen la acción y cómo ellas se asocian al poder y la autoridad².

Una diferencia con el modo habitual de ejercer la terapia familiar en este nuevo contexto ha sido el trabajo con sistemas amplios (agencias sociales, municipios y programas psicosociales de diversa índole), y en ellos, la observación de variados niveles que se ligan a contextos de vulnerabilidad y exclusión social. Ha sido un fenómeno que nos ha inducido a hacernos algunas preguntas que hemos considerado relevantes; por

ejemplo, ¿por qué las razones éticas cuentan tan poco en el condicionamiento de las conductas humanas? y ¿Cómo articular desarraigo y razones éticas?

El desafío ha sido reflexionar sobre la claridad de la injusticia y la opacidad de la justicia con el fin de ver cómo participamos en la administración que deriva de normar alguna idea de bien después de la conmoción inicial que nos hace decir ¡qué injusto! cuando las acciones de una sociedad invisibilizan el daño a ciudadanos de ella. Y como no alcanza con saber de qué se trata el bien sino de deseirlo, nos ha interesado indagar además por el lugar que tienen la emoción y los sentimientos en las posturas éticas. Es un supuesto que deriva de aceptar que las emociones se construyen también desde lo social, pues es desde ahí que aprendemos a avergonzarnos, a tener confianza o temer, a compadecernos, y a pensar que nuestra mentalidad o la mera opinión cambia cuando cambian nuestros sentimientos. Podríamos incluso decir en un sentido abarcador que el propósito de la ética es el gobierno de las emociones. Ya Aristóteles lo señalaba cuando destacaba la importancia del *ethos*, entendido como carácter, en la formación del individuo, a lo que podríamos agregar que la modernidad le incorporó derechos y deberes, es decir, nos situamos entre virtudes (griegas) y derechos-deberes (modernos).

Pensamos que no es fácil construir una comunidad de sentimientos, pues en ella habrá que discernir entre aquello que viene determinado por la naturaleza de las cosas y aquello que depende de la interacción social. No es lo mismo enfrentar lo inevitable de envejecer que envejecer sin solidaridad. Hemos sido testigos de demasiados sentimientos de ofensa, vergüenza, rabia o desesperación en las familias que atendemos y es por ello que acordamos con H. Arendt³ cuando señala que lo opuesto a lo emocional no es lo racional sino la incapacidad de sentirse afectado. No afectarse, su contrario, caer en sentimentalismos o erigir un culto a la emoción, son para nosotros desviaciones de lo anterior.

Para concluir esta pregunta, es en un determinado contexto en el que “aparecerán ciertos sistemas determinados por un problema como consecuencia de su disfunción o la no consideración de la noción de dignidad, donde alarma, demanda y negación importan a diferentes sistemas asistenciales en historias que se prolongan en el tiempo y quedan inscritas en la red de conversaciones que sostenemos con familias y agen-

² S. Bernal, *Hacia un ideario del quehacer sistémico en el contexto de la exclusión social* (2008), revista *De Familias y Terapias*, Año 16 N° 26.

³ H. Arendt, *Contra la violencia*, (1970), Alianza Editorial, Madrid.

cias sociales"⁴. Pensamos que parte de todo lo anterior es lo que nos ha llevado a crear este espacio para nuestro Instituto.

2. *La idea sistémica que permea todo el proyecto parece fundarse en una premisa conexionista donde crear una red de sostén proveería de energía nutricia a todos los involucrados en esta red. Puedes contarnos ¿de qué manera se articulan los actores sociales, aun siendo difusos sus límites y lejanos geográfica y conceptualmente unos de otros?*

Hay una reflexión que se hace George Eliot en su libro *Middlemarch* que me llamó mucho la atención. Dice: "... que el bien aumente en el mundo depende en parte de actos *no históricos*; y que ni a vosotros ni a mí nos haya ido tan mal en la vida como podría habernos ido se debe, en buena parte, a todas las personas que vivieron con lealtad una vida anónima y descansan en tumbas que nadie visita".

Hay una idea muy sistémica en esa frase y que alude a lo contenido en la pregunta, la de la premisa conexionista donde crear una red de sostén proveería de energía nutricia a todos los involucrados en esta red.

Sin embargo, en nuestro trabajo, qué invisible aparece el sostén que otorgan muchos de nuestros consultantes, pues, como lo señala Sennet, la sociedad moderna carece de expresiones positivas de respeto y reconocimiento de los demás⁵.

Desde esa falta de reconocimiento enfatizamos la necesidad de proveer condiciones para que cada usuario de nuestros programas se pueda "ganar" el respeto que otorga "ser dignos de..." y hacerlo no de la misma manera como se gana el dinero sino a través de las diferentes formas que otorga el reconocimiento para hacer realidad la frase de Eliot, conectarnos como seres humanos integrales donde cada presencia importe.

Otra manera de verlo es preguntándose si el modelo sistémico provee alguna inserción en las "culturas de la empatía"⁶ como acto del observador que toma partido por alguien o narra la historia del otro como propia, es decir, viéndose con los ojos del otro. Así pasa en nuestro trabajo cuando agregamos, con imaginación narrativa, un eslabón a lo faltante, a las penurias o injusticias que se cometen a diario con los consultantes excluidos y nos trazamos un objetivo que prediga o re-

medie esa situación, construyendo con ellos un sistema más conectado al sistema dominante, ya sea desde la resistencia a él o de una nueva inserción, esta vez más inclusiva, y sólo debido a ello, adaptativa a él.

3. *¿Cuáles son las diferencias de este modelo con los de psiquiatría comunitaria habitual?*

Quizás deba ser el lector el que saque sus propias conclusiones acerca de parecidos y diferencias.

A mi entender, nuestro proyecto rebasa lo propiamente psiquiátrico, aunque no elude un quehacer cotidiano que integra tanto recursos psicológicos como sociales y sanitarios que permiten una mayor integración, no ya del enfermo sino del vulnerado y el excluido, es decir, no nos guiamos por el modelo médico sino por uno que hace advenir lo social a lo psicológico y lo psicológico a lo social en un contexto donde predominan sistemas sociales excluidores para un alto número de ciudadanos. En una frase, queremos ir más allá de la Salud Mental, incluyéndola.

Cuando empezamos nuestro proyecto nos preguntamos: ¿Cómo conservar las formas culturales de la buena vida cuando estamos insertos en un sistema que mantiene situaciones de exclusión social con vínculos rotos y comunicaciones humanas interrumpidas?

Como nuestro origen es el del quehacer clínico, pensamos que la singularidad de cada caso (persona, familia, agencia social, programa, etc.) queda delimitada a la especificidad de la vulnerabilidad de que se trate cuando somos consultados en una conexión que busca articular la relación persona-familia-instituciones involucradas-comunidad-Estado.

Es desde esa evidencia que indagamos e intervenimos en las causas que hacen posible la situación en cuestión. Lo corriente es que al efectuar una intervención nos encontremos que en la mayoría de las situaciones contamos con una familia o un sistema afectivo relevante, con un sistema singular y con recursos a que echar mano, muchas veces invisibilizados, pero que con preguntas abiertas y una escucha activa, hasta dejar que incluso los silencios hablen, hagan emerger historias de vida, relatos de vivencias, cursos biográficos y nuevas redes de conexión que permitan una nueva mirada que considere una construcción de la demanda, la identificación de circuitos problema, recursos no considerados, emergencia de ciertos patrones sobre los que se puede intervenir, contrastación transparente de las diferencias y acompañamiento de sus luchas por la obtención de respeto y dignidad.

En otro plano, nos interesa participar en la construcción de políticas públicas que atañan a la familia y crear instancias de discusión sobre qué hacer cuando

⁴ S. Bernales *op. cit.*

⁵ Richard Sennet, *El respeto*, (2003), Editorial Anagrama, Madrid

⁶ Fritz Breithaupt, *Culturas de la empatía* (2011), Editorial Katz, Madrid.

las diferencias de poder favorecen las condiciones de exclusión social, en especial cuando la materialidad de los “cuerpos” no es asistida con la dignidad que se merece y requiere de una ética crítica⁷.

Nuestra actividad se centra en caracterizar primero a la organización que nos requiere (sea ésta una familia, pareja, institución o programa social), diseñar a continuación una estrategia con ellos que dimensione los riesgos que están contenidos en la situación problema, explorar a continuación el tipo de exclusión social que padece y favorecer las redes sociales de apoyo para alentar su uso.

Una dificultad habitual es que las políticas públicas que inciden en la familia están diseñadas para actores sociales como tales y no en su calidad de miembros de una familia, ni para ésta como tal (salvo la del programa Puente planificado para integrar a las familias más pobres del país), condición que favorece muchas veces que la familia sea vista como adversaria del actor que es favorecido desde un programa (adulto mayor, hogar protegido para mujeres abusadas o maltratadas, jóvenes en riesgo de diversa índole, niños en hogares de protección, etc.) a pesar de que al finalizar dicho programa casi siempre ese actor vuelve a su lugar de origen, es decir, a su familia.

Parecería una obviedad la necesidad de integrarla, sin embargo para hacerlo es necesario un método relacional que lo haga posible y muchas veces éste no ha existido, ni hay coberturas económicas que lo permitan (muchas veces en los servicios públicos no se realizan terapias familiares o de parejas porque no hay un ítem donde meterlas), de ahí que nuestro modelo haya obtenido la aceptación creciente con que se nos ha favorecido.

Para nosotros, la observancia del modelo contextual relacional es un cambio en la manera de actuar en los procesos de interacción que requiere de destrezas que hay que entrenar y que son algo diferentes de las que se emplean *habitualmente* en psicología y psiquiatría en el sentido de la forma en que se invita a la familia a participar. Compartimos la mirada de favorecer la intersubjetividad entendida como darle la palabra al otro y respetar la diversidad de opciones para vivir en esta sociedad.

⁷ Tal como la han desarrollado Karl Otto Apel y Enrique Dussel en su *Ética del discurso y ética de la liberación* (2005), Editorial Trotta, Madrid; y Enrique Dussel en su *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión* (1998), Editorial Trotta, Madrid.

Cuando no se considera con seriedad crítica el imperativo moral que subyace a las leyes biológicas y jurídicas que nos rigen, en especial cuando el control se ha hecho extensivo a escudriñar los secretos de la vida mediante el higienismo, la eugenesia⁸ y la criminología heredados desde el siglo antepasado en occidente a través de la idea de *inmunidad*, entendida como aquella medida reguladora de la población que interviene en la planificación familiar, en los exámenes prelaborales, prematrimoniales, preescolares, campañas de vacunación y entrega de condones, exámenes de ADN como prueba legal, en fin, de todo aquello que nos hace sospechosos de vulnerar las inmunidades comunitarias. Lo que quiero destacar es la validez de analizar los dispositivos sociales que muestran que la política global toma lo biológico como fundamento de lo legal y operar, en cambio, desde una base teórica que valide prácticas micropolíticas y prácticas de resistencia como herramienta a considerar también en nuestro quehacer, en especial porque la base axiológica que nos rige es en cierto modo biopolítica en relación a la salud, la vida y la muerte⁹. Estoy de acuerdo con Esther Díaz cuando dice que “mientras más clara se tenga esta tergiversación de la salud en moral, más posibilidades existen de poder resistir estas normalizaciones”¹⁰.

De nuevo en la práctica de nuestro quehacer, además de tener una postura de ética crítica, protocolizar lo que hacemos requiere de la formación de destrezas que pongan en el centro la atención a los relatos vividos, dimensione riesgos, elicite recursos y acompañe la dimensión de lo micropolítico como condición necesaria.

⁸ El diario *El País* de España en su edición del 13 de diciembre del 2011 señala que EE.UU. compensará a 3.000 víctimas de esterilización forzosa para eventuales discapacitados intelectuales en la primera mitad del siglo XX. Un juez llegó a decir: “Es beneficioso para todos si, en lugar de ejecutar a los hijos que son degenerados por los crímenes cometidos, o dejarles morir de hambre a causa de su imbecilidad... se esterilizan”. Hasta hoy no existe en algunos Estados de USA un ley que prohíba dichas prácticas.

⁹ Ya desde Foucault hay todo un desarrollo comprensivo de lo social y el poder que se asienta en lo biopolítico, al punto que Ulrich Beck llega a afirmar que “lo bueno y malo para la salud se han convertido en el bien y el mal ético-social” (*La sociedad del riesgo mundial* (2008), Editorial Paidós, Barcelona).

¹⁰ Esther Díaz (2010), *Las grietas del control*, Editorial Blos, Buenos Aires.

4. *El equipo tratante parece estar al servicio de la misma red que atiende: ustedes capacitan, supervisan, cuidan los equipos de sensaciones de malestar y confusión que los llevan al burn-out. Pareciera ser necesario tener un modelo sistémico en mente para poder entender las funciones y lugares de desplazamiento de las mismas en un proceso de cambio. ¿El modelo puede ser aplicado si las corrientes psicoterapéuticas a las que adscriben los agentes de cambio son otros?*

Lo primero es observar que las políticas públicas funcionan con una epistemología individual en relación con la salud mental, y cuando no lo hace, no se refleja en los presupuestos o en las itemizaciones a la hora de llenar fichas y evaluar rendimiento.

Estar atentos a que nuestra propuesta implica un cambio epistemológico que incluye a la familia como un recurso y no como un adversario al que hay que mantener a distancia supone otro tipo de diálogo con las agencias sociales, en el cual debemos ser muy cuidadosos, avalar su experticia e invitar a una ampliación de la mirada desde la metodología específica ya antes enunciada.

Si agregamos a lo anterior una consecuencia corriente en este tipo de trabajo, cuál es la rotación de personal (malos sueldos, gente que hace sus primeras experiencias profesionales, situaciones vitales muy complejas, entre otras), nos ha sido imprescindible realizar talleres permanentes de formación continua y técnicas de autocuidado y cuidado de los equipos, con el fin de acoger dificultades y contener situaciones límites que constantemente aparecen.

Quisiera dar el ejemplo de un caso supervisado en el Diplomado que realizamos año a año para formar a profesionales que trabajan en la primera línea de intervención en diversos programas sociales.

Se trata de un joven de casi 20 años que consume pasta base en la ciudad de Penco y ha sido asistido por un programa mixto entre Conace y una agencia ligada a la sociedad civil.

Influida por el entrenamiento logrado, la profesional a cargo intervino con la familia como pudo, primero con la madre, después con el padre, incluso consiguió que ambos vivieran juntos para ayudar al joven, pero la persistencia de éste en su adicción la frustraba en sus esfuerzos de dar continuidad al trabajo terapéutico.

Al averiguar por otros recursos que pudiesen estar presentes, sólo una iglesia evangélica había sido más eficaz durante ciertos periodos, pero la oposición de este credo a cualquier tipo de medicación había hecho inviable su participación debido a la descalificación que sufrían por su ignorancia de parte de los otros programas sociales.

Nuestra posición, consecuente con avalar todo aquello que actúe en beneficio de nuestros usuarios, nos llevó a cambiar el foco de la conversación entre las agencias intervinientes consiguiendo una mayor apertura hacia aspectos religiosos poco considerados, ya que en el joven surtía un efecto beneficioso y de lejanía a la droga por periodos más largos.

Hacer este tipo de redefiniciones significa una metodología que requiere prudencia e ir paso a paso. Lo señalado antes sobre construcción de demanda, visualización del circuito problema, escucha activa, búsqueda de recursos ocultos, detección de pauta interaccional, determinaciones biológicas o culturales influyentes y mucha sintonía con la ayuda brindada por cada programa es una inversión que tiene etapas que hemos podido ir definiendo con el tiempo. Los resultados suelen ser alentadores en la mayoría de los casos en que hemos intervenido.

¿Cuándo hemos fracasado?

En general cuando los intereses políticos interfieren e impiden que podamos llevar a cabo un diálogo fructífero. Me refiero a lo político *partidista* imperante en nuestro país cuando dificulta la continuidad de programas que han sido efectivos y cambian su acento en desmedro de las personas que se han beneficiado de ellos.

Cuando el tráfico de droga y sus carteles impiden cualquier actuación nuestra. A veces, cuando razones de trastornos severos de personalidad o situaciones de extrema violencia nos impiden el acceso a una intervención.

¿Cuándo hemos logrado mejor nuestro objetivos?

En primer lugar cuando logramos posicionar la idea de la importancia de incorporar a la familia en programas sociales que no la incluyen y acordar una manera de hacerlo. Después, si logramos una mejor relación horizontal en los equipos de trabajo y un diálogo vertical con sus estructuras de poder. También cuando nuestros objetivos se ven avalados por organismos que agrupan diversos programas que se coordinan entre sí, tal como ha ocurrido con un municipio que nos pidió asesoría en materias de familia.

5. *¿Podrías dar un ejemplo que nos muestre cómo funciona el modelo con un caso concreto?*

Pondré como ejemplo un caso que nos es derivado desde un hogar protegido de niños que tiene como contraparte al sistema judicial y a la susceptibilidad de adopción de ciertos niños por supuestas negligencias de la madre. Lo hago a través de este ejemplo porque está siendo una demanda cada vez más frecuente, ya sea en su variante como instancia de protección o en tratamientos familiares a infractores de la ley.

Se trata de una señora de menos de 30 años que tiene 2 hijos vivos de dos convivencias y dos de un matrimonio.

Lo más importante de este relato guarda relación con evaluar cuándo una familia es capaz de vivir con sus hijos legítimos. La madre ha sido cuestionada como tal debido a una supuesta negligencia con su primera hija, la que falleció en circunstancias poco claras al año de vida, pero que fue calificada de culposa, aun cuando estaba a cargo del padre al momento de fallecer. De ahí en adelante esta madre se ha visto conculcada en su derecho a serlo. Los dos hijos siguientes están bajo la custodia de la suegra de esa época y los dos últimos en un hogar protegido, que es el que nos pide nuestra intervención.

Nuestro trabajo ha consistido en evaluar la disposición de la actual familia a ejercer el derecho de recuperar a estos dos hijos, ambos menores de 4 años. La familia está constituida por el padre, la madre y la abuela materna. Las dudas recaen sobre la madre, el padre se ha mostrado sistemáticamente competente y la abuela colabora asistiendo regularmente a visitar a sus nietos y ellos responden con mucha cercanía afectiva.

Una primera observación que podemos hacer es que para que los hijos vivan en familia la responsabilidad recae sobre la madre y no sobre el sistema familiar como tal, es decir, que exista un padre y una abuela acogedores y responsables tiene menos incidencia en devolverles la tuición. Una segunda objeción es que no se evalúa, en este caso, por el sistema judicial la relación de apoyo y la ayuda a desarrollar recursos que esta abuela y este padre puedan hacer sobre las competencias emergentes de la madre.

Con estos elementos hemos visto en cámara de Gesell al padre, la madre y la abuela durante varias sesiones. A ellas ha asistido además el psicólogo del hogar protegido en que están los niños. La idea ha sido discutir si esta madre está impedida de por vida para vivir con sus hijos, discutir si el marido y si la madre de esta señora la pueden ayudar o reemplazar con el fin que los hijos vivan con todos ellos.

Con posterioridad visitamos el hogar protegido con el fin de saber la posición del equipo del hogar respecto a los niños y el lugar donde deberían vivir en el futuro.

Una vez acordado con ellos que los niños quieren y echan de menos a sus padres, que éstos los visitan regularmente y cumplen las exigencias que se les hacen, iniciamos una defensa del derecho de estos niños de vivir con su padre, su madre y la abuela. Para ello efectuamos cuatro nuevas acciones.

Una fue agenciar en el juzgado una nueva oportunidad para estos niños de volver a su casa, situación que obliga a un nuevo peritaje de la madre que revoque el antiguo. Otra fue tener una sesión con los niños, los padres y la abuela para observar espontaneidades en la relación afectiva y modos integrales de hacerse cargo. La tercera fue supervisar el video con distintos especialistas en terapia familiar con niños a fin de avalar nuestras propias observaciones. La cuarta ha sido coordinar con los diferentes sistemas ampliados (juzgado, hogar protegido) los distintos pasos a seguir.

Esta terapia sigue en curso y hasta ahora los logros han sido: rescatar a los niños como sujetos de derecho y poseedores de un historia que merece ser vista y respetada; rescatar a la familia como el sistema a cargo y no sólo a la madre como responsable única; acordar con las agencias intervinientes las mejores acciones a seguir en las diferentes instancias; respaldar a la familia en un espacio judicial que la limita en sus derechos; co-construir con la familia la manera de hacerse cargo de un modo que asegure la protección de los niños; hacer un seguimiento largo del proceso en el tiempo; responderle al sistema judicial con un peritaje serio e independiente, acerca de las competencias de la madre.

Finalmente, videamos todas las sesiones y protocolizamos cada uno de los pasos realizados.

6. Uno de los elementos novedosos del modelo consiste en considerar a las familias de los sectores excluidos y vulnerados de la sociedad no como un problema que desde su estructura favorece factores de riesgo psicosocial, sino más bien como un recurso que, por falta de oportunidades, no han podido desplegar sus potencialidades. ¿Cuándo éste es el principio rector? ¿Qué acciones se derivan de él?

Las acciones que derivan de focalizar en la aparición de recursos no vistos en las familias o agencias consultantes apuntan a fijar como objetivo de ellas la construcción de ciertas intervenciones que hagan evidente los lados fuertes existentes como un modo básico de validación del otro. Queremos impedir cualquier intento colonizador de ambas partes, el de pedagogo de nuestra parte y el victimalidad de parte de ellos (no confundir con la realidad de ser víctimas); el primero corre el riesgo de apuntar con *el dedo de Dios*, el segundo el de fomentar prácticas asistencialistas que les quita protagonismo en la búsqueda de soluciones.

Pensamos que en la vida corriente cada familia ha desplegado el mejor comportamiento adaptativo de que son capaces, muchas veces con resultados disfuncionales, sea por dificultades propias que hay que

dimensionar, sea por las exclusiones sistémicas de que son objeto y que hay que denunciar.

Para que lo anterior sea viable privilegiamos y nos centramos en pequeños logros, de manera que vuelvan a sentir que están en condiciones de retomar el control de sus vidas de un modo creciente recuperando con ello la confianza en sus capacidades. Importa para lograrlo que nos aboquemos a escuchar la historia como algo legítimo y no como una lista interminable de errores, acoger el dolor, el daño, y las dificultades que han aparecido en el curso de ese curso biográfico. Explorar el uso de las redes sociales e incentivar su uso, aumentar la red de apoyo cercana y la participación de terceros en la solución de ciertos problemas (una tía, un profesor, una asistente social, un vecino, una abuela, etc.). Al hacerlo resaltamos las interacciones que resultan y generan vínculos, lo mismo las estrategias que han sido exitosas. Finalmente, dedicamos un tiempo a las zonas libres de problema y de conflicto. Y al humor.

El resultado se puede medir. Una variable central ha sido el mejor uso de la red, que les ayuda a salir de la soledad que los confina a una marginalidad de algún tipo, dependiendo de la situación.

7. Si partimos de daño, llegamos a asistencialismo, si de desafío a despertar recursos. ¿Esto ha generado nuevas distinciones a la hora de evaluar pronóstico que difieran de los característicos riesgos sociales?

En parte esta pregunta ya ha sido contestada en las disquisiciones anteriores. Me gustaría agregar la importancia que puede tener un programa como el Puente¹¹ si se lo ejecuta bien. Este año se nos pidió de parte de Unicef y Fosis que capacitáramos a los apoyos familiares y regionales en destrezas interactivas para cuando realicen las visitas a las familias que han hecho un contrato cooperativo en su deseo de salir de la extrema pobreza.

Lo hicimos a través de varios cursos que llamamos “La familia como sujeto activo en el programa Puente: una mirada centrada en los recursos” y cuyo eje central

es ver a estas familias como sujetos partícipes en la construcción de políticas dirigidas a ellas.

En su ejecución, las variables que se asociaron a logros estuvieron relacionadas con el equipo de trabajo (los apoyos familiares que visitan y se coordinan con las familias), las redes locales, las características con que las propias familias se tipificaban y el operador concreto del caso.

Para llevarlo a cabo diseñamos algunas “ideas fuerza” que desplegamos a través de ciertos contenidos a lo largo de los cursos. Algunas de estas ideas fueron: “detrás de cada puerta hay un mundo”; “quien toca la puerta trae consigo un mundo”; “somos en contexto, estamos en relación, producimos contextos relacionales”; y “como acceder al otro: el valor de las preguntas”.

Los contenidos de los distintos módulos se dividieron en: Cómo mirar (a las familias participantes); cómo conocer (los modos de acceder al otro y las organizaciones que se da); para qué conocer (la necesidad de articular un foco de trabajo); con qué contamos (el énfasis en un modelo centrado en los recursos); modos de seguir los casos (construcción de un método de análisis).

El objetivo de hacer esta capacitación ha sido replicar un método de trabajo con este tipo de familias a lo largo del país que culminó con un informe público sobre la manera de ejecutarlo. El resultado ha sido evaluado de manera muy satisfactoria por los más de 60 participantes y ha sentado una base de replicación del curso para el resto de los profesionales que trabajan allí.

8. Desplazar conceptos y crear nuevos como el de “Dignidad Crítica” va perfilando una nueva ética social en la que “todo es valorable”o, mejor aún, “nada se desecha, sino que se recicla”. Aparece lo anterior como una signa revolucionaria en tiempos donde el “cambio” es tan valorado. ¿Qué ecos ha tenido esto entre las instituciones donde ustedes se mueven?

La noción de *dignidad* y la de *ética crítica* requieren de un pequeño desarrollo para entender el alcance que queremos darle y el eventual impacto que pueda tener o ya ha tenido.

Hablar de dignidad humana alude a pensar en las diferentes formas de negar al otro. En un artículo anterior¹² se me aparecían ciertas preguntas ligadas a nuestro quehacer: ¿Cómo acercarse al otro cuando éste no es un ser hipotético o teórico, sino un ser de carne y hueso que pertenece a un grupo (etnia, religión, cla-

¹¹ El programa Puente es una oportunidad que se le brinda a las familias más vulnerables de salir de su condición de extrema pobreza. Se trata de una puerta de entrada para aproximadamente 210 mil familias que involucra a casi 850 mil personas (un 5,7% de acuerdo a la CASEN del año 2000). Para llevarlo a cabo, más de dos mil quinientos monitores han sido formados para dar apoyo psicosocial a las familias que lo contratan libremente y se ejecuta en los hogares de dichas familias. Dicho apoyo se ha dividido en áreas de Identificación, Salud, Educación, Habitabilidad, Trabajo e Ingresos.

¹² S. Bernales, *Hacia un ideario del quehacer sistémico en el contexto de la exclusión social*, revista *De familias y terapias*, Año 16, N° 26, Diciembre 2008.

se, etc.) distinto que el mío?... ¿Cómo juzgar al otro sin ponerme en el lugar de él?... ¿Cómo revalorizar el encuentro con el otro como un acontecimiento de responsabilidad para con él, algo que pueda ir más allá de la mera igualdad?

Recuperar la dignidad humana es entonces no negar al otro, cualquiera que sea su condición. La ética crítica surge como una respuesta a situaciones en que la dignidad ha sido mancillada y sugiere un cambio desde una ética de la compasión a una de la solidaridad. Se materializa en cada uno de nosotros, como dice Dussel¹³, "en un continuo inseparable que va desde el cuerpo físico hasta las funciones mentales que se insertan en el desarrollo y cultura humana, y en donde la sola autoconservación del sistema social vigente termina oponiéndose a la reproducción de la vida humana".

Aclarados aspectos importantes de nuestra postura, puedo agregar que al ser nuestra propuesta una que considera darle la voz a las familias que sufren exclusión o vulnerabilidad social, a las agencias que con esfuerzo construyen programas desde la sociedad civil y a ciertos estamentos del Estado que buscan ejecutar políticas públicas a favor de los sectores con riesgo social, la acogida ha dependido de si nuestra metodología ha tenido impacto en las familias, las agencias o la comunidad en que éstas se insertan.

Hasta ahora hemos recibido buenas evaluaciones del Hogar de Cristo, la Municipalidad de Peñalolén, Codeni, Coanil, Puente, distintos hogares protegidos de niños, algunos Cosam, distintos Servicios Regionales de Salud, Fundación Paréntesis, Conace, Sename, Hogares semicerrados para jóvenes infractores de ley, algún otro que se me olvida y de nuestros alumnos asistentes a los Diplomados abiertos que hemos efectuados en nuestra sede.

9. *¿Cómo lo anterior cambia la práctica del encuentro con la familia vulnerada y excluida? Por ejemplo, ¿hay niveles de alarma que los hagan actuar preventivamente ante el daño inminente?*

Cuando emprendimos este trabajo, nuestro aprendizaje estuvo ligado a caracterizar lo que se denominaba familias multiproblemáticas y multiasistidas (hoy las llamamos familias organizadas y desfavorecidas), pero con el tiempo nos dimos cuenta que empezar con un rótulo negativo perpetuaba la disfuncionalidad o una mirada reparatoria y adaptativa a un sistema dominante que algo tenía que ver con la mantención de la exclu-

sión de este tipo de familias a través de brindar menos oportunidades y a mantener diferencias en la distribución de los ingresos que cronificaban la situación que se quería enmendar. Hay un trabajo británico¹⁴ que ha estudiado la aparición de variados problemas psicosociales en los países desarrollados, que indica que después de obtenido un cierto nivel de estabilidad económica las causas de su aparición tienen que ver más con la distribución del ingreso que con la necesidad de cubrir necesidades básicas ya resueltas. Muestran que la calidad de las relaciones sociales está construida sobre bases materiales y que la escala de las diferencias de ingreso tiene un poderoso efecto en cómo nos relacionamos con el otro, mucho más que culpabilizar a los padres, a la religión, a los valores, a la educación o al sistema penal. La escala de desigualdad permite una política pública poderosa que hace de palanca para el bienestar psicológico de toda una sociedad.

Es cierto que en Chile no se han alcanzado esos niveles mínimos, pero sí existe el factor de la imitación que busca el mayor *status* mediante símbolos que igualen pertenencias con aquellos que definen cuáles son los que los dan.

Con estos elementos hemos estudiado lo que llamamos situaciones emblemáticas que potencian la desigualdad en diferentes niveles. Hemos encontrado las siguientes, de acuerdo a tipos de situaciones con casos tratados que las han representado: situaciones de maltrato y abuso, consumo problemático de drogas, infracciones a la ley, abandono de hijos y niños institucionalizados, discapacidad de diferentes tipos que inciden en el desarrollo y en las relaciones familiares, abandono social (situación de calle), migración desventajosa, necesidad de intervenciones en crisis y dificultades en la relación entre institucionalización, familia y redes de apoyo.

Cada una de ellas ha requerido intervenciones singulares pues el tipo de exclusión y de vulnerabilidad ha sido diferente. En un caso se trata de visualizar los lados sanos de un chico que consume, en otros de levantar a un padre esforzado y culpabilizado, en un tercero de empoderar a una mujer maltratada suministrándole nuevas redes, o de iniciar una acción que involucre a varias agencias que atienden a distintos miembros de una familia y no han mirado la posibilidad de sinergizar sus recursos; por último, de aunar los esfuerzos de un municipio para que articulen sus diferentes programas sociales a través de su oficina de desarrollo

¹³ Dussel, Enrique (1998), *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*, Editorial Trotta, Madrid.

¹⁴ Richard Wilkinson and Kate Pickett, *The spirit level (Why equality is better for everyone)*, Penguin Books (2009).

comunitario. Lo común de todos ellos es haber incidido en un cambio en el patrón de perpetuación del circuito problema mediante la emergencia de nuevos recursos no considerados y que surgen de una escucha diferente que potencia lo que alguna vez funcionó y se abandonó o de aquello que aparece como novedoso en la actitud y conducta de una persona a la que se la había visto siempre de una única forma. Es abrirse a la sorpresa y a la contrastación transparente.

Cabe señalar que lograrlo requiere de otra temporalidad y de evaluar como algo positivo la reducción de daños y los avances en cursos de vida muy menoscabados como un factor de función reflexiva creciente.

10. *¿De qué manera construyen la intervención de modo de construir un tipo de encuentro que sea un "acontecimiento fundacional de la dignidad" que valore al otro en su particularidad y lo sume a la supervivencia del colectivo?*

Una idea tomada de Foucault sostiene la posibilidad de una ética inmanente, es decir, transformar la vida humana que nos viene de los poderes establecidos y que hoy se ejerce desde un *mundo que penetra en el hombre* tanto natural como artificialmente por una que nos venga de una construcción de la subjetividad que recupere la antigua idea de que *es el hombre el que se proyecta en el mundo* interactuando con un otro de un modo constitutivo.

¿Cómo llevar a cabo esa tarea en las terapias de familias o asesorías a agencias que trabajan en los márgenes de la sociedad?

Apel señala que toda argumentación es imposible sin la aceptación de una igualdad de derechos y sin renunciar a la violencia; Dussel agrega que la solidaridad con el vulnerado y excluido sólo es viable si nos permitimos una posición crítica frente a las situaciones de opresión¹⁵. De esta manera, cualquier solución racional entre pretensiones e intereses en conflicto pasa por reconocer un tipo de desigualdad radical en muchos seres humanos en la actualidad, algo que sólo ocurre desde la solidaridad, en un encuentro con el otro que vive esa realidad. Se trata de ir del reconocimiento de la dominación a la interpelación y del respeto a la comprensión y argumentación.

Señalaba antes un cierto tipo de casos y situaciones emblemáticas con que nos topamos. En cada uno de ellos la construcción de un acontecimiento fundante de dignidad pasa por esta doble tarea, la

de recuperar al más débil dentro del sistema y la de la conformación de una red que desafíe los hiatos mantenedores de exclusión. Así, en una situación de un joven que delinquiró robando en un supermercado, no se separó la acción transgresora de la comprensión de una dinámica familiar que la ha hecho posible, no sólo por razones psicológicas o de conflictos internos sino por las condiciones de soledad en que ha vivido el joven debido a la necesidad de los padres de sumar dos sueldos que ni así alcanzan, de vivir en un barrio poco contenedor y de vecinos vigilantes, pero no solidarios. En ese contexto, el muchacho divide a los padres, la madre se desespera y lo denigra; el padre se hace el leso y con eso le expresa a la madre lo abandonado que también él está. Al igual que el hijo, el padre tampoco es visto en sus méritos. Con el correr de las sesiones aparece un adolescente con condiciones artísticas poco reforzadas, un padre orfebre de ratos libres, pero desvalorizado, una madre empeñosa y sin un gran repertorio de conductas o actitudes positivas, una hermana menor de la que el joven se hace cargo con buenos resultados cuando se acompañan en sus dos soledades. La emergencia de estos aspectos junto a la comprensión de lo difícil que es salir airoso con tan poca red permitió, después de alrededor de 8 sesiones, un cambio de colegio del antiguo ladrón, la búsqueda exitosa de una práctica profesional (estaba en un liceo técnico), una alianza de los padres como eje parental que se reforzó gracias a una escucha diferente en la relación conyugal al darse cuenta que ambos estaban dispuestos a cambiar su modo de ejercer el poder y de cuidarse.

Hoy, después de dos años, nos hemos encontrado casualmente con la madre, la que nos refiere que el chico trabaja en el mismo lugar del padre y está bien calificado. La situación merece un pequeño comentario, pues al ver en un espacio público a la terapeuta del caso que trabajó con ellos delante del espejo en la cámara de Gesell, se esforzó por acercarse y contarle el cambio favorable en su vida familiar.

11. *Ustedes se han abierto más allá de Chile para replicar algunas prácticas exitosas ¿cómo ha sido esta experiencia?*

Yo pienso que han sido varias las experiencias que nos han marcado y que hemos querido replicar a nuestra manera. Una de ellas han sido las visitas a Chile de terapeutas que han trabajado con sistemas amplios, entre los que cabe mencionar aquellos que han venido a través del convenio que mantenemos con Ackermann Institute de Nueva York, entre los que destacan Jorge Colapinto y Eva Imberblack. A eso podemos agregar

¹⁵ E. Dussel y K.O. Apel (2004), *Ética del discurso, Ética de la liberación*, Editorial Trotta, Madrid.

diversas lecturas¹⁶ y otras visitas como Celia Falicov en todo lo que significa el trabajo intercultural y algunas fugaces como la de Pat Minuchin.

Una variante nos ha venido desde la Psicología Positiva, en especial en aquello que significa apreciar al otro y reconocerle sus recursos.

Otro aporte importante ha sido la implementación del protocolo de conductas de riesgo elaborado por M. Packman¹⁷. Finalmente, y menos relevante ha sido la

lectura atenta de la Terapia Multisistémica¹⁸ para orientarnos en una concepción en el trabajo con jóvenes con perturbaciones conductuales severas.

Sin embargo, no puedo dejar de mencionar la importancia de estudios interdisciplinarios, tanto filosóficos como sociológicos¹⁹, pues ellos han constituido una fuente importante de lo que hemos estado elaborando como proyecto todavía en curso.

¹⁶ Bob Bertolino, *Terapia orientada al cambio con adolescentes y jóvenes* (2006), Editorial Paidós, Barcelona. Jaques Donzelot; *La policía de las familias* (2008), Editorial Nueva Visión, Buenos Aires; Eva Imber-Black, *Familias y sistemas amplios* (2000), Editorial Amorrortu, Buenos Aires; Patricia Minuchin/ Jorge Colapinto/ Salvador Minuchin, *Pobreza, Institución, familia* (2000), Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

¹⁷ Hay un capítulo de él en el libro *Terapia familiar y de parejas* (2006) Editorial Mediterráneo, Santiago, de donde sacamos la idea y después de una comunicación más personal con él.

¹⁸ Scott W. Henggeler PhD, Phillippe B. Cunningham Phd, Sonja K. Schoenwald Phd, Charles M. Borduin, Melisa D. Rowland MD, *Serious Emotional Disturbance in Children and Adolescents: Multisystemic Therapy* (2002) and *Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents* (2009) Guilford Press, N. York.

¹⁹ Ya mencionados a lo largo de la entrevista.

REVISIÓN

EL PACIENTE MINDFULNESS: UN VIAJE ENTRE LA CURA Y LA LIBERACIÓN

(Rev GPU 2011; 7; 4: 387-395)

Ricardo Pulido¹

INTRODUCCIÓN

El encuentro fecundo entre meditación y psicología occidental es un fenómeno reciente, aunque tiene antecedentes antiguos. Mark Finn (2003) distingue tres grandes momentos de esta relación. La primera es un periodo de crítica a la meditación y en general a toda práctica espiritual por parte del saber occidental. Un ejemplo claro es el ensayo que Franz Alexander, el fundador de la medicina psicosomática, que presentó en el VII Congreso de la Sociedad Internacional de Psicoanálisis en Berlín en el año 1922. Su ponencia se llamaba "La práctica de la meditación como catatonia artificial"; y comenzaba con la siguiente pregunta: "¿En qué consiste la teoría nihilista de Gautama Buda y qué influencia tiene sobre sus discípulos y quienes siguen su enseñanza?". El ensayo es básicamente una equiparación de los cuatro estados de la meditación descritos en algunos textos budistas con cuatro estadios regresivos del desarrollo libidinal del individuo. Por ejemplo, al primer estadio, *Jhana*, descrito como un retiro de las percepciones del mundo para poner la atención en un solo objeto, se le asociaría una autoobservación sádica de tinte melancólico. Más aún, señala que ésta sería una melancolía inducida experimentalmente y que la superación de ella correspondería al segundo estadio meditativo, donde la libido se retira totalmente del mundo y se vuelca sobre sí misma produciendo un es-

tado de goce que el psicoanalista asimila a una condición narcisista... "un orgasmo difuso por todo el cuerpo" (pág. 261). El tercer estadio sería una regresión hacia la esquizofrenia, y finalmente la cuarta fase correspondería a una demencia esquizofrénica, equiparando de este modo el *Nirvana* con una regresión profunda a la vida intrauterina. Como pueden ver, el resultado de este primer encuentro no podría ser otro que el cierre completo del movimiento psicoanalítico a este tipo de prácticas consideradas como regresiones narcisísticas, estados patológicos o ambos (Rubin 1996).

La segunda etapa de este diálogo corresponde a un periodo de redescubrimiento, es el periodo conocido como el *New Age* que se difundió entre los años sesenta y ochenta. Aquí encontramos uno de los textos clásicos del encuentro entre ambos mundos: *Psicoanálisis y Budismo Zen* de D.T. Suzuki y Erich Fromm publicado por primera vez en 1960. A partir de estos escritos, del trabajo de Jung, Reich, de la Gestalt de Perls, del Tao de la Física de Capra, del Proyecto Atman de Wilber, entre otros, la tradición oriental comienza a ser revalorada, generándose una nueva esperanza en el individuo occidental, que después de la II Guerra se mueve hacia una profunda transformación social y, al mismo tiempo, un sentimiento de rechazo y desprecio por las formas más tradicionales de su propia cultura. Se produce una suerte de idealización de lo oriental con la concomitante devaluación de Occidente. En este periodo, psicoter-

¹ Unidad Mindfulness, Facultad de Psicología - Universidad Alberto Hurtado.

pia y prácticas de desarrollo espiritual son vistas como antítesis. Se hacía la una o la otra. En otras palabras, era muy difícil y raro encontrar pacientes meditantes o meditantes que asistieran a terapia. Y lo mismo con los terapeutas de las escuelas más tradicionales como la psicoanalítica y la cognitivo-conductual. Por supuesto hay grandes excepciones: de hecho podemos pensar en el posterior movimiento de la psicología transpersonal, pero aun en este caso, es más una hiper valoración de Oriente que una verdadera integración con nuestras tradiciones de conocimiento y sabiduría.

El paso de los años mostró que aquella esperanza puesta en las prácticas orientales no trajo los frutos deseados, principalmente porque el esfuerzo que exige una práctica seria y profunda no es fácilmente compatible con nuestra cultura, con nuestra cotidianidad y estilos de vida. Comienza así un lento proceso de integración y síntesis que es el que actualmente estamos viviendo. Seguramente las dos figuras más importantes de este nuevo movimiento son el biólogo chileno Francisco Varela y el Dalai Lama. El primero, representando al científico duro, experto en investigación, filosofía, fenomenología, pero que a la vez, y sin renunciar a su tradición, se muestra interesado y comprometido con las prácticas de meditación y con una vía de liberación. El segundo, representando al líder espiritual, al maestro, experto en meditación y en experiencia interior, pero que a la vez se interesa en la ciencia, en el conocimiento y en el diálogo con el mundo occidental. Este encuentro producirá un vuelco, una apertura y una legitimación recíproca. Desde los años ochenta hasta hoy se ha ido produciendo este encuentro progresivo y sistemático de integración de Oriente y Occidente de un modo cuidadoso y respetuoso de la propia condición social y cultural. Hay muchos connotados científicos e intelectuales occidentales que desde entonces han desarrollado sus trabajos incorporando las prácticas meditativas de Oriente. Richard Davidson, Jeremy Safran, Joyce McDougal, Antonio Damasio, Paul Ekman, Daniel Goleman y Jon Kabat-Zinn son algunos ejemplos destacados. Aparecen también algunos libros muy importantes en este nuevo acercamiento: *The couch and the tree: dialogues in psychoanalysis and buddhism* editado por Anthony Molino publicado en 1998, *Psychoanalysis and Buddhism* editado por Jeremy Safran publicado en el 2003, y por supuesto *Thoughts without a thinker* y *Psychotherapy without the Self: A Buddhist Perspective* dos importantes libros de Mark Epstein publicados en 1995 y 2008 respectivamente.

En estos libros se hace mención a este proceso de integración. Por ejemplo, se describen casos de practicantes que utilizaron por años la meditación como

refugio de sus propios conflictos y neurosis. O casos de instructores o maestros que, sin conocimiento de las dinámicas transferenciales, ignoraban ciertos procesos psicológicos que se despliegan en algunos de los practicantes más frágiles y traumatizados, estancándose no sólo el desarrollo espiritual del alumno, sino también su salud psicológica. Se describen también ejemplos de terapeutas que trabajan desde la práctica meditativa y que orientan el trabajo de sanación hacia una posterior liberación y no hacia una mera adaptación psicosocial. En otras palabras, se comienza a reflexionar sobre los límites y posibilidades que cada proceso entrega, sin despreciar o idealizar ninguno de éstos, sino más bien comprendiendo el alcance específico de cada uno y la necesidad recíproca entre ambos.

En Chile este encuentro también ha estado produciéndose. Por ejemplo, en relación con la actividad clínica, en el 2010 se abrieron talleres de reducción de estrés basados en la meditación (MBSR) en la Universidad Alberto Hurtado, en la Universidad Adolfo Ibáñez y en el Hospital Sótero del Río, al mismo tiempo que en el hospital del Salvador se han seguido implementando con éxito las terapias conductuales dialécticas para pacientes con trastornos severos de la personalidad donde la práctica *mindfulness* es parte importante del tratamiento. Por su parte, en el ámbito de la investigación, un grupo de investigadores de las universidades de Chile y Católica liderados por Juan Pablo Jiménez, se adjudicaron un proyecto FONIS para capacitar a médicos de atención primaria en técnicas *mindfulness* para mejorar su ejercicio profesional y, asimismo, en el VII Congreso Anual de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN) se presentaron los resultados exitosos de un programa de reducción de estrés basado en la meditación aplicado en un grupo de funcionarios de la salud (Medeiros y Pulido, 2010). Todas éstas son experiencias que se basan en el trabajo silencioso de tantos instructores de yoga y meditación, y de meditantes con más de 30 años de práctica, que han sostenido el camino meditativo en un contexto mucho más reactivo y desconfiado de este tipo de prácticas que el que vivimos en la actualidad. En efecto, hoy en día el terreno está fértil y ávido. De hecho, cada vez son más las personas que sienten la necesidad de aprender y embarcarse en procesos de transformación meditativa. Asimismo, cada vez son más los profesionales de la salud y de la educación interesados en utilizar la meditación en sus ámbitos laborales. Esto constituye una oportunidad y al mismo tiempo un riesgo. Una oportunidad porque este conocimiento puede expandirse y ser de beneficio a muchos, sobre todo a los servicios de salud usualmente colapsados e impotentes ante un sinnúmero de

casos. Oportunidad, también, de que nuestro modo de entender la salud cambie radicalmente potenciando el autocuidado y la autoconciencia. El riesgo es que al expandirse se tecnifique y que en lugar de tener profesionales meditantes empecemos a formar profesionales que conocen una nueva técnica de tratamiento. Esto es algo importante: la meditación puede ser una técnica, un vehículo, pero ese vehículo transporta algo de un orden distinto al de la técnica: transporta un modo de estar en relación consigo mismo, con el mundo y con el otro, y es eso lo que finalmente ayuda, cura y libera, y eso se transmite de corazón a corazón, *ishin-denshin* como dicen los japoneses, y no de profesional a paciente, o de técnico a aprendiz.

Precisamente la necesidad de salvaguardar el lugar de la autenticidad en la relación con el paciente es el espíritu que anima el presente artículo, y su objetivo principal es poder ofrecer algunas reflexiones y distinciones acerca de los terrenos donde meditación y psicoterapia se entrecruzan y los lugares donde en cambio deben mantenerse como procesos y prácticas diferenciadas. El texto comienza con una reflexión histórica de los orígenes de estas dos disciplinas para luego mostrar los resultados de un estudio piloto que busca rescatar la voz que pacientes-meditantes –es decir, pacientes *mindfulness*– tienen sobre la integración y diferenciación de estos dos procesos. Si bien las ideas que aquí se exponen tienen un sesgo budista y psicoanalítico, en términos gruesos son generalizables al resto de las tradiciones contemplativas y psicoterapéuticas.

LIBERACIÓN Y CURA

El budismo y el psicoanálisis parten de experiencias diferentes, por lo que considero que no es necesario equipararlos como dos caminos similares hacia la liberación del sufrimiento, como pretendieron algunos analistas occidentales, tales como Alexander y Jung. En general, Occidente se ha ido distanciando paulatinamente de sus caminos tradicionales de salvación o liberación. El psicoanálisis ha contribuido a ello analizando, por ejemplo las religiones monoteístas. De hecho, el mismo psicoanálisis debe vérselas con el nihilismo larvado en la base de sus postulados (recordemos que la teoría freudiana se inspira en Darwin y en una visión materialista del sujeto²). Por ello, constantemente busca

instalarse en un lugar de privilegio respecto a las otras corrientes terapéuticas: el psicoanálisis no se conforma con ser una medicina como otras, busca y se propone como algo más, como un método para la transformación del sujeto, o dicho en términos algo más técnicos, para la subjetivación de la persona. De aquí que al abrir la mirada hacia el budismo intente ponerse en el mismo sitio: el budismo sería para Oriente lo que el psicoanálisis es para Occidente.

Pero hay una pregunta al origen que marca la radical diferencia entre ambos. Freud y Buda se mueven por el sufrimiento del otro, aunque desde aperturas experienciales distintas. Cuando Buda sale del castillo en el que vivía protegido de todo contacto con el sufrimiento humano, vive un primer despertar que se constituirá en su primera noble verdad: la vida es sufrimiento. Y toma votos de buscar el camino que conduce a su fin. Es importante notar que lo que mueve a Buda es una pregunta existencial, no es ni una pregunta científica ni una compasión cristiana. Él se sorprende por la condición humana e intenta descifrar qué sentido tiene la existencia considerando el sufrimiento que implica transitar por ella... y en Oriente el asunto es más complejo porque la muerte no resuelve el problema: después de morir se renace. A veces en Occidente se toma la creencia de la reencarnación como una solución al problema de la muerte, pero para Buda era angustiante pensar en que uno pudiera reencarnarse *ad eternum*. De hecho, encuentra el camino que conduce al fin de los renacimientos, ergo ¡al fin del sufrimiento! Cuando Buda, en su primera salida al mundo ve al enfermo, al anciano y al muerto, no es un intento por curar a todos los seres de este dolor el que lo mueve, no decide ser médico ni tampoco dedicarse a imponer sus manos curando enfermedades, por el contrario, inicia una formación, un camino de conocimiento, una búsqueda de la verdad por medio del estudio en primera persona. Es el asombro, la perplejidad por la condición humana, los que lo empujan a un camino de descubrimiento: es una pregunta por nuestra existencia. En este sentido, es interesante que su perplejidad no se detuviera frente a la visión del enfermo. El contacto con la vejez y la muerte fueron experiencias cruciales para determinar su impulso.

Aquí ya podemos ver un contraste neto con nuestra tradición médica y nuestra cultura en general. Recordemos que los alquimistas, ancestros de los actuales químicos, buscaban la eterna juventud y que toda la

exactamente lo que buscaba Freud con su *Proyecto de Psicología para Neurólogos* publicado en 1895.

² Por “nihilismo larvado” me refiero a una expresión usada por Francisco Varela (2001), que indica el pensamiento en la base de todo intento por reducir la experiencia y la mente humana a factores puramente físico-biológicos,

religión cristiana se basa en la superación de la muerte física al prometernos una resurrección en cuerpo y alma. La medicina es impotente ante vejez y muerte, de hecho la vejez y la muerte son incómodas para nuestra cultura. Y el Psicoanálisis se inscribe en esta tradición, aunque temperada por la cultura judía que tiene una relación con la muerte más estoica y menos fantástica que la nuestra. El psicoanálisis es una rama de la medicina y, en este sentido, me parece oportuno recordar que el padre de la medicina es Quirón, el Centauro hijo de Saturno que transmitió sus conocimientos a Esculapio y éste a Hipócrates. Quirón podía sanar a otros, pero no podía sanar su propia herida: estaba condenado eternamente a su sufrimiento (Ovidio, *I Fasti*, V). Esto ya nos da cuenta de una diferencia metodológica sustancial: el camino del budismo es en 1ª persona: si te mueve la compasión por el sufrimiento del otro, alivia primero el tuyo y verás que nacen de la misma ignorancia. El método médico implica extraer regularidades bajo la observación en tercera y segunda persona (no en primera) a partir de las cuales el experto es capaz de diagnosticar y curar por medio de remedios, interpretaciones y conjuros. Es interesante notar que Freud es el único psicoanalista no psicoanalizado de la historia. Esto no es una simple anécdota, da cuenta del mito griego. Lo que me interesa resaltar aquí es que el autoanálisis practicado por Freud no fue el método de cura que propuso, sino el hetero-análisis.

La pregunta freudiana, entonces, no es una pregunta por la salvación del ser humano, por su condición existencial, es en primer lugar una pregunta científica. A diferencia de Buda, Freud no se vuelve un embajador de la condición humana, en el sentido que a través de su sufrimiento existencial, su búsqueda de respuesta, está buscando respuesta para sí y el otro a la vez, sino que se instala en un rol de observador externo, científico y busca la solución a un problema que ya no le compete a él, es decir, le compete sólo en cuanto sujeto psicosocial, en cuanto profesional o científico, pero ya no en cuanto a su propia condición existencial. Descubrir la represión histérica ciertamente no le resolvió sus propios complejos.

En la Grecia antigua la salvación existencial también estaba a cargo de la Filosofía, la Sabiduría, y no de la Medicina. La Medicina era uno de los saberes técnicos supeditados al más alto de los saberes que era la *Theoria*. En efecto, el problema de la muerte no se toca en los tratados de medicina de Hipócrates sino en las tragedias de Sófocles, en los diálogos de Platón, en el poema sobre la naturaleza de Parménides. Hoy en día esta relación entre teoría y técnica se ha invertido. Por distintos motivos que no viene al caso profundizar

aquí, el saber más alto lo estamos construyendo a partir de la técnica: hay una cierta esperanza en que los reportes e informes de las neurociencias nos permitirán comprender mejor quiénes somos y para qué existimos (Galimberti, 1979). De hecho es gracias a los estudios científicos, a la validación técnica que ha recibido la meditación, que hoy en día es posible discutir estos temas en la academia. Pero esto pone un problema: ¿es el saber técnico el que nos permitirá responder o resolver nuestras preguntas existenciales que en cuanto seres humanos vivimos y buscamos aclarar?

En este sentido, creo que la integración entre meditación y psicoterapia debe cuidar el mantener distinguidos ambos terrenos. La psicoterapia es un proceso de sanación, de cura, y se inspira en la tradición de la terapéutica, de la clínica: Psicoterapia significa literalmente "tratamiento de las enfermedades del alma". La meditación, en cambio, es un método para la liberación, para la constatación de la verdad, y se inspira en la tradición contemplativa, en la búsqueda.

Es cierto que la meditación puede transformarse, y lo está ya haciendo, en un instrumento terapéutico potente. La aceptación, la suspensión del juicio y la toma de conciencia permiten al paciente ampliar su campo de experiencia y conectarse con ámbitos de su vida y dolor insospechados, que muchas veces es difícil de lograr con los métodos tradicionales. Al mismo tiempo, la meditación es también un camino de conocimiento y transformación personal que enfrenta algo de un orden distinto de la enfermedad del cuerpo y del alma, algo que me atrevería a calificar como el problema de la condición existencial del ser humano.

De hecho, el ser humano tiene que vérselas con un hecho propio de su condición existencial: al ser humano le va de su existencia, es decir, se pregunta por el sentido del ser (Heidegger, 1927). Esta pregunta no es sólo una pregunta por el sentido de la propia vida, cuestión ya abordada por Viktor Frankl en la posguerra, sino por el sentido de la existencia toda, de la totalidad del ente dirá Heidegger, incluyendo al ente capaz de preguntárselo que es un individuo encarnado, situado e historizado. A lo largo de la historia los humanos, en cuanto miradas interrogantes que nos abrimos ante el universo del cual somos parte, hemos respondido a esta inquietud fundamental a partir de mitos fundacionales que son, por así decirlo, la matriz primigenia de toda civilización. Por ejemplo, el mito de la creación divina o el actual mito del Big-Bang, son respuestas alternativas a una misma pregunta, ya presente en los presocráticos en busca del *arché*: "¿por qué existe algo en lugar de nada?" (Heidegger, 1929). Mi impresión es que en nuestra época actual los mitos fundacionales se

hallan fracturados. Están ahí como especies de salvavidas psíquicos, que no tienen la fuerza para calmar las subjetividades que reclaman un punto de referencia desde el cual comprender la propia existencia y a partir del cual trazar un sentido vital. De aquí que la pregunta por el sentido haya cobrado tanta fuerza en el siglo XX.

Sin embargo, la pregunta por el sentido no es una pregunta de la era moderna ni mucho menos del existencialismo europeo. Ha estado presente, bajo otras formas y nombres, a lo largo de la historia y en las diferentes culturas. Hay ejemplos bellísimos en la tradición religiosa de viajes espirituales, que comienzan con un profundo sentido de desorientación, de pérdida, de confusión, de pregunta por el sentido y por la dirección de la propia existencia. Dante Alighieri, por ejemplo, inicia la *Divina Comedia* con el verso: *En la mitad del camino de mi vida me encontré en una selva oscura, que la senda correcta se había extraviado* (Infierno, Canto I) y desde esta condición emprenderá su descenso y ascenso hasta el último paraíso *Oh luz eterna, que sola en ti reposas, sola te entiendes y siendo la entendida y la entendiente, te amas y gozas* (Paraíso, Canto XXXIII). San Juan de la Cruz es otro buen ejemplo que ilustra el sufrimiento existencial, la pérdida de sentido y de referentes, incluso los referentes divinos (la noche oscura del espíritu) como condición que antecede la máxima unión divina y la liberación espiritual: *Ya por aquí no hay camino porque para el justo no hay ley; él para sí es ley* (Subida al Monte Carmelo). También en la tradición Zen encontramos la misma fenomenología de desazón existencial como punto de partida hacia un despertar. Por ejemplo, cuenta la leyenda que la desesperación de Hui-ke, su necesidad de saber, de comprender, de encontrar paz, llega a tal extremo que se corta un brazo para recibir la instrucción de Bodhidharma –monje Indio que implantó el budismo en China– que hasta ese momento se mantenía indiferente a sus ruegos.

En este sentido, budismo y psicoanálisis, o bien, camino espiritual y camino terapéutico, se orientan a sufrimientos de diferente naturaleza. Uno, es un sufrimiento existencial, donde la pregunta por el sentido, por el por qué, por el para qué del propio existir se vuelve protagonista de la experiencia. El otro es un sufrimiento relacional, donde el dolor por el trauma padecido, por el amor negado, por la desconfirmación vivida, condicionan el campo de experiencia del individuo, restringiendo su cotidianidad, su calidad de vida, su bienestar.

Antiguamente estos dos procesos estaban vinculados entre sí. Todas las vías de salvación y liberación documentadas por las tradiciones espirituales trazan un camino que incluye la cura psicológica en paralelo con

la liberación espiritual. En nuestro tiempo, sin embargo, la espiritualidad se ha secularizado, desprendiéndose en gran parte de los clásicos caminos religiosos. De hecho la genialidad de Jon Kabat-Zinn (1990), el creador del *Mindfulness Based Stress Reduction*, ha sido justamente secularizar la práctica budista y acercarla así a cualquier persona sin necesidad que ésta comparta y practique los preceptos de esa tradición. Pero, al mismo tiempo, este proceso conlleva el riesgo de confundir la liberación con la cura o sanación, que la máxima cristiana “la verdad te hará libre” sea reemplazada por “la cura te hará libre”.

Jack Engler es un importante estudioso de psicoterapia y budismo. Para él, la relación entre cura y liberación se resume en esta frase: “hay que poseer un ego fuerte antes de perderlo” (Engler, 2003). En otras palabras, según su visión, el camino psicológico te prepara para enfrentar el camino espiritual. Es una visión evolutiva similar a la de Ken Wilber (1989), quien describe nueve niveles sucesivos de conciencia y propone un tipo de tratamiento o práctica para cada uno de ellos. Pero mi impresión es que en nuestra sociedad actual la metáfora evolutiva no permite comprender realmente lo que sucede en la experiencia de cada cual. El proceso hoy en día es más discontinuo que continuo. Una persona involucrada en un proceso de sanación y liberación no avanza de forma secuencial de uno hacia el otro, sino que transita por distintos parajes, en un camino de ida y vuelta, lleno de saltos, buscando integrar sus experiencias existenciales y relacionales. Por ello se hace necesario entender de qué modo la senda meditativa y la senda psicoterapéutica pueden potenciarse en un movimiento sinérgico.

En este artículo me refiero al paciente *mindfulness* para señalar a aquellos pacientes que son practicantes de meditación. Esto significa que tienen un acceso a su propia experiencia de un orden diferente al común de los pacientes, pues ya sea dentro como fuera de la sesión intentan relacionarse con lo que les pasa respetando los principios de la atención plena o *mindfulness*. Para Jon Kabat-Zinn estos principios se pueden resumir en la siguiente definición de *mindfulness*: una actitud particular de prestar atención al presente, instante tras instante, de manera intencional, con aceptación y sin juicio (Kabat-Zinn, 1990)³. Entre otras cosas, el cultivo

³ Más que una técnica o un estado, debemos entender la palabra “mindfulness” como describiendo una disposición interior, una modalidad de ponerse en relación con la propia experiencia que es común a todos los tipos de meditación budista y a algunas prácticas provenientes

de esta actitud permite desarrollar una mayor capacidad de observar los propios estados emocionales, mentales y relacionales y, además, frecuentemente desencadena experiencias significativas, novedosas y sorprendentes para el paciente. Quizás en el pasado resultase extraño que una persona con tales competencias fuese un paciente de psicoterapia, pero lo cierto es que en la actualidad no es un fenómeno raro y será cada vez menos raro si consideramos que según una encuesta realizada por el Gobierno de EE.UU. en el 2007, uno de cada once estadounidenses, aproximadamente 20 millones de personas, había practicado la meditación el último año (*National Center for Complementary and Alternative Medicine*, 2007). Esto abre algunas preguntas significativas. Por ejemplo: ¿De qué manera las experiencias meditativas del paciente, desde sus descubrimientos interiores hasta sus dificultades en la práctica, pueden ser acogidas y trabajadas en el contexto terapéutico? Si el terapeuta no es un meditante, ¿puede establecer un vínculo profundo con estos pacientes? ¿Qué aspectos de la terapia pueden favorecer su práctica personal y, viceversa, qué aspectos de la meditación pueden ayudar la cura psicológica?

EL PACIENTE MINDFULNESS

A continuación se presentan los resultados preliminares de un estudio que estamos llevando a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado. Se trata de una encuesta online (ver anexo 1) disponible en español, inglés e italiano que se aplica a personas que además de meditar son o fueron pacientes de psicoterapia y que tiene como objetivo recoger las impresiones de cómo estos dos procesos se han afectado mutuamente. Hasta el momento hemos recogido nueve encuestas.

La edad de los participantes va de 26 a 69 años, con una media de 42 años. Cinco son mujeres. En relación con sus nacionalidades, tres son chilenos y seis italianos. Respecto del estado civil, siete son solteros y dos casados. Asimismo, cinco se declaran católicos, dos dicen no tener ninguna religión y dos no contestan. En cuanto a sus profesiones, se trata de cuatro terapeutas (psicólogo, psiquiatra, terapeuta cráneo-sacral), tres empleadas de oficina, un profesor y una persona cesante.

Los encuestados han hecho tres años cuatro meses de terapia de tipo freudiana, de orientación psicoana-

lítica, cognitivo-estratégica, biodinámica, jungiana o constelación familiar. Los años de práctica meditativa van de 3 a 21, con una media de diez años y las principales prácticas han sido: meditación de presencia mental y Hatha Yoga. Cinco han estado paralelamente en ambos procesos y tres iniciaron con psicoterapia y una vez terminada comenzaron a meditar.

Analizando las respuestas de los sujetos, aparecen muchas regularidades en las distintas experiencias. Reportamos aquí una pequeña síntesis de los aspectos más significativos, escribiendo en cursivas algunas citas textuales de los encuestados.

Unánimemente, los participantes consideran que la práctica meditativa y la psicoterapia son espacios de nutrimiento recíproco, que se potencian mutuamente y de manera constante, por ejemplo, sintiendo que *la investigación a través del silencio o en meditación, abre espacios y horizontes que luego se elaboran en la terapia*. Al mismo tiempo, enfatizan que abordan niveles distintos de la persona: la psicoterapia se aboca al nivel relacional, psicológico, afectivo, a todo lo que tiene que ver con el vivir y el estar con otros, mientras que la meditación responde más bien a un nivel que los encuestados definen como existencial, es decir, no tanto acerca del modo cómo se enfrenta la vida, sino *del hecho mismo del vivir*.

Para muchos, la meditación por sí sola no es capaz de resolver problemas asociados a traumas, a heridas afectivas profundas o a momentos de la vida demasiado difíciles. En estos casos la compañía y el apoyo de un terapeuta aparecen como fundamentales para salir adelante. Pienso que esto tiene que ver con que para nosotros, occidentales, la meditación no es parte de nuestra cultura, no tenemos una tradición de meditación, por ello la sola práctica no es capaz de abarcar aspectos psicológicos de un sujeto que en el último siglo se ha vuelto cada vez más individual sacrificando en gran medida su sentido de pertenencia colectiva. Asimismo, según los encuestados, la psicoterapia es insuficiente para afrontar el problema del sentido y de la existencia en general, lo que se refleja en varios de los testimonios: *no existe argumento psicológico que pueda dar una razón a la total falta de sentido de toda la existencia; el problema existencial profundo: no la vida, sino la existencia ¿Qué sentido tiene todo esto?; la cuestión existencial, o sea lo que tiene que ver con todos más allá de la propia historia personal; las verdades últimas*. Es importante mencionar que estos dos niveles, si bien pueden distinguirse nítidamente, no aparecen como aspectos de la persona desvinculados entre sí, sino que se integran e influyen progresivamente. Por

de otras tradiciones (eje: la "oración del corazón" practicada por los místicos ortodoxos y la "meditación del corazón" de la tradición Sufi).

ejemplo, un sujeto señala: *mientras más se profundiza mi práctica, más veo que los dos niveles se correlacionan.*

En general hay bastante acuerdo en que la meditación ayuda al proceso psicoterapéutico y viceversa. La meditación le permite al paciente un acceso privilegiado a su experiencia, abriéndole espacios afectivos nuevos, favoreciendo su autoaceptación, ayudándolo a que las defensas psíquicas cedan, posibilitando una mayor escucha y lucidez respecto a lo que siente y desarrollar una actitud compasiva frente a sí mismo y los otros. Por ejemplo, un sujeto señala que la meditación le permite experimentar vivencias que no son posibles en la psicoterapia o en la vida corriente como: *el silencio, la quietud, la unión del cuerpo y la mente, la capacidad de observación profunda, la apertura de preguntas latentes y la forma de evidenciar la existencia.* En este sentido, más que un complemento del trabajo psicológico, la meditación aparece como una base, un lugar desde donde adentrarse en las profundidades de la psique, como una *alfombra que está por debajo de la terapia.*

Por su parte, la psicoterapia ayuda al meditante a integrar en la vida las transformaciones que vive durante sus prácticas y le permite un acceso más profundo a la experiencia de sí mismo. Esto último me parece uno de los aspectos más importantes a tener en consideración, pues no obstante todos los encuestados, sean personas relativamente bien adaptadas y sin grandes sintomatologías, manifiestan que la psicoterapia les ha ayudado a enfrentar aspectos necesarios para adentrarse en profundidades meditativas como son la confianza, la seguridad y la capacidad para estar en soledad sin angustiarse: *si la herida es demasiado profunda y todavía está abierta, la psicoterapia ayuda a sanarla, porque no lo puede hacer uno solo... y luego lentamente uno ya es capaz de estar solo con ese dolor y eventualmente ir más allá de él.*

Uno de los aspectos relevantes se refiere a la manera cómo el terapeuta de cada paciente ha acogido o no sus experiencias meditativas y si el paciente ha sentido la confianza para contarlas en la terapia. En este punto observamos que las experiencias son distintas. Si bien todos han hablado con sus terapeutas de sus experiencias meditativas, sólo algunos se han sentido acogidos y estimulados a seguir. Otros, en cambio, han sentido roce y una gran dificultad para hablar de ello y sentirse comprendidos. Por ejemplo una persona cuenta: *una vez me pidió un ejemplo y le conté que había impactado con la conciencia misma y me dijo: ¿hundirse en la conciencia le da seguridad? ¿Por esto lo hace?.* Y otro ejemplo significativo: *cuando le hablé del hecho que sentía una fuerte sensación de muerte, que siempre la he*

sentido, que he pensado en la muerte cada día de mi vida, que agradezco por esto... nos ha tomado tiempo el que ella considerara esto darse cuenta y no angustia.

Finalmente, en relación con la experiencia con el silencio y la palabra en ambos procesos, hay testimonios muy significativos donde el *aprender a estar en silencio potencia un descubrimiento más certero de la palabra... ese silencio posibilita la palabra más certera.* *Y esa certeza posibilita un espacio de mayor confianza.* Es como si la meditación ayudara a observar más detenidamente sensaciones que luego pueden ser nombradas y trabajadas en la terapia: *meditando se observan emociones que sólo en el silencio pueden aparecer; antes de meditar no sabía cómo nombrar y entender lo que sentía y rellenaba las sesiones con palabras vacías de significado. Sólo con la meditación empecé a valorar y apreciar el silencio. He aprendido incluso a quedarme a la espera de la palabra 'justa' e incluso a valorar la imposibilidad de nominar; la meditación permite ver muy bien lo que a uno le pasa, pero no siempre da los instrumentos para trabajar con ello, por ende, se necesita un otro, terapeuta, que acompañe el proceso de elaboración.*

En resumen, el estudio muestra que para estas personas la meditación y la psicoterapia:

1. Se nutren recíprocamente, sin obstruirse y sin sobreponerse
2. Abordan ámbitos distintos:
 - a. La meditación aborda el problema existencial
 - b. La psicoterapia los problemas vinculados a la vida y las relaciones afectivas
3. Ambos han sido procesos significativos y el trabajo realizado en uno ha nutrido y potenciado el trabajo en el otro.

CONCLUSIÓN

Si tal como vimos en la introducción de este artículo, la primera y segunda fase del encuentro entre meditación y psicología occidental se caracterizaban por una elección, por una especie de competencia recíproca, en la fase actual que vivimos aparece la integración y el complemento como una excelente posibilidad de transformación, sanación y liberación de la persona. La meditación no sólo es y puede volverse una gran aliada de la cura de la persona, acelerando ciertos procesos y permitiendo un acercamiento menos culposo y autocrítico del paciente hacia sí mismo, sino que es capaz de enfrentar preguntas y necesidades humanas que, al parecer, la mayor parte de las psicoterapias occidentales,

y particularmente las psicoanalíticas, no han sido capaz de abordar satisfactoriamente, seguramente porque desde sus orígenes se han propuesto asociadas a un modelo médico de cura y sanación.

Por su parte, la psicoterapia puede ser una importante aliada del proceso de liberación y despertar existencial, ya sea ayudando al practicante a sanar algunas heridas profundas, donándole mayor confianza, seguridad y capacidad para estar en soledad, ya sea protegiéndolo de fantasías, sugerencias, transferencias, idealizaciones y refugios que se pueden encontrar cuando alguien se compromete seriamente en un camino espiritual. Hay documentos sobre este último punto. Por ejemplo Michael Eigen (1998) describe dos casos clínicos donde la meditación, antes que conducir a la liberación, se había transformado en un refugio defensivo. Uno es el caso de Owen, un serio practicante, instructor de meditación, con una herida relacional profunda que lo llevaba a vanagloriarse de su ser meditante y a utilizar el centro de meditación como lugar para coquetear con sus alumnas. El segundo es el caso de Jesse, que después de 15 años de práctica seria, se había enfermado de fatiga crónica; más aún, la meditación, tal como él la practicaba, habría sido la causa de enfermar, pues se había convertido en una excelente herramienta de control emocional y de des-implicación existencial que lo estaba literalmente deshumanizando.

Seguramente, un aspecto esencial en la terapia del paciente que medita es que el terapeuta tenga una apertura a este tipo de prácticas. No sé si es necesario que sea a su vez un meditante, pero sí me parece relevante que por una parte suspenda el juicio y pueda acoger la experiencia del paciente en su plenitud (aunque pensándolo bien, esto ya sería asumir una postura *mindfulness* por parte del terapeuta), y por otra, que no interprete en clave psicopatológica o psicodinámica experiencias que el paciente ha vivido en meditación y que quizás el terapeuta no ha vivido en primera persona, tal como describen dos personas de nuestro estudio. El paciente *mindfulness*, si logra aliarse con su terapeuta en su doble proceso de sanación y liberación, puede realmente aspirar a una transformación profunda, pasando, tal como dice San Juan de la Cruz, por la noche oscura de los sentidos y también, por qué no, por la noche oscura del espíritu. Su condición de meditante le permite adentrarse con lucidez en su mundo interior y en su experiencia, pero al mismo tiempo su condición de meditante le exige cada vez más precisión y discriminación sutil. Si, por un lado, la meditación

puede acelerar procesos terapéuticos de sanación, la psicoterapia puede desestancar, desenredar y relanzar la práctica de quienes se quedan atrapados en sus propias experiencias meditativas.

En este sentido, es siempre útil recordar que la meditación, correctamente practicada, es un vehículo, un medio –un *upaya* como se dice en el Budismo– para transitar por el camino hacia la liberación, pero en ningún caso es La Vía ni el único medio del que disponemos, aunque, sin temor a equivocarme, puedo testimoniar que es el más potente y sofisticado que conocemos.

REFERENCIAS

1. Alexander F. (1922/2001). La disciplina Budista como Catatonia Artificial. En *Psicanalisi e Buddismo*, ed. Anthony Molino. Milán: Raffaello Cortina
2. Molino A. (ed.) (1998). *The couch and the tree: dialogues in psychoanalysis and Buddhism*. New York: North Point Press
3. Eigen M. (1998 / 2001). Una Sola Realtà. En: *Psicanalisi e Buddismo*, Molino A (ed.). Milán: Raffaello Cortina
4. Engler J. (2003). Being Somebody and Being Nobody: A reexamination of the Understanding of Self in Psychoanalysis and Buddhism. En: Safran J. (ed.) *Psychoanalysis and Buddhism*. Boston: Wisdom Publication
5. Epstein M. (2008). *Psychotherapy without the Self: A Buddhist Perspective*. New Haven, CT: Yale University Press
6. Epstein M. (1995). *Thoughts without a thinker*. New York: Basic Books
7. Finn M. (2003). Tibetan Buddhism and Mystical Psychoanalysis. En: Safran J. (ed.). *Psychoanalysis and Buddhism*. Boston: Wisdom Publication
8. Galimberti U. (1979/2009). *Psichiatria e Fenomenologia*, novena edición. Milán: Feltrinelli
9. Heidegger M. (19927). *Ser y Tiempo*. Trad. Jorge Rivera, 1997. Santiago: Editorial Universitaria
10. Heidegger M. (1927). *Che cos'è la metafisica?* Trad. Franco Volpi, 2001. Milán: Adelphi
11. Kabat-Zinn J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York: Delacorte Press
12. Medeiros S, Pulido R. (2010). *Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (Atención Plena): Experiencia piloto en funcionarias del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río*. Póster presentado en el Congreso Anual de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
13. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Mind-Body Medicine: An Overview*. National Center for Complementary and Alternative Medicine Web site. Accessed on April 7, 2008
14. Ovidio. *La Metamorfosis*. Adaptación de José Cayetano, 2007. Madrid: Anaya
15. Rubin. J. (1996). *Psychotherapy and Buddhism*. New York: Plenum
16. Safran J. (2003). *Psychoanalysis and Buddhism: and unfolding dialogue*. Boston: Wisdom Publication
17. Suzuki DT, Fromm E. (1960). *Zen Buddhism & Psychoanalysis*. New York: Harper and Brothers
18. Wilber K. (1989). *El Proyecto Atman*. Barcelona: Kairós

Anexo 1**ENCUESTA: RELACIÓN ENTRE PRÁCTICA MEDITATIVA Y PROCESO PSICOTERAPÉUTICO**

1. Por favor, describe muy brevemente tu historia como practicante de meditación (años de práctica, tipo de práctica, frecuencia y regularidad, etc.) y como paciente en psicoterapia (años de tratamiento, tipo de tratamiento, frecuencia y regularidad, etc.)
2. ¿Cómo ha sido para ti la experiencia de practicar la meditación y ser un paciente de psicoterapia? ¿Sientes que han sido dos procesos complementarios que se han nutrido mutuamente? ¿Los has vivido como espacios separados, cada uno enfocado a un aspecto diferente de tu vida y existencia?
3. ¿De qué modo la práctica meditativa ha beneficiado o dificultado tu proceso psicoterapéutico? ¿Sientes que se pueden haber sobrepuesto confusamente los objetivos y significados de cada uno de estos espacios? Por favor, describe con un ejemplo concreto.
4. ¿Has podido hablar de tu práctica y experiencias meditativas con tu terapeuta? ¿Cómo te has sentido haciéndolo? ¿Sientes que has podido hablar de ello abierta y libremente aun cuando quizás tu terapeuta no practica la meditación? Por favor, describe con un ejemplo concreto.
5. ¿De qué manera tu proceso psicoterapéutico te ha ayudado a profundizar o bien ha obstruido tu práctica meditativa? Por favor, describe con un ejemplo concreto.
6. ¿Has sentido que lo que vas experimentando y descubriendo en uno de estos espacios se ha reflejado luego en el otro? Por favor, describe con un ejemplo concreto.
7. ¿Cómo ha sido tu experiencia con el silencio y con la palabra en y entre ambos procesos?
8. ¿Sientes que hay aspectos de la práctica de la meditación que son insuficientes o incapaces de enfrentar los problemas o inquietudes que te llevaron a buscar ayuda en una psicoterapia?
9. ¿Sientes que hay aspectos de la psicoterapia que son insuficientes o incapaces de enfrentar los problemas o inquietudes que te llevaron a practicar la meditación?
10. Si lo deseas, describe brevemente tus reflexiones en torno a la experiencia de relación entre estos dos espacios.

NOTA: Interesados en contestar la encuesta, la cual es anónima, pueden enviar un mail a mindfulness@uahurtado.cl solicitando link de acceso a la encuesta online.

CLÍNICA PSICOANALÍTICA

INTERSUBJETIVIDAD, CO-CORPOREIDAD Y CLÍNICA PSICOANALÍTICA CONTEMPORÁNEA^{1, 2}

(Rev GPU 2011; 7; 4: 396-405)

Nelson Ernesto Coelho Junior³

Este texto busca establecer, a partir de una viñeta clínica, los elementos básicos de una clínica psicoanalítica fundada en la experiencia de co-corporeidad, es decir, una clínica sostenida en el campo transferencial / contratransferencial establecido por la corporeidad del analizando y del analista. La noción de corporeidad es definida como un tejido material y energético, móvil e inestable, movido por fuerzas pulsionales mensajeras y marcado por interferencias de intensidades tanto internas como externas, que van constituyendo un campo de fuerzas y de proto-sentidos. Sostengo que no hay cómo excluir la dimensión pulsional de la corporeidad, del Yo y del Inconsciente. Tampoco hay manera de negar la dimensión relacional propiamente intersubjetiva de la situación analítica. Con esto subrayo que en la teoría y en la clínica psicoanalítica habría una tensión permanente y necesaria entre las dimensiones intrapsíquicas y las dimensiones intersubjetivas. Prefiero la noción de co-corporeidad que la de inter-corporeidad (establecida por Merleau-Ponty) ya que pienso que el énfasis no se sitúa en el "entre" corporeidades sino más bien en la idea de la co-presencia de dos corporeidades, que ya traen consigo al Yo y al otro.

LA PACIENTE

Helena llega a consultar en crisis, se queja de exceso de trabajo, una situación que la ha llevado a olvidarse de sí misma. Tiene 35 años y es soltera. Actualmente no tiene pareja; no ha tenido relaciones sexuales hace 8 años. Trabaja entre 15 y 18 horas diarias como

ejecutiva de una gran empresa brasilera. Llegó a análisis, hace un año y medio, en un estado de profunda desesperanza e intensa angustia, debido al curso que parecía estar tomando su vida. No soportaba más el trabajo, y sufría estoicamente una profunda soledad.

La paciente nació y fue criada en un pueblo de un estado pobre de Brasil, en una zona rural. Su familia,

¹ Texto originalmente presentado como conferencia en "Espace Analytique" París, Francia, mayo 2010. Publicado en *Revista Brasileira de Psicoanálise*, vol. 44, n.1, 2010, pp.51-60, bajo el título "Da Incorporidade à co-corporeidade; elementos para uma clínica psicoanalítica".

² Traducción Loreto Hernández Cabrera. Psicóloga Clínica, Santiago de Chile. Magister Universidad Paris VII.

³ Psicoanalista, Doctor en Psicología Clínica, Profesor e Investigador del Instituto de Psicología de la Universidad de Sao Paulo.

tanto paterna como materna, está constituida por inmigrantes italianos que se dedicaron a la agricultura en pequeñas granjas.

Ella vive en Sao Paulo (metrópolis de 20 millones de habitantes), hace 8 años. El traslado en función de su trabajo la alejó de su segundo y último “enamorado”. Ha tenido sólo dos relaciones de pareja que no duraron más de 2 años. Ambas comenzaron durante el periodo en que asistió a la universidad en la capital de su Estado. Allí vivió sola durante 7 años.

Desde el inicio del análisis las sesiones estuvieron muy llenas de palabras, de ideas y de sentimientos. Podríamos decir que H. era una paciente que “trabajaba” como pocos pacientes lo hacen. Para ella no había tiempo ni espacio que perder, todo era urgencia. Ella no sabía de qué urgencia se trataba. Pero yo sabía que tenía que estar ahí con lo mejor de mí, atento, presente, y dispuesto a “trabajar” tanto como ella.

Las sesiones eran densas y yo lo experimentaba en mi cuerpo. No eran sesiones necesariamente pesadas ni agotadoras. H. es una paciente muy hábil con las palabras y con el pensamiento, se sitúa más allá del promedio, en términos culturales, más aún si tomamos en consideración su formación familiar y escolar, en la infancia y la adolescencia. Tiene un buen sentido del humor, lo que no la salva de confrontarse con el profundo sufrimiento que la acompaña desde un largo tiempo. Un sufrimiento que puede sentirse en el cuerpo, o mejor dicho, en la co-corporeidad.

A los dos meses de análisis, en sesiones en las que predominaba una gran intensidad emocional –sin “small talk” o temas triviales– y en las que el llanto ocupaba una buena parte del tiempo, H. estando en el diván se dio vuelta, para decirme que había llegado el momento de contarme un hecho que hace mucho tiempo había decidido no contárselo a nadie. Pero me dice: “aquí en el análisis, siento que nos encaminamos hacia aquello, y que quizás usted ya presintió de qué se trata”. De hecho, yo ya lo había presentido.

EL TRAUMA

En la hacienda familiar, H. es invitada a los 5 años de edad por un funcionario de su padre, unos 12 años mayor que ella, a dar un paseo y a mirar las flores. En un momento del paseo ella se da cuenta que el joven le está tomando su mano para ponerla sobre su pene erecto. Luego él parece arrepentirse, se viste y la lleva de vuelta a la casa patronal. H. se encuentra con su hermana mayor y trata de contarle lo ocurrido. Su hermana le responde: “Papá y mamá no deben saberlo jamás”. Ella se calla y no lo vuelve a hablar nunca más. Cinco

años más tarde de aquello, H. lleva a un primo de 4 años a dar un paseo y se ve haciéndole a él lo mismo: esta vez, ella toca a su primo. Durante la sesión en la que me relata los hechos, reparo en que ella probablemente buscaba, en la segunda situación, salir de una situación pasiva a una activa, tratando así de controlar algo que sin cesar le hacía daño internamente.

H. pasa el término de su infancia y de su adolescencia estudiando, comprometida con actividades en la parroquia católica de la ciudad cercana a la hacienda. El párroco llega a ser un gran amigo y consejero. H. no tiene amigos y sufre por el control excesivo de su hermano, 12 años mayor que ella, y que asume la administración de la hacienda en lugar del padre, quien se aleja enfermo y desinteresado en su trabajo. Su madre forma con su hermano mayor una pareja sólida y H. comienza a sentirse sola y excluida de la vida familiar.

A los 18 años sale de su pequeña ciudad natal de provincia, para ir a estudiar a la universidad de la capital de su Estado. Meses antes de obtener su diploma pasa un test difícil y logra hacer su práctica en una gran y muy codiciable empresa. Dos años después es transferida a la ciudad más grande del país. Durante todo este periodo de la gran ciudad, H. no tiene relación amorosa alguna, ni tampoco relaciones sexuales. De la primera gran empresa es transferida a una multinacional, líder del mercado, y de esta última a otra gran empresa, de la cual acaba de ser despedida a raíz del cambio en la dirección de dicha empresa.

Su recorrido profesional fue siempre ascendente, pero ahora ella se da cuenta de un *impasse*: para continuar progresando debería actuar de un modo del que ya no se siente capaz. No sabe si quiere seguir en esta continua carrera. Su gran capacidad profesional, su entera dedicación ya no son suficientes. Ella es mujer y a causa de esto, para llegar a ser directora o vicepresidenta ella tendría que conquistar, a través de otros medios, el reconocimiento y la aceptación de sus superiores. No logra ni siquiera pensarlo.

H. sabía que algo no andaba bien. Necesitaba poder respirar. Ahora quiere parar, recuperar el aliento y sabe algo del porqué. Hace 7 meses que descubrió tener problemas de salud bastante graves. No había ido al médico desde hacía 5 años. Durante un fin de semana, luego de una semana bastante agobiante, duerme más de 30 horas seguidas, levantándose sólo para ir al baño. Durante la sesión siguiente a este episodio me cuenta que olvidó comer y que en la tarde del domingo, yendo al supermercado para hacer las compras de la semana, se sintió mal y se desmayó. Al volver en sí tomó conciencia de que no había comido desde hacía más de 50 horas. H. se asusta y se da cuenta que su cuerpo no

parece tener mucha cabida en su vida, desde hace ya largo tiempo.

H. toma vacaciones y se va a una playa desierta en el noreste del país. Después de muchos años, siente que nuevamente puede usar bikini. Se queda sola pero conversa con los pescadores y con algunos turistas extranjeros. Al volver de vacaciones dice estar recargada, pero sabe que esto no va a durar mucho. Pronto el trabajo va a consumirlo todo.

A partir de estas situaciones vividas dentro y fuera de la consulta, pude empezar a pensar con un mayor grado de elaboración sobre la dimensión de la corporeidad en análisis, sin que esto signifique la exclusión de fenómenos propiamente intrapsíquicos que transcurren durante una sesión. Existe para mí una distinción necesaria entre la noción de cuerpo y la noción de corporeidad. Marcado por la tradición que opone cuerpo y mente (o psiquismo), el cuerpo aparece ocupando un lugar determinado por una serie de inflexiones ideológicas; ya sea de una manera desvalorizada o de una manera hipervalorizada, el cuerpo soporta, como concepto, el peso de sus posiciones dentro de la historia de nuestra cultura. En los aspectos más cercanos a los procesos de subjetivación aparecen oposiciones, tales como “somos un cuerpo” o “tenemos un cuerpo”, lo que refleja el difícil lugar (ya sea como sujeto o como objeto, respectivamente) que el cuerpo ocupa en nuestra cultura. En este contexto, el cuerpo aparece como una unidad separada y plenamente constituida en sus funciones orgánicas, espaciales y temporales. Cuando el cuerpo ha estado en oposición a la mente se ha constituido como un elemento identificable, con una identidad propia y un lugar garantizado en discursos y en prácticas de los más diversos, yendo desde el campo de las ciencias naturales al de las ciencias humanas.

Propongo, por lo tanto, la noción de corporeidad como una alternativa a la oposición clásica cuerpo-mente; dicho de otra manera, entiendo que la corporeidad es también psíquica, como génesis de posibilidades, como potencia generadora de elementos propiamente psíquicos. No opongo a la corporeidad una naturaleza que sería exclusivamente psíquica, aunque sí reconozco una distinción de niveles y de dimensiones, con especificidades a tomar en cuenta. Entiendo que somos, de un extremo al otro, corporeidades (incluyendo la dimensión psíquica de la corporeidad). La corporeidad es al mismo tiempo interna y externa. Es la presencia irrefutable de las pulsiones y de la apertura permanente al mundo, a los otros.

No puedo negar que existe aquí la sombra de la fenomenología de Husserl (11), en su negación a concebir la corporeidad como un puro objeto de la naturaleza.

Para Husserl, la corporeidad lleva en sí la presencia inmediata del Yo y de los otros, de manera que el cuerpo y la mente forman una unidad comprensible. Más que esto, la corporeidad es presencia inmediata en el mundo y, por consiguiente, garantiza su potencialidad productora de sentidos. En esta misma línea, Merleau-Ponty afirmará que la corporeidad es el elemento constitutivo de nuestra experiencia (12).

He seguido también a Piera Aulagnier (1) en su intento de recrear un pensamiento del cuerpo y a partir del cuerpo, en psicoanálisis. Como base para su original noción de metabolización, Aulagnier afirmaba que la vida psíquica se inscribe en una teoría del conjunto de lo vivido, con un aspecto específico pero no separado de los fenómenos del organismo en su totalidad. Como ella declara en *La Violencia de la Interpretación*: “Partimos de la hipótesis de que la vida del organismo tiene como fundamento una oscilación continua entre dos formas elementales de actividad: el tomar dentro de sí y el expulsar fuera de sí; estas dos actividades son acompañadas por un trabajo de metabolización de lo tomado, el cual lo transforma en materia del propio cuerpo, los residuos de esta operación siendo expulsados del cuerpo”. Aulagnier da ejemplos simples de estos procesos, tales como la respiración y la alimentación, pero también avanza en el plano de las sensaciones cuyas tentativas son de guardar lo que es del orden del placer y de expulsar aquello que causa displacer. Éste es el modelo inaugural para las primeras representaciones psíquicas, pero sobre todo, es la base para una metapsicología que no separa lo corporal de lo psíquico, siguiendo los caminos abiertos por Freud. Es importante hacer notar, sin embargo, como lo recuerda Patrick Miller (13) que aunque la noción de metabolización haya permitido a Aulagnier anclar y arraigar el psiquismo en lo somático, esto no la conduce a un punto de vista biologizante, en el sentido reduccionista.

Volviendo a la viñeta clínica: unos dos meses después voy a buscar a Helena a la sala de espera y siento un olor inhabitual a perfume (es la percepción, la que anticipa una posibilidad más estructurada de representación y la que quizás permite a la analizada una forma de integrar las experiencias psíquico/corporales desintegradas a lo largo de su historia de vida)

Ella entra y se sienta sobre el diván. Y dice: “Viniedo hacia acá, a mitad de camino, sentí algo extraño que se deslizaba en mí. Me di cuenta que había olvidado que estaba con la regla. Tuve que parar en una farmacia y luego en una tienda para comprarme un pantalón nuevo”. Yo le hago notar que el cuerpo se hace presente. H. me cuenta las dificultades que siempre ha tenido

con su cuerpo. Sin embargo, siente que esto va a mejorar, que las cosas están cambiando.

Es posible reconocer en la relación transferencial / contratransferencia algunas de las dificultades de contacto que H. parece tener. En este momento, entrar en una relación para ella sería probablemente “no tener espacio ni tiempo que perder, sería un estado de urgencia”. ¿Qué tipo de contacto permite esta posición? Con esta forma predominante, ¿cómo entrar en contacto con un otro diferente a ella? ¿Podríamos pensar que el andar siempre corriendo fuera una forma de evitar todo contacto y que, en esta carrera desenfrenada ella terminara por evitar el contacto consigo misma, a un nivel más primario e intenso, desapegándose de su propio cuerpo? Pero, el vínculo que ella establece en análisis, ¿de qué calidad es? Puedo decir que la forma en cómo vivencio ciertos aspectos transferenciales, a partir del “cuerpo a cuerpo” intenso, indica que hay una invitación paradójica: al mismo tiempo que hay un “contacto apasionado” (intenso, vivaz y denso), también proviene de H. una experiencia de desapego. Durante las sesiones, mientras la “conversación” se pone animada y sintiendo que predomina una convocatoria a mi presencia corporal, para ella parece haber una experiencia de olvido de su propia dimensión corporal. Aquello que parece ser una experiencia paradójica, para mí, por el contrario, parece evidente, ya que gracias a que estos fenómenos pudieron tener lugar en el espacio analítico, se hizo posible que éstos fueran vividos, sentidos, percibidos y dichos de un modo nunca antes vivenciado por H. Tomo conciencia que son escasos los momentos durante la sesión en los que puedo replegarme, mantenerme en reserva, trabajando más que nada a partir de posibilidades de representación. La mayoría del tiempo me siento obligado a mantenerme disponible para un contacto “cuerpo a cuerpo”, en el sentido de mantenerme disponible particularmente en un plano de sensaciones y de “mensajes” transmitidos por este medio. Con esto no pretendo indicar que H. no sea elocuente ni suficientemente expresiva en términos de verbalización. Estoy indicando solamente que ella parece necesitar también un “diálogo” en lo que se refiere a la experiencia analítica de “co-corporeidad”.

Me explico. Propongo la siguiente definición como referencia inicial, aunque incompleta: la corporeidad es “un espectro sensorial y energético de intensidades heterogéneas y aleatorias”, que posee la capacidad de producir proto-sentidos, así como parece sugerir el filósofo Michel Bernard (4), a partir de concepciones psicoanalíticas de Anton Ehrenzweig. O también, de un modo menos condensado: la corporeidad es un tejido material y energético, móvil e inestable, movido por

fuerzas pulsionales “mensajeras”, en su relación con los objetos (otros-sujetos) y marcado por interferencias de intensidades internas y externas, constituyendo un campo de fuerzas y de proto-sentidos. Hago referencia a la “función mensajera de la pulsión”, como sugiere René Roussillon (15).

Lo que propongo de manera simplificada es que tomemos el concepto de corporeidad como alternativa para designar un campo específico de experiencias sensoriales, afectivas y significativas, aunque sean proto-simbólicas. Corporeidad del analizando y del analista, “co-corporeidad”, plano originario de relación en el cual los procesos transferenciales y contratransferenciales son vividos y sentidos. Corporeidad del analista en sus respuestas a la corporeidad del paciente, que pueden incluir experiencias de somnolencia, aburrimiento, deseo sexual, tristeza, rabia, impulsos agresivos o sádicos, etc.

Volviendo a la paciente: Helena decide hacer cambios en su vida. Comienza por tener sesiones de masajes el viernes por la noche, para marcar el término de la semana laboral y el comienzo del fin de semana. El masajista es un hombre joven que empieza a cuidarle su cuerpo. H. dice: “el masaje me agota, pero duermo bien después”. Decide también consultar médicos y hacerse exámenes. Es así como descubre que quizás tiene un cáncer uterino. Una vez los exámenes concluidos, se entera que es un tumor benigno. Se somete a la operación y ésta resulta exitosa. Pero no logra mantener el mismo ritmo profesional. Durante las sesiones el tema es su trabajo y su impresión de no ser capaz de tener una vida afectiva, relaciones ni vida sexual. Sin embargo me cuenta sueños.

LOS SUEÑOS

1. Me dice que soñó con dos niñas pequeñas. Está mirando a estas pequeñas que juegan, se ríen y ella se pregunta: “¿qué querrán estas pequeñas?”. Asocia diciendo que estas niñas son pedazos de ella misma con los cuales no sabe qué hacer, no sabe lo que ellas quieren. Se da cuenta que estas niñas tenían en el sueño la misma edad que ella cuando fue acosada. Me cuenta con mucha rabia que el año anterior encontró al tal funcionario en una gran fiesta, en el campo de sus primos (donde actualmente trabaja), y que éste quiso invitarla a bailar. Ella había sentido asco y furia. H. sigue asociando diciendo que las niñas parecían inocentes y que no sabían qué de malo la vida les podría deparar. Se queja nuevamente de su trabajo y sus excesos, dice que está consciente de cuán fácil es

para ella olvidarse de sí misma en medio de la tensión laboral. Se da vuelta en el diván, mirándose con tristeza y consternación. Me habla de cuánto se angustia preguntándose si todo esto podría cambiar algún día. Más que escuchar sus palabras, siento corporalmente la intensidad del sonido y del dolor. La sesión está próxima a terminar, y H. agrega: “tengo miedo a morirme, a dejarme arrastrar por el trabajo y morirme sin siquiera darme cuenta”.

2. H. comienza la sesión diciéndome que soñó con sus sobrinos. Son dos niños varones de 6 o 7 años, hijos de sus hermanas. Uno de ellos se le parece mucho, y en el sueño, dando un paseo con ella y su primo, comienza a provocar a unos perros amarrados tras los portones de reja de las casas. Ella casi es mordida por uno de los perros. Pensó que la broma estaba bajo control. Luego, ya en la casa de una de sus hermanas, el sobrino que se le parece juega con piezas de Lego de madera. Un adulto, quizás el padre del niño, entra y destruye todo, retándolo a causa de la provocación a los perros. H. dice haber sentido en la piel la pena del niño. Asocia esta escena con un recuerdo de infancia. La habían invitado como doncella de honor a un matrimonio. Había entrado con paso más rápido a la iglesia y una tía se le había acercado y le había dado un violento tirón de oreja por haber corrido en vez de andar dentro de la iglesia. H. relata haber sentido mucha ira y mucha pena, algo parecido a lo que sintió en su piel, por el sobrino, en el sueño. Luego, cuenta que se ha empezado a vestir mejor, a vestir como mujer. Dice que se siente mucho mejor al poder ser más mujer. Y piensa que esto se debe al análisis.
3. Dos meses más tarde H. comienza la sesión relatando otro sueño. Una niña bonita de cabellos rizados va de la mano con un hombre (de espalda, por lo que no puede ver quién es). La niña parece jovial y contenta al ser llevada por el hombre. Ella observa la escena como desde afuera del sueño, y se preocupa por la relativa falta de atención del hombre hacia la pequeña. Pero se siente contenta ya que la niña va feliz y entretenida. La emoción general del sueño es muy positiva. H. asocia diciendo que se siente abierta a nuevas posibilidades afectivas y que ha comenzado a hablar con un joven que conoció en la clase de filosofía de un curso libre al que está asistiendo. Dice que gracias a eso fue a la peluquería, se vistió con esmero, compró flores para la casa y lo necesario para preparar una cena para el joven, el que finalmente no asistió. Pero que

eso no tenía gran importancia, ya que estaba muy feliz por lo que sentía, con la esperanza nueva de que las cosas en su vida podrían llegar a suceder.

En el caso de Helena podríamos sugerir que la experiencia del trauma se manifestó, inicialmente, tanto a través de la violencia sobre el cuerpo como también por la exclusión del cuerpo, por medio de “papá y mamá no deben saberlo jamás”. El cuerpo, aquí, no es psíquico ni corporal; para mí, se inscribe en lo que denomino la “dimensión de la corporeidad”. En este análisis creo que el cuerpo aparece como una manera de borrar el cuerpo (como en la idea del “trabajo de lo negativo” de André Green) (10). Para H. fue necesario olvidar el cuerpo para que éste “hablara”: Tuvo que actuar (inconscientemente) en el cuerpo para que éste hable. O el cuerpo tuvo que actuar inconscientemente para así hablar.

En cuanto a la dimensión de la corporeidad como “repetición” transferencial, ésta aparece entre otros hechos concretos, con el desmayo y con la regla de H. Como ya lo dije, pienso que el trabajo analítico abre la posibilidad de elaboración por medio de un intenso “cuerpo a cuerpo” transferencial (por sus cambios de posición en el diván, por convocarme a estar intensamente alerta en el trabajo, etc.). Podríamos admitir en parte que otra representación de este “cuerpo a cuerpo” fuera el masajista, como agente de transformación somato-psíquica: “el masaje me agota, pero duermo bien después”.

En términos técnicos, en cuanto a una de las formas adquiridas por la “comunicación” en este análisis, sería interesante, quizás, aportar a la discusión las ideas del psicoanalista francés J.L. Donnet (6). A partir de la noción de “Agieren” (formas de acción en el análisis), Donnet busca “deconstruir” la oposición propuesta por Freud en “Recordar, repetir y elaborar” (1914), entre hablar (o recordar) y actuar. Donnet propone que en análisis el “Agieren” no funciona en oposición a la palabra, bien por el contrario, hablar y actuar están siempre presentes en proporciones variables. A menudo, es por medio de la acción que una palabra se torna posible. Llevando esta idea a nuestro caso clínico, pienso que la acción de la paciente actuó en mí, y que, en este punto, la noción de co-corporeidad pasa a ser fundamental. El problema quizás se plantea en el estudio desde la acción –descrita bajo el término de co-corporeidad– hacia una expresión, hacia una elaboración que permita que la palabra sea posible.

Debemos considerar, sin embargo, la posibilidad de concebir la corporeidad en términos de medida de variabilidad. Dicho de otra manera, el cuerpo y el psiquismo están siempre presentes en proporciones

variables. El psiquismo lleva en sí la posibilidad de “corporización” (recursos para la sensorialidad, para la evacuación) y el cuerpo contiene un potencial de “psiquización”. Los dos permiten ligazones o desligazones –transformaciones– necesarias en el proceso. El “Agieren” puede ser “más actuado que hablado”, cuando las identificaciones que lo originan y que se actualizan en el campo transferencial/contratransferencial son: predominantemente narcisistas (¿podríamos pensar que son las identificaciones primarias las que constituyen el continente?); y el “Agieren” puede ser “más hablado que actuado” si las identificaciones que él actualiza son: predominantemente históricas (¿podríamos pensar aquí en términos de contenido?). En cada una de las situaciones la corporeidad del analista será convocada de manera diferente, con la medida de variabilidad cuerpo-psiquismo. En el primer caso, es el cuerpo el que se moviliza como órgano de percepción y de recepción de la comunicación del analizando, ya que la palabra –y aquí podemos pensar en términos de variaciones afecto/representación– tiende más hacia el afecto. En el segundo caso, el cuerpo está menos solicitado.

Más adelante presentaré una forma de elaboración metapsicológica de las ideas suscitadas por este caso clínico. Se trata de una propuesta de comentario del caso, a partir de la noción de co-corporeidad.

DISCUSIÓN TEÓRICA

Pienso que primero debemos insistir en las concepciones freudianas para así recuperar el lugar de la corporeidad en la teoría y en la clínica de Freud, y, en particular, para recuperar la relación entre corporeidad y el Yo. Se trata de poner en relieve lo que Freud indicaba como el nacimiento del Yo, es decir, una diferenciación en cuanto al Ello, una proto-separación en cuanto a las pulsiones y a la dimensión propiamente somática. Pero este momento inicial es también, según diferentes proposiciones psicoanalíticas, el momento de separación del cuerpo (o de la corporeidad) de la madre que, sin embargo, se hace presente por medio de procesos identificatorios primarios. En este plano surge lo que podríamos llamar “marcas o huellas en el cuerpo”, elementos constitutivos que no son imágenes ni representaciones; son operaciones que dejan marcas y cicatrices en el “cuerpo identificado”, constituyéndose quizás como la base de aquello que ya denominamos como “memorias corporales”. Las dos separaciones (del Ello y del cuerpo de la madre) que posibilitan la emergencia del Yo no son, sin embargo, exclusiones definitivas de estas dos figuras de corporeidad. Es difícil imaginar al Yo, en su proyecto de autonomía, prescindiendo de las fuerzas

pulsionales y de las marcas identificatorias que lo constituyen. Las posiciones de Freud sobre el Yo en “El Yo y el Ello” (7) amplían las posibilidades de comprensión de las determinaciones de la corporeidad. Como he buscado demostrar, Freud abre las posibilidades para la comprensión de la simultaneidad de dimensiones internas (pulsiones –a partir del Ello y de las percepciones endopsíquicas) y externas (realidades, otros –a partir de la percepción externa). Freud propone que las funciones inconscientes del Yo son responsables de la percepción interna de los procesos de pensamientos y de afectos. No tenemos conciencia de las determinaciones, solamente de sus efectos. Se trata de la explicación del campo de percepciones endopsíquicas. Estas percepciones fueron descritas como un tipo de percepción inconsciente de los procesos internos, que influencia las posibilidades de interpretación del mundo y de las funciones propias del Yo.

Por otro lado, es el propio sistema de percepción (sistema P), en sus funciones de mediación con el mundo externo, el que Freud considera como elemento central en la constitución del Yo. Tampoco es el único elemento decisivo. Como lo afirma Freud en “El Yo y el Ello” (8)

Además del influjo del sistema P, otro factor parece ejercer una acción eficaz sobre la génesis del yo y su separación del ello. El cuerpo propio y sobre todo su superficie es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. Es visto como un objeto otro, pero proporciona al tacto dos clases de sensaciones, una de las cuales puede equivaler a una percepción interna. (...) También el dolor parece desempeñar un papel en esto (...)

El yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino él mismo, la proyección de una superficie.

Este texto, siempre citado, permite diferentes niveles de interpretación. Para mí, evidentemente lo que llama mi atención es la semejanza con muchos escritos de Merleau-Ponty acerca de la experiencia sensible del cuerpo, la cual es pre-condición en su formulación de intercorporeidad, como marca inaugural de nuestras relaciones yo-otro.

En términos propiamente psicoanalíticos, podemos subrayar que la emergencia del Yo “en y para” el cuerpo abre múltiples posibilidades para pensar sobre la constitución de la subjetividad, a partir de un modelo que no se reduce al modelo del binomio percepción-representación. Para Freud, los órganos de la percepción son vehículos de mediación y forman el núcleo

del origen del Yo. El mismo Yo se liga al inconsciente y posee, en parte, características inconscientes. Y más aún, como explicita Freud: "Si tratamos de obtener una figuración gráfica, (...) el yo no está separado tajantemente del ello: confluye hacia abajo con el ello". Aquí es donde radica lo que más me interesa: si por un lado debemos reconocer el rol de la percepción externa en la formación del Yo en su diferenciación con el Ello, por otro lado, no tenemos cómo refutar la presencia del Ello como elemento presente de manera constante en el Yo. Dicho de otro modo, el origen del Yo (tanto en su constitución como en su presencia en tanto que instancia ya constituida en el aparato psíquico) revela su doble faz: apertura por medio de la percepción exterior al mundo, exterior a los otros, y, al mismo tiempo, imbricación en el Ello, nuestra caldera de pulsiones. Las tres fuerzas que exigen el trabajo del Yo (Ello, Súper-Yo y mundo exterior) son explicitadas así por Freud.

Para nuestro tema, es interesante ver cómo comparecen en una lectura del campo psicoanalítico que trata de tomar en cuenta la intersubjetividad y la corporeidad. Con lo que ha sido expuesto, creo poder afirmar que ya no me es posible oponer las dimensiones llamadas "intrapsíquicas" (aparato psíquico, objetos internos, pulsiones, el Ello como caldera, instancias psíquicas) con aquellas llamadas "intersubjetivas" (relación con un otro, ambiente o entorno, objeto externo, etc.). Hay una simultaneidad de estas dimensiones en la esfera de la corporeidad. La corporeidad es interna y externa, al mismo tiempo. Es la presencia irrefutable de las pulsiones y de la apertura permanente al mundo, a los otros.

Según André Green (9), el psicoanálisis ha sufrido un cambio de énfasis, el que debutó con el texto de Winnicott sobre la regresión, publicado en 1954. Y sin embargo este cambio ya podría haber sido reconocido en Ferenczi y ciertamente en los textos de Balint, a partir de los años 1940. El cambio de énfasis se caracterizaría, por un lado, por transformaciones en la técnica clásica (la alteridad del analista, quien como objeto adquiere una importancia nueva, se incluye la relación contratransferencial, hay transformaciones en el trabajo interpretativo, etc.) y, por otro lado, por nuevas formulaciones teóricas que han ido incluyendo conceptos, que indican, entre otros, la inclusión del objeto (externo) necesario como elemento constitutivo del psiquismo, las formas de comunicación no-verbal en análisis, las angustias de los pacientes borderline y la atención brindada a los periodos pre-verbales de la infancia.

Pero este cambio de énfasis no incluyó necesariamente la tematización de la corporeidad en el psi-

coanálisis, tal como lo acabo de proponer. Aun cuando algunos autores han comenzado con estos nuevos énfasis, dándole una especial importancia a los procesos perceptivos, a las sensaciones, a las formas de comunicación pre y no-verbales, tan sólo una pequeña cantidad de ellos hace referencia explícita al lugar de la corporeidad en la situación analítica. Es decir, incluso en aquellos autores que han tomado como marco de su trabajo lo que podemos llamar relaciones intersubjetivas, la tematización del rol de la corporeidad en el análisis no está garantizada.

Entre los precursores de este cambio de énfasis, al cual Green hace referencia, destaco a Michel Balint (?), quien, a partir de una idea del psicoanalista John Rickman, propone que lo que sucede en una situación analítica es básicamente una "situación de dos cuerpos". Es el rechazo a lo que se llamó psicología de un solo cuerpo (dimensión solipsista, intrapsíquica). Willy Baranger (2) en un comentario de este texto de Balint, escribe:

Una psicología "de dos cuerpos"; decía Balint, y con eso trataba de evitar muchas dificultades al mantenerse al nivel más evidente (dos personas en una sala de consulta), "bi-personal" –para designar el campo–; pero con eso no evita la dificultad, puesto que lo que está más inmediatamente en este campo es una situación de tres, o triangular. (...) No se trata ni de dos cuerpos ni de dos personas, pero sí de sujetos divididos, cuya división es el resultado de una triangulación inicial.

En este texto de Willy Baranger reconozco no tan sólo una crítica al movimiento del cual Balint es uno de los pioneros –y que tiene su camino ya trazado por el carácter pionero de Ferenczi–, sino que una crítica a los límites mismos de su noción de "campo analítico". Como sabemos, en un artículo publicado originalmente en 1961, la pareja de psicoanalistas franceses Willy y Madeleine Baranger (3) establecidos en Argentina y luego en Uruguay, afirman su malestar frente a la unilateralidad de lo que denominaron "descripciones primitivas de la situación analítica como una situación de observación objetiva" por parte del analista. Sostuvieron que la situación analítica se describe mucho mejor como una "situación de dos personas extremadamente ligadas y complementarias, comprometidas en el mismo proceso dinámico". Propusieron entonces el concepto de campo dinámico, tal como es utilizado en la psicología de la *Gestalt* y en la obra de Merleau-Ponty, adecuado como para "ser aplicado a la situación creada por el analizando y el analista –al menos descriptivamente– sin que eso implique la intención de traducir la terminología

analítica en otra". Para ellos, la situación analítica puede ser descrita como una estructura espacial y temporal, orientada por líneas de fuerza y una dinámica determinadas, con sus leyes y sus fines propios.

Este campo es nuestro objeto inmediato y específico de observación. La observación del analista, siendo simultáneamente la observación del analizando y auto-observación correlativa, no puede ser definida más que como observación de este campo.

Aunque ya en este texto los autores buscaban ir más allá de la definición de la situación psicoanalítica como una estructuración terapéutica bi-personal, el problema seguía siendo el cómo hacer coexistir en el mismo plano teórico una noción como la de campo dinámico con las singularidades de los mundos intrapsíquicos del analizando y del analista.

Me gustaría subrayar también, en relación con todo lo que ha sido expuesto, que tiendo a estar de acuerdo con Thomas Ogden cuando afirma que "la teoría psicoanalítica sufre a causa de la pobreza del lenguaje y de conceptos que puedan describir el entre-juego que se da entre el fenómeno en la esfera intrapsíquica y el fenómeno en las esferas de la realidad externa y de las relaciones interpersonales" (14). Ogden, como lo sabemos, ha propuesto algunas nociones nuevas, entre ellas las del "tercero analítico" y la de "posición autista-contigua", estas dos nociones estando de alguna forma relacionadas con el tema que quiero desarrollar. La posición autista contigua está asociada a una manera específica de atribuir sentido a la experiencia, en la cual los datos sensoriales predominan en la formación de conexiones pre-simbólicas entre diferentes impresiones sensoriales, engendrando superficies con fronteras y delimitaciones. Es sobre estas superficies que la experiencia del *Self* se origina. Ogden recuerda la cita clásica en la que Freud afirma que el Yo es inicialmente un Yo corporal, como para insistir sobre la idea de que el Yo se deriva de sensaciones corporales, aquellas que emanan de la superficie del cuerpo. Ogden propone que en la posición autista-contigua, es la experiencia de lo sensorial –en particular la superficie de la piel– la que constituye el principal medio para la creación del sentido psíquico y para los rudimentos iniciales de la experiencia de un *self*. La contigüidad sensorial de las superficies de las pieles, junto con el elemento de la ritmicidad, son las bases fundamentales para el establecimiento de lo que se puede llamar relaciones objetales infantiles. Es gracias al tacto, por el aspecto sensorial de la piel en las relaciones de contigüidad (rostro del bebé sobre el

seno de la madre), que la organización de un sentido rudimentario, de una "Yo-idad", de una "sí-mismo-idad", logra establecerse generando poco a poco el sentido de una superficie corporal de frontera, la cual permitirá al sujeto una experiencia de sí; es lo que Winnicott llama "el lugar en que vivimos". Éste es un lugar en el que el bebé siente, piensa y vive, en contigüidad con la presencia viva de la madre; un lugar que tiene forma, dureza, frialdad, calor y textura, siendo éstos el inicio de las cualidades que hacen que alguien sea.

Pienso, como Ogden, que este nivel de experiencia aun cuando sea constitutivo, no deja de estar presente en formas más elaboradas y diferenciadas de relaciones cronológicamente posteriores. En cuanto a la noción de "tercero analítico", ésta se refiere a un modo particular de concebir la relación de las dimensiones intersubjetivas e intersíquicas en la situación analítica. Agrego solamente que si pensamos como Ogden, a partir de las funciones del "tercero analítico", tendremos lo que llamo "corporeidad del setting" como posibilidad simultánea de percepciones internas y externas de cada una de las corporeidades de la situación analítica y también de la situación misma, compuesta por las dos corporeidades: la co-corporeidad.

Quiero ahora retomar algunas ideas que expuse en un texto publicado hace ya más de 10 años. En él intenté delimitar un campo de experiencias que pudiera definir la clínica psicoanalítica y que, en ese entonces, presenté de la siguiente manera:

El psicoanálisis que reconozco es aquel que cada vez más toma el cuerpo como setting. Proponer la idea del cuerpo como setting, no es tomar el cuerpo como objeto ni como marco del psicoanálisis. No es hacer del psicoanálisis una nueva técnica de masajes ni tampoco dirigirlo hacia la neurología, retornando por la puerta de servicio al lugar de donde salió hace 100 años, para llegar a ser un saber específico (5).

El texto continúa, retomando la noción de identificación proyectiva:

La porosidad propia de nuestros cuerpos es la condición que hace posible todo trabajo analítico, aún cuando no sea una condición suficiente. Es con nuestro cuerpo que aprehendemos los afectos, somos penetrados por introyecciones y realizamos proyecciones. No es solamente el mundo mental el que proyecta. Es con nuestro cuerpo, a través de su porosidad, que proyectamos e introyectamos. Quizás entonces, ni siquiera se trata de hablar de proyecciones y de introyecciones sin comillas, ya que son las

nociones mismas de interno y externo las que deberían ser transformadas. La noción fundamental de identificación proyectiva, por ejemplo, debería ser pensada más allá de un acto o de un mecanismo mental.

Al final del texto afirmo que:

Propongo que comencemos a entender la situación analítica como un campo de intercorporeidad y no solamente como un campo intersubjetivo. Situación analítica en la que el cuerpo es el setting. Es también en estos términos que me puse a pensar en la enigmática formulación freudiana de la comunicación entre inconscientes. Comunicación que se hace posible, a través de la porosidad original de nuestros cuerpos, gracias al hecho de ser en el análisis, órganos de una sola intercorporeidad.

La noción de intercorporeidad propuesta por Merleau-Ponty estuvo presente en un ensayo de 1959, "El filósofo y su sombra", teniendo como punto de partida la referencia clásica del encuentro de la mano izquierda con la mano derecha a través del tacto. Merleau-Ponty (1960) intenta formular la posibilidad de comprensión de la relación entre Yo y el otro, ya no más a través de la intersubjetividad sino que de la intercorporeidad:

Cuando mi mano derecha toca mi mano izquierda, yo la siento como una "cosa física", pero en el mismo momento, un acontecimiento extraordinario se produce: he aquí que mi mano izquierda también comienza a sentir a mi mano derecha.(...) no de otra manera es como el cuerpo de otro hombre se anima ante mí, cuando estrecho su mano o hasta cuando le miro.(...) Mis dos manos son "con-presentes" o coexisten porque son las manos de un solo cuerpo: un otro aparece por extensión de ésta "con-presencia", él y yo somos los órganos de una misma intercorporeidad.

Para Merleau-Ponty la noción de intercorporeidad es fundamental en la transformación de una tradición filosófica marcada por el privilegio de las representaciones, en una filosofía dirigida hacia la investigación de las intensidades sensibles, primer terreno de nuestras experiencias vividas.

He decidido hoy insistir en la dimensión intercorporal del campo analítico, tratando de subrayar, desde otro ángulo, la gran interdependencia existente entre los funcionamientos psíquicos de los analizados y de los analistas durante el proceso del análisis. Con

esto he tratado también de referirme a las formas de comunicación y de no-comunicación que atraviesan y que sostienen los trabajos analíticos. Son los estímulos básicamente no-verbales y pre-verbales (pero que pueden ser también verbales) los que operan por medio de un plano primordial de contacto y de experiencia con el otro, los que equivalen a la intercorporeidad. En el texto del año 2000 intenté también presentar el tema de la intercorporeidad a partir de la idea que las percepciones y las sensaciones llevan en sí, la posibilidad de atribución de sentidos/significados. La pregunta que proponía era si la dimensión intercorporal en sí-misma, en su estructura sensorial enmarcadora, podía ser no solamente un polo receptivo sino que además producir significación.

La necesidad de avanzar con respecto al texto publicado en el 2000 también tiene como intención, indicar el riesgo presente en las nociones como las de intersubjetividad, intercorporeidad, campo analítico, relación bipersonal y otras por el estilo, en psicoanálisis. Comprendo que el riesgo es aquel de hacer prácticamente desaparecer la experiencia singular de dos sujetos, definidos psicoanalíticamente a partir del inconsciente, de las pulsiones y de las dinámicas conflictivas, en nombre de una experiencia indiferenciada vivida por la pareja analítica. Dicho de otra manera, si se sustituye el supuesto solipsismo freudiano (el registro de la investigación exclusivamente intrapsíquico) –como lo mostró Green en el 2000– por el plano intersubjetivo, por las nociones de una psicología de dos (o tres) personas, corremos el riesgo de permanecer ciegos (en este caso del otro ojo) ante la complejidad de la experiencia clínica psicoanalítica que, si lo aceptamos, es necesariamente intrapsíquica e intersubjetiva, simultáneamente.

Entiendo que mi texto precedente sufre un tanto de este mal. Entusiasmado por las nociones de intercorporeidad y de campo analítico, nociones propuestas por la pareja Baranger (1969-1993), y queriendo subrayar una dimensión que yo veía estar descuidada por muchos psicoanalistas, no consideré una cierta dimensión de corporeidad, la cual pretendo reincorporar ahora. Adoptando la riqueza teórica aportada por las nociones de campo analítico, de intersubjetividad, de intercorporeidad, no podemos correr el riesgo de perder de vista la sexualidad, las fuerzas pulsionales, los registros inconscientes, la dinámica conflictiva, el mundo interno y los objetos que lo habitan y atormentan.

René Roussillon (2008), en su libro *Le jeu et l'entre-je(u)* (entiéndase como *El juego y el entre Yo-juego*), en un artículo que lleva como título "La pulsión y la intersubjetividad", afirma: *Encuentro personalmente*

lamentable que el concepto de intersubjetividad esté bajo amenaza de ser confiscado por algunas corrientes de pensamiento, las cuales hacen de su uso su propio emblema y que, suscribiéndose a definiciones restrictivas de éste, frenan la exploración metapsicológica y psicoanalítica.

Luego Roussillon insiste en que el concepto de intersubjetividad debería tan sólo ser utilizado en psicoanálisis si estuviese referido a una concepción psicoanalítica de la subjetividad, es decir, a una concepción que integre la existencia de una dimensión inconsciente, atravesada por los cuestionamientos sobre la pulsión y lo sexual. Ésta es exactamente mi posición, ahora revisada, en lo que concierne la noción de intercorporeidad, la cual prefiero actualmente denominar “co-corporeidad”. Reconozco que la noción de intercorporeidad tiene un gran valor en nuestro permanente trabajo por enfrentar la serie de obstáculos (*impasses*) determinados por los excesos de la noción de representación en el campo del psicoanálisis, y por los riesgos de un mundo intrapsíquico que podría caer en el solipsismo. Pero, al mismo tiempo, reconozco que es necesario que estas “virtudes” se acompañen de una definición de corporeidad que reconozca las huellas de las pulsiones, del inconsciente y de la sexualidad. Son estos *impasses*, por sobre todo, los que hoy en día me llevan a preferir la noción de “co-corporeidad” por sobre las nociones de campo analítico, de intersubjetividad o incluso de intercorporeidad.

La necesidad de reconocer, simultáneamente, las dimensiones intrapsíquicas e intersubjetivas nos obliga a optar por nociones que contemplen esta simultaneidad. Considero que el difícil abandono de este dualismo, como también el difícil abandono de los obstáculos en torno a la oposición clásica entre cuerpo y psiquismo, es lo que actualmente, todavía, impide que el psicoanálisis encuentre un lugar definitivo para la experiencia del concepto de “corporeidad” –tal como lo definí–, tanto en términos metapsicológicos como clínicos.

Propongo, por lo tanto, que comencemos a pensar el fundamento del campo analítico como una co-corporeidad, un tejido material y energético, móvil e inestable, movido por fuerzas pulsionales mensajeras y

marcado por interferencias de intensidades tanto internas como externas, que van constituyendo un campo de fuerzas y de proto-sentidos. No hay cómo excluir la dimensión pulsional de la corporeidad, ni del Yo, ni del Inconsciente. Sin embargo, tampoco hay manera de negar la dimensión relacional propiamente intersubjetiva de la situación analítica. Prefiero la noción de co-corporeidad que la de intercorporeidad, porque pienso que el énfasis no debe situarse en el “entre” corporeidades, sino que más bien en la idea de la co-presencia de dos corporeidades, que ya traen consigo al Yo y al otro. Co-corporeidad que no es una unidad diferenciada, sino que es la presencia de dos corporeidades en la que cada una es más que una unidad encerrada en sí-misma, en la que cada una es siempre la simultaneidad del dos y del uno, y donde existe un cierto nivel de diferenciación y de indiferenciación.

REFERENCIAS

1. Aulagnier P. La Violence de l'Interprétation. P.U.F., Paris, 1975
2. Baranger W. Proceso en espiral y campo dinámico. In Zak de Goldstein R, Baranger W, Goldstein N (editors). Artesanías Psicoanalíticas. Kargieman, Buenos Aires, 1994
3. Baranger W, Baranger M. Problemas del Campo Psicoanalítico. Kargieman, Buenos Aires, 1969/1993
4. Bernard M. La corporéité fictionnaire. Revue Internationale de Philosophie, 56(4): 523-534, 2002
5. Coelho Junior N. Psicanálise, corpo e setting. In L.C. Figueiredo and N.Coelho Junior, editors, ética e Técnica em Psicanálise, pages 97-106. Escuta, São Paulo, 2000/2008
6. Donnet JL. La Situation Analysante. P.U.F., Paris, 2005
7. Freud S. Le Moi et la C, a, Essais de Psychanalyse. Payot et Rivages, 1923/2001
8. Freud S. *El Yo y el Ello*, obras completas. Volumen XIX. Amorrortu, 1993
9. Green A. Propédeutique: La métapsychologie revisitée. Champ Villon, Paris, 1995
10. Green A. La Pensée Clinique. Odile Jacob, Paris, 2002
11. Husserl E. Méditations cartésiennes. Vrin, Paris, 1929/1969
12. Merleau-Ponty M. Signes, chapter Le Philosophe et son Ombre, pages 201-228. Gallimard, Paris, 1960
13. Miller P. Topique, volume 74, chapter Métabolisations psychiques du corps dans la théorie de Piera Aulagnier, pages 29-42. Paris, 2001
14. Ogden T. Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. Aronson, Northvale, N.J., 1982
15. Roussillon R. La pulsion et l'intersubjectivité: vers l'entre-je(u). In Le jeu et l'entreje(u). P.U.F., Paris, 2008

ENSAYO

ACERCA DE SI LA LIBERTAD Y EL SENTIDO SON EL FUNDAMENTO DE LA PERSONA

(Rev GPU 2011; 7; 4: 406-415)

Hernán Villarino¹

INTRODUCCIÓN

En las conclusiones de un trabajo anterior sobre la afectividad en Aristóteles² concluimos que su idea de la plenitud del ser del hombre no era natural, dependía de la conducta ética, que radica en su libertad y por ende es responsabilidad suya. En la modernidad las ideas básicas de Aristóteles están presentes tanto en Jaspers como en Heidegger, y en general en los autores existencialistas y personalistas. Para todos ellos el ser del hombre, básicamente, es poder ser y posibilidad. Por eso, en todos ellos es un tema esencial el proyecto libre, según el cual cada uno realiza por sí mismo su propio ser y su humanidad. Sin embargo, a diferencia de Aristóteles, en estos autores están muy presentes los temas de la culpa y la angustia³.

Ni la psiquiatría ni la psicología han respondido de un modo taxativo si el ser humano radica en la naturaleza o es obra de su libertad. Hay autores que defienden una cosa y otros la otra. Pero todo lo que sabe la psiquiatría toma una coloración distinta según el punto de partida, o de llegada, sea uno o el otro. Por lo pronto, si no somos libres, la angustia y la culpa, la tristeza y la alegría, etc., carecerían de sentido; no serían más que

una secreción psíquica automática (aunque arbitrariamente pudiéramos preferir una u otra). Los problemas humanos, entonces, no serían de ser y de significado, sino puramente técnicos; en este caso, un saber y poder drenar la secreción incómoda, o producir la que se prefiere. A la postre, la vida anímica pareciera ser tratada aquí como si fuera una exudación hormonal excedente o deficitaria, y con ello, "Un mundo feliz" quedaría, aparentemente, al alcance de la mano.

Pero, puesto que en relación con la libertad hay en la psiquiatría al menos dos tradiciones, estamos ante una discusión abierta que, como no está resuelta puede ser continuada. A nuestro entender, mientras más se hunda el hombre en la biología más se parece al animal, incluso al vegetal, y más irreal es su imagen; por otra parte, cuanto más socialmente determinado esté, es tanto más impersonal. No son la biología ni la sociología las que pueden afirmar o negar la libertad, eso lo hacen el biologismo, el sociologismo, etc. (que no son ciencias sino filosofías, de modo que deben ser filosóficamente encaradas). En cambio, a ninguna persona libre se le ha ocurrido nunca negar su cuerpo ni que vive en sociedad ni la realidad e importancia de todo eso.

¹ Dpto. de Bioética y Humanidades Médicas. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Villarino, H. *Alma y afectividad en Aristóteles*. Rev GPU 2011,7; 2: 190-198.

³ La influencia de Aristóteles en Heidegger es explícita, pero no parece ser muy notoria ni relevante en Jaspers. No obstante, la idea de ambos de la vida humana como *bios o praxis*, es decir, como actividad que se afecta y determina a sí misma por su propio actuar, es aristotélica. Por otro lado, en ambos autores, y en todos los existencialistas, es muy patente la influencia de Kierkegaard y, con ello, de los temas de la angustia y la culpa, y de la relación en que ambas están con la libertad.

La determinación de la libertad, y por ende del sentido que tiene la vida humana para su propio portador, tiene especiales dificultades. No es algo que pueda mostrarse señalándolo con el dedo. No es algo físico ni biológico ni psicológico ni sociológico, y parece absurdo recurrir a pesas, reglas u otras mediciones de este tipo. Toda exploración de estos temas es indirecta, como dice Jaspers, y los resultados siempre son intelectualmente ambiguos, aunque sean existencialmente ciertos y decisivos.

Sólo los artistas, con su plasmación de símbolos y cifras, tienen la habilidad de crear intuiciones sensibles sobre la libertad y el sentido. A nuestro entender, lo más cerca que en este terreno han andado filósofos y psiquiatras es a través del concepto persona, que es lo que quisiéramos explorar aquí.

ANTECEDENTES

En los textos de psicología que se ocupan del tema se reconoce que la palabra persona viene del término griego *prosopón*, que en latín se dice *per-sonare*, y que alude a la máscara empleada en el teatro para caracterizar al personaje representado, o para amplificar la voz del actor, de allí lo de *per-sonare*. A partir de aquí caben al menos tres conceptos de persona. En primer lugar, en tanto la máscara representa a un personaje, el término persona sería aquello que identifica al sujeto que la porta en la ejecución de su papel. De acuerdo con esto, el ser personal consiste en sus peculiaridades psicológicas, es decir, sus impulsos, inclinaciones, reflejos, experiencias, estados de ánimo y cogniciones, junto a las predisposiciones constitucionales y genéticas, y en general de cuantas cualidades o ingredientes se puedan y quieran reconocer. Sin embargo, con esta perspectiva la unidad del objeto que constituyen aquellas notas tan heterogéneas sólo termina mostrando un ser así, caracterizado, sin dudas, pero completamente impersonal, de modo que si bien se puede afirmar que las personas tienen un carácter, el carácter no es la persona. Como lo que caracteriza al personaje es también el papel que juega en la trama, el término persona, secundariamente, se ha hecho sinónimo de los roles sociales, públicos o privados con que cada sujeto se presenta o se hace presente a los otros, es decir, se trata de una interpretación sociológica. Pero así se vacía a la persona de su intimidad, privilegiando el contexto anónimo de la sociedad como fuente de los actos personales; por consiguiente, aunque las personas juegan diversos roles, los roles no son la persona.

ORIGEN JURÍDICO DEL TÉRMINO PERSONA

Aún es posible una tercera interpretación, que por lo demás constituye la clave del concepto tradicional de persona. Consiste en tomar su sentido no tanto del *prosopón* (máscara), cuanto del *per-sonare*, es decir, en lo de hacer oír la propia voz porque tiene valor e importancia, asociando así a la persona y el lenguaje.

El segundo acto del drama en el concepto persona no se cumplió en el ámbito de la psicología ni de la sociología, sino en el de la Ley. Fue en el Derecho Romano donde se empezó a distinguir entre cosas (*res*) y personas. Ser persona era una cierta dignidad, acordada y reconocida (y dignidad no significa otra cosa que importancia), en virtud de la cual el dignatario tenía, en oposición a muchos otros, todos los Derechos, y en tanto genuino y único portador de los mismos podía hacer oír su voz y hacerse valer. A raíz de esto, los términos ser humano y persona no eran sinónimos, porque no todos los seres humanos tenían los mismos Derechos⁴.

El carácter de la persona, en Roma, era mayormente político. Pero esta primitiva traslación romana desde el teatro al foro del término persona conserva, en contraste con las interpretaciones psicológicas y sociológicas, el sentido original de lo que realmente se entendía por *prosopón* (máscara) en la antigüedad. En el teatro no se representaban todas las vidas, sino la de los héroes y heroínas. Como allí comparecían los únicos por cuyo existir había interesarse y prestarle atención, la diferencia entre *res* y personas aludía a la importancia de estas últimas a diferencia de la esencial insignificancia de las cosas.

LA REFLEXIÓN FILOSÓFICA GRIEGA EN TORNO AL SER HUMANO

Aunque el concepto persona no es griego, el término *prosopón*, y el teatro, donde acaso la persona compa-

⁴ Aunque éstos parecieran ser asuntos lejanos a nuestro horizonte actual, el problema de si los conceptos ser humano y persona son co-extensivos se ha vuelto a plantear en el presente. Para Peter Singer, por ejemplo, son personas los animales superiores que sienten y sufren, en cambio no lo son los seres humanos con trastornos neurológicos, incapaces de aquellas experiencias. Esta discusión se plantea también en lo relativo a los conceptos ser humano-embrión humano, que a juicio de muchos tampoco son co-extensivos. Estos debates están en la base de los derechos que posee cada uno de los seres designados con esos distintos conceptos, y apuntan a una dimensión ético-jurídica que es inherente y pertenece desde siempre a la raíz de los conceptos ser humano y persona.

reció por vez primera, son suyos. Pero los filósofos griegos no conocieron a la persona sino al ser humano, de modo que su reflexión pretendió aclarar lo que éste es, no lo que la persona es. Es preciso conocer los hallazgos griegos, aunque sea someramente, porque es a partir de ahí que la patrística desarrolla sus propias ideas.

De acuerdo con Aristóteles, todos los entes que existen están compuestos de dos co-principios, la materia y la forma. La forma, que en el caso de los seres vivos llamó alma, es el principio de información de los entes en virtud de lo cual son lo que son, es decir, son tales entes. Este árbol es tal no en función de su materia, que es casi la misma que en los otros vegetales, sino en virtud de la información (forma), por *mor* de la cual es éste árbol.

Con este esquema es fácil entender que, por las evidentes diferencias de sus formas o entelequias, un caballo se distinga de la hiedra. No obstante, ¿cómo, si tienen la misma forma, se distingue este eucalipto de este otro eucalipto? Por lo pronto, entre ambos hay algo en común, por eso les damos el mismo nombre; sin embargo, no por eso son los mismos. A la unidad y realidad en común le dio Aristóteles el nombre de especie; en cambio, aquello en que cada uno se distingue de los otros, tanto de los otros entes de su misma especie como de cualquier otro ente del cosmos, lo llamó individualidad.

Ahora bien, mientras la especie es común y por ende se comunica a cada uno de los individuos de la misma especie, el individuo está dividido de todo lo demás y es indiviso respecto de sí mismo, de modo que no se comunica, nada en común con los otros cae necesariamente por debajo de él. En este sentido, el ser blanco o negro, abogado u obrero de la construcción (individuos) no se predica de todos los seres humanos; en cambio, el ser racional (especie) se predica de todos y cada uno de ellos. Los seres humanos poseen una naturaleza en común, una misma substancia segunda, pero cada uno es un individuo, o substancia primera, que existe concretamente en la realidad.

Pero la importante y fundamental noción de incomunicabilidad e inefabilidad de los individuos realizada por la filosofía griega no está bien fundamentada. En el caso de los vegetales y los animales es muy patente que cada individuo vive la vida de la especie y en los límites fijados por ella. La vida y el modo de vivirla son comunes y les vienen impuestos, de modo que su ser propio en cierto modo es exterior a ellos mismos. Y en el caso de los seres humanos, si bien es cierto que de éste se predica que es carpintero y de éste otro que es músico, y por tanto de los dos no se predica lo mismo, el hecho de que cada uno sea lo que es deriva de que

tienen una misma esencia racional. De algún modo, entonces, eso que son distintamente lo son por lo que tienen en común. Sus diferencias, que en el fondo son accidentales, y por ende predicamentales, responden también al hecho de tener una esencia o naturaleza idéntica, de modo que el ser mío, mi propio ser, no es algo mío, y en realidad yo no estoy por mí.

LA PATRÍSTICA

El tercer acto del drama de la persona se cumplió en el seno de la discusión teológica cristiana inicial, que hoy se conoce como patrística. Los antecedentes de esta reflexión, que es necesario conocer para entender el sentido, curso y desarrollo de esta investigación, son dos. En primer lugar, que Dios, como decía Hegel, es único y lo absolutamente otro; en segundo lugar, que Cristo es ser humano, es decir, que tiene una naturaleza humana como la de cualquier otro, pero que al mismo tiempo es Dios; es decir, único y absolutamente otro. Esto, claro está, supone una contradicción insoluble, porque no se puede ser uno de tantos al mismo tiempo que se es absolutamente otro, y esta flagrante contradicción hacía ininteligible la existencia de un Dios-Hombre que en el mismo acto fuera completamente hombre y completamente Dios.

Para la patrística, el ser humano no es sólo naturaleza sino persona, y la persona es lo más íntimo y propio de cada cual. Cuando en el presente decimos que ciertos bienes o asuntos son personales, aludimos a que no son comunes a todos, sino míos propios, y con ello manifestamos una lejana y quizá ignorada influencia de Gregorio Nacianceno, el más destacado de los teólogos que intervino en la elucidación del concepto persona. A diferencia de los otros entes, que son su naturaleza, en el ser humano, si bien tiene una naturaleza, su ser es personal; vale decir, su ser está apropiado, como dice Zubiri, y consiste en una determinada apropiación. Hay por ende un poseedor, la persona, y un poseído, la naturaleza humana. Como la persona no es común sino que es en cada caso la mía, no existe la especie persona; el acto de apropiación, la donación del propio sentido, es algo personal, de modo que la persona, a diferencia del individuo, es real y radicalmente incomunicable, lo cual no significa que la persona sea muda, que no pueda hablar ni darse a entender, que no comprenda a los otros o que tenga que vivir sola y aislada. Es incomunicable en sentido metafísico, no psicológico, es decir, en el plano del ser: como el ser personal es algo mío, y como en ser persona consiste mi ser, nadie puede estar por mí y yo no puedo estar por nadie.

Para Zubiri, el ser humano, en cuanto naturaleza, es agente de sus actos (del dormir, del comer, etc.),

pero como persona es el autor de su vida (la persona es el texto, no el contexto). En cuanto agente, el ser humano está grandemente determinado por su propia naturaleza, pero como autor personal él se determina a sí mismo en el ser que es. El agente no es del todo responsable de sus actos, por lo pronto él no los ha puesto, vienen ya con su naturaleza. Como autor personal, en cambio, su vida no está determinada sino que él la determina, incluso influye, moldea, o modifica los actos que brotan de su naturaleza. Y puesto que la persona tiene una naturaleza, humana en este caso, pero no es su naturaleza, la tiene, la persona es el centro de impunidad y fuente de libertad.

En relación con la concepción romana, la patrística coincide en considerar a las personas no como específicas sino como especiales, únicas, aunque no por motivos políticos sino metafísicos: por su modo de ser, las personas se distinguen de todos los otros entes del cosmos que sólo consisten en su naturaleza y quedan determinados por ella. Pero también diverge, porque considera que todos los seres humanos son personas.

TOMÁS DE AQUINO

Es evidente que la patrística tampoco alcanzó el fundamento de la persona, y si bien dedujo que la persona es el ser que a diferencia de todos los otros se posee a sí mismo, quedó pendiente la pregunta de cómo es eso posible y de qué significa. Desde luego, se podría objetar que esto de la persona no pasa de ser un exabrupto antropomórfico destinado a justificar posturas religiosas, porque si admitimos que el ser humano, como todos los otros seres, tiene también una esencia natural, su diferencia respecto de los otros sólo puede ser del orden de la naturaleza, como ocurre en todos los casos sin excepción. ¿En base a qué se podría afirmar la distinción entre un poseedor y una naturaleza poseída en que se dice consiste la persona? El poseedor queda en realidad flotando en el aire, y no se puede justificar la incomunicabilidad, ni mucho menos postular que yo estoy por mí mismo y no por mí naturaleza o esencia natural.

Para Aristóteles, el ser es un concepto análogo. En la naturaleza nos topamos con multitud de entes que no coinciden ni son idénticos, son tales y tales otros. Sin embargo, todos los entes coinciden en que son, y el ser que de todos ellos predicamos es análogo, justamente porque lo predicamos de todos ellos, ya que si bien no son idénticos entre sí es evidente que todos coinciden en que son. Pero, para Aristóteles, los entes no sólo coinciden en el ser, tienen además el mismo acto de ser. Tomás de Aquino, seguidor del estagirita, introdujo en

esta última noción una variante. Igual que Aristóteles, distinguió a los entes por su esencia; pero, a diferencia de él, también los distinguió por su ser, en el sentido que hay actos de ser que son más profundos que otros. El ser, en Tomás, a diferencia de Aristóteles, tiene un carácter intensivo. Una piedra y un perro no sólo se distinguen por su esencia, el segundo tiene un acto de ser mayor que la primera, es decir, es más ser. De entre los seres naturales, quienes tienen el acto de ser más intenso y complejo de todos son los humanos, porque su acto de ser, que es el acto de dotación de sentido, les pertenece; de modo que no sólo son su esencia natural, es por su acto de ser que ella les pertenece. Y eso es lo que significa ser persona.

LA PERSONA EN LA CULTURA MODERNA

En el haber de Tomás de Aquino queda, en primer lugar, la donación de un fundamento metafísico a las intuiciones patrísticas. En segundo lugar, el sacar a la persona del ámbito natural, categorial, predicamental o del ser así, para ponerla decididamente en el trascendental, es decir, en el plano del ser o del sentido. El estudio de la esencia natural se dice que es predicamental, o categorial, porque en él se emplean las categorías, que son excluyentes entre sí. El tiempo no es lo mismo que el lugar y la relación no es lo mismo que la sustancia, ni ésta que la cantidad, etc. Sin embargo, el tiempo, el lugar, la relación, la sustancia, la cantidad, etc., todos ellos son, y si no fueran serían nada y no serían categorías. Las categorías son distinciones en el ser pero el ser las abarca y contiene a todas ellas. De allí que se diga que el ser es trascendente a las categorías, que va más allá de ellas, y que el estudio del ser, por ende, sea trascendental. Ya dijimos al comienzo que la libertad y el sentido, que son los ingredientes de la persona, no podían, como los otros entes físicos, ser señalados con un dedo.

Esto acota dos horizontes netos, porque lo trascendental ni es exclusivo ni invalida lo predicamental. En la actualidad, el estudio del ser humano, en el ámbito categorial, predicamental o del ser así ha alcanzado un desarrollo enorme. El saber anatómico, fisiológico, sociológico, psicológico, etc., constituye un tesoro inestimable que aquí ni siquiera rozamos. Pero como no siempre es obvia la distinción de lo categorial y lo trascendental (la apropiación por medio de la dotación de sentido al propio ser), muchas veces los estudios y resultados científicos se exhiben como conocimientos sobre la persona, aunque la persona no sea un producto de laboratorio, surgió y siempre vuelve a surgir en el teatro, el foro y el templo. Los resultados de la ciencia, aunque aludan al ser humano, siempre son objetivos

e impersonales, muestran el contexto, no el texto ni el sentido. Modernamente, el real estudio de la persona empezó a cobrar nuevos bríos, entre otros, con Kierkegaard, Nietzsche y Feuerbach, de donde tomaron impulso buena parte de los llamados personalistas.

EL PERSONALISMO

No es tanto una escuela cuanto una corriente, constituida por una pléyade de filósofos cuya producción es muy heterogénea, y entre los que destacan Buber, Marcel, Scheler, Rosenzweig, Lacroix, Nedoncelle, etc. Aunque no pueda hablarse de una doctrina común a todos aquellos autores, ya que se ocupan de temas variados, emplean métodos diversos, parten de supuestos distintos y alcanzan conclusiones no siempre coincidentes, no puede dudarse que tratan de asuntos comunes, en particular el esfuerzo por superar y trascender los ídolos del individualismo y el colectivismo, la piedra molar de arriba y la piedra molar de abajo del sombrío altar donde se sacrificó a la humanidad del siglo pasado. Con el personalismo, la persona, más allá de las imprescindibles disquisiciones lógicas y metafísicas que la sustentan, quedó, como en Roma, abierta una vez más a su carácter político, y enraizada en el mundo redescubrió su corporalidad, historicidad y contingencia.

Aunque superficialmente podría parecer que la reflexión personalista se subleva de todo lo pensado previamente, porque en el centro de la persona y la personalidad pone la comunicación, esto no es más que otra manera de decir lo mismo, pero destacando, ahora, su carácter esencialmente relacional y dialogal, y entendiéndola como aquel ente para quien el infierno es propiamente la soledad. Según Buber, decir *yo* refiere de modo inmediato e inexorable a un *tu*, de modo que la persona está en el *entre*, en esa reciprocidad creada o brotada en la relación de una persona con otra persona. Es en esa mutua respectividad donde las personas realmente se personalizan y adquieren una personalidad, que es su modo de ser propio nacido en el contexto de esta relación y referido a ella. Ahora bien, si la persona se personaliza, significa que adquiere en el tiempo la forma concreta de su propio ser. Por último, puesto que la persona ha de estar abierta y referida a otras personas, su personalización depende, sobre todo, de la contingencia de la situación en la que ha caído, o a la que ha sido traída tanto ella misma como las otras personas, y a las posibilidades que en ella encuentren, lo que supone la libertad. Si comunicación, intersubjetividad, trascendencia, historicidad, contingencia, absoluto, situación, sentido, corporalidad, apertura, sí mismo, libertad, mortalidad, etc., son algunos de los

rasgos que los modernos personalistas enfatizan como constitutivos de la persona, veremos cómo también estos conceptos continúan operando y transformándose en los siguientes autores.

HEIDEGGER

Lo ingente y la densidad de su obra desaconsejan pretender despachar a este autor con un par de párrafos. Por lo demás, su filosofía es una reiteración de la pregunta por el sentido del ser. Explícitamente, el *Dasein* es el ser-ahí, no la persona. No obstante, puesto que la persona ha sido puesta por la tradición en el ámbito del ser, trataremos de demostrar que el ser del *Dasein*, desde cierta perspectiva, equivale con la persona.

Heidegger, aunque no en el mismo sentido de la filosofía antigua, distingue entre lo óntico (categorial) y lo ontológico (trascendental). Ahora bien, si la pregunta conductora es por el sentido del ser, se trata de una investigación ontológica, vale decir, puesta en el plano trascendental. Es notorio, sin embargo, que esta pregunta sólo la formulan explícitamente los filósofos o los profesores y, al decir de algunos, los ociosos, improductivos y pedantes. Lo cierto es que casi nadie va por ahí preguntando por el ser⁵. Cada uno vive ocupado en sus asuntos, afectivamente dispuesto y solícito respecto de los otros; y ésta, que es la estructura original del ser del *Dasein*, y que Heidegger denomina el cuidado, supone actitudes y actividades heterogéneas, las que no obstante poseen unidad y sentido porque son las respuestas a una pregunta que cada cual se formula, no teóricamente sino de modo práctico y activo, y en torno a la cual realmente vive, a saber: ¿qué va a ser de mí? ¿Qué va a ser de mí ser? Y esto no es un preciosismo, una curiosidad académica ni una indagación exótica. En la pregunta por el ser y el sentido está desde siempre el *Dasein* ónticamente comprometido, es decir, ya en su vida cotidiana, en aquello que mejor y de modo más inmediato conoce y acomete está implicado su propio ser. El *Dasein* es el ente a quien le va el ser en su propio ser; él mismo está involucrado en la pregunta, porque el ser al que se interroga y el que responde es

⁵ No obstante, como dice Heidegger, todos tenemos una comprensión vaga y término medio respecto del ser, y si así no fuera sería imposible preguntarse por él explícitamente. Ya en el lenguaje ordinario usamos desde siempre el verbo ser con un sentido copulativo (sujeto-predicado), existencial (ser o no ser), y veritativo (ser o no ser así). Para Levinas, el verbo ser es el mejor comprendido pero el menos definible de todos.

en cada caso el mío. Por eso, la pregunta por el ser tiene un carácter fundamental, y de la respuesta pende cualquiera otra relativa al mismo *Dasein*.

A través de la estructura del cuidado el ser del *Dasein* se revela como sentido, aunque frecuentemente su ser haya sido comprendido como el del habitante de un mundo de objetos respecto del cual y correlativamente él es un sujeto. (Así lo entiende la fisiología, por ejemplo). Este microscopio es un instrumento construido objetivamente, de acuerdo con leyes físicas objetivas, pero está puesto por el *Dasein* para conocer el mundo o para dominarlo, o para indagar en el estado de su sangre y poder curarse. El mundo del *Dasein* no es una suma de objetos, tiene un sentido y un significado que refieren al propio *Dasein* y su cuidado. La objetividad es un modo de comportarse⁶ en el seno del cuidado, de modo que no es lo primero ni lo único.

Por vivir en el sentido, la comprensión no es un mero modo de conocer sino un modo de ser del *Dasein*, de ahí su carácter hermenéutico. Pero si el mundo original del *Dasein* no es físico sino, primordialmente, uno de sentido, el ser que somos y el que queremos ser siempre lo tenemos ya comprendido de alguna manera, y es en función de esa comprensión que nos com-portamos. Ahora bien, el *Dasein*, que es el ser que comprende y lo comprendido por él, desde siempre se comprende a sí mismo de un modo impropio, es impropriamente el que es. Aunque Heidegger, en rigor, habla del estado de caído, aquel aserto se ha de entender como que originalmente el *Dasein* vive de modo impersonal, o despersonalizado. En efecto, el *Dasein* nunca comprende originariamente su ser, ni se com-porta, de acuerdo con su estructura instintiva ni en relación con un vago concepto de lo que es objetivo o racional, sino según cierta comprensión de sí término medio tomada del ambiente en el que vive. Vale decir, vive de acuerdo con la opinión pública, ambiguamente, por ende, entre curiosidades y habladurías, de modo que el ser de cada cual no está por sí mismo sino por otros. El ser del *Dasein*, en este caso, es en realidad el ser del *se*, o del *uno*, de *uno* como cualquier otro, donde se toma una posibilidad y se dejan otras sin ninguna apropiación personal. Pero, ¿hay algún camino para que el *Dasein* pueda comprenderse desde sí mismo, de acuerdo con su ser más propio, sin disiparse en el *se* o el *uno*?

Paradójicamente, es en la muerte, que carece de ser y por ende de sentido, donde Heidegger ve esta apertura del *Dasein* con su ser y sentido propios. La muerte la entendemos como un hecho y la ponemos en algún lugar indeterminado del futuro, de modo que no la comprendemos. Vivimos de espaldas a nuestra mortalidad, porque sólo es un hecho la muerte ajena, la mía propia es algo que yo mismo no puedo experimentar como un hecho. Mi propia muerte es una posibilidad, no un hecho, posibilidad a la que me acerco y viene hacia mí en todos los instantes de mi vida. Pero a diferencia de todas las otras posibilidades en que consiste mi vida, la muerte es la posibilidad de la imposibilidad de todas las posibilidades: la muerte es el fin. El fin de la vida humana, dice Aristóteles, es la felicidad; pero es evidente que aunque seamos felices no por ello la vida llega a su fin, incluso en el momento siguiente podemos ser penosamente desdichados. En Heidegger, la muerte como el fin están planteados en el doble sentido de término y de finalidad.

Si algún lector paciente ha llegado hasta aquí, y en este mismo momento se le avisara que sólo le resta una semana de vida, ¿seguiría leyendo? ¿O se cuidaría de otras cosas que la evidencia de la muerte torna significativas, esenciales y vitales? A nuestro juicio, lo que Heidegger dice es que el *Dasein* sólo tiene un ser propio en aquello que por ser realizado explícitamente de cara a la muerte, y a la nada, la resiste sin ser anonadado. Vivir comprendiendo nuestra finitud, vale decir, la propia muerte, com-portándose frente a ella, es lo mismo que vivir en el ser y verdad propios, y por ende en el sentido. Por medio de la comprensión de la muerte se abre la propia resolución, que supera el estado de publicidad y de caído, y a partir de ahí se hace posible labrarse un ser auténtico, la realización del sí mismo entre lo anónimo e impersonal que la situación depara.

Nos hemos detenido en Heidegger, porque a pesar de su novedad ilustra con nitidez lo que significa el carácter trascendental e incommunicable de la persona; pero, también, el que el ser de la persona dependa de su libre apropiación, y que por lo tanto le pertenezca a cada uno en propiedad. Nadie puede tomar su muerte al otro, dice Heidegger, de modo que ni yo puedo estar por otro ni ninguno otro puede estar por mí; cada cual es el responsable de empuñar su propio ser y sentido. Por lo demás, a partir de la estructura hermenéutica del *Dasein*, Heidegger introdujo el tema ser-lenguaje (que ya los romanos vislumbraron con el *per-sonare*), característico de la moderna reflexión respecto a la persona.

⁶ Com-portarse, afirman Rivera y Stuvén, es una maravillosa y precisa palabra castellana; alude al hecho de portar el propio ser, de llevarlo uno mismo dondequiera se lo lleve (ver la bibliografía).

JASPERS

Tampoco Jaspers enfila su filosofía sobre la persona sino sobre lo que llama *Existencia*. A nuestro juicio, sin embargo, y como en el caso anterior, si tomamos lo discutido hasta aquí, según lo cual la persona no es una cosa, que tiene una naturaleza pero que su ser le pertenece, que es afectada en su ser por su propia comprensión, decisión y modo de ser (circularidad), etc., también la *Existencia* jaspersiana puede entenderse, y no puede no entenderse sino como persona, es decir, trascendental y no categorialmente.

Para Jaspers, el mundo es lo otro, aquello que se presenta como antinómico, contradictorio, inabarcable, incognoscible, irrepresentable e inimaginable como totalidad, de modo que todos vivimos ciegamente y en una ignorancia esencial, dando cara al fenómeno y no al nómeno, que es trascendente, como quizá diría Kant. La vida humana, no obstante, consiste en la dotación de sentido de la propia vida, pero las situaciones límite⁷, que son experiencias universales e ineludibles, muestran el carácter incomprensible y problemático de esa vida. No obstante, dice Jaspers, el ser humano no tiene *Existencia* si no entra en el las situaciones límite con clara conciencia y los ojos bien abiertos. Empero, en el extremo de la lucidez, sigue viendo el límite de un mundo fenoménico inconexo, sin concierto, armonía visible ni significado verificable, pero que como todo lo que se presenta escindido supone una unidad (nómeno) que en este caso no se objetiva.

Para ver la unidad, totalidad y fundamento del mundo y de la vida humana hay que trascender la oscuridad del límite, pero al trascenderlo, en demanda del incognoscible nómeno, se halla esa unidad, totalidad y fundamento como ser o como nada (como sentido o como sinsentido). Ambas cosas son válidas, y ninguna puede ser racionalmente fijada, porque al hablar de un cimiento del mundo y de la vida se ha trascendido el límite, y nuestra razón sólo opera con las categorías que están más acá de él. El límite, justamente, es lo que muestra a un ente, que como el ser humano es racional, la incapacidad de la razón para dotar de entidad al mundo y a la vida, y con ello indica, de modo inocultable, la falta de suelo firme, el riesgo y la necesidad de apostar por el sentido en que consiste la vida humana. El ser o la nada (sentido o sinsentido), son por ende irracionales, o supra-racionales, y en el trascender del límite, según veamos una cosa u otra, así somos nosotros

⁷ Las situaciones límite son la muerte, la culpa, la lucha, el sufrimiento y el acaso.

mismos y así nos com-portamos, en un claro ejemplo de la circularidad hermenéutica que ya vimos en Heidegger, y en virtud de la cual el hombre, como decía Nietzsche, no es un animal terminado sino incompleto y abierto a su propia realización. A la postre, es él quien decide lo que es, la plenitud de su ser o de su ser nada (o ser el uno).

La vida humana, dice Jaspers, discurre con los otros, y el trascender del límite, es decir, el que haya ser o que haya nada (sentido o sinsentido), depende de nuestra vida con ellos. El tema de la comunicación es esencial en Jaspers, como en los personalistas. Ahora bien, con muchos, con casi todos, la comunicación es impersonal, y nuestra vida con ellos está presidida por la Ley. Pero con alguno, o algunos, la vida consiste en hacer con ellos nuestra vida, ellos son nuestros testigos y a quienes damos cuenta de nuestro *Existir*. A la primera la llamó Jaspers existencia empírica, a la segunda, *Existencia*. La *Existencia* es siempre comunicada y en comunicación, pero no podemos detenernos a explorar sus condiciones, asunto que ya hicimos en otro lado.

Quien ante el misterio del mundo, de la vida y del propio destino afronta sin eludir ni disimular la muerte, la culpa, la lucha, el sufrimiento y el acaso, pero en su luminosa ceguera presiente que delante suyo no hay una nada sino un bien, un deber y un ser que realizar, un desafío que cumplir ascendiendo a través de la ley del día; y que a pesar de la pasión de la noche, la calamidad y la ruina que contempla y padece sin disimulos en sí mismo y en el todo, persevera en su libre apuesta de que el vivir tiene ser, es decir, verdad y sentido, quien, decíamos, así comprende el mundo y a sí mismo, y en consecuencia así se com-porta, lo hace según el clásico símbolo o cifra del hombre trágico, carácter que posee, a nuestro juicio, la idea jaspersiana de persona y personalidad que denomina *Existencia*.

ZUBIRI

Zubiri no habla tanto del ser (sentido) cuanto de la realidad, porque distingue las cosas sentido de las que son de suyo lo que son. El sentido es comprendido por el ser humano, pero a partir de lo que es de suyo, y es en el trato con las cosas de suyo que se abren posibilidades de sentido. Esta mesa no es un mero objeto, está relacionada con la vida humana porque tiene en ella un cierto sentido; pero a nadie se le ocurre hacer mesas de agua, se hacen de madera, porque esa materia es de suyo lo que es. Empero, si el artifice hubiese sido negligente y trabajado con palos verdes, al plantar un esqueje de esta mesa no brotaría una mesa sino un árbol, porque el esqueje es de suyo lo que es, y así y sólo así

se comporta. Como para Jaspers, el sentido, en Zubiri, no agota ni contiene toda la realidad. La realidad (ese océano de insensatez y locura) hace posible el sentido, pero ni el significado ni el sentido, siendo reales, son toda la realidad.

En la realidad, dice Zubiri, las cosas son de suyo lo que son (plano predicamental). Pero las realidades personales, además de ser de suyo lo que son, son realidades en propiedad (plano trascendental), porque su realidad no se agota en ser de suyo lo que son, sino en que esa realidad sea suya. El acto en virtud del cual los seres personales se pertenecen como realidad es la inteligencia sentiente, que consiste en impresión de realidad. Los seres humanos no sólo son estimulados por su medio, sino que por su inteligencia experimentan lo real impresivamente. El animal siente que el fuego quema, pero para el ser humano el fuego no sólo quema sino que es caliente. El fuego es caliente de suyo, en eso consiste su realidad, que no se agota, como en el animal, en su capacidad de estimular o afectar la propia sensibilidad. Y así como con el fuego, el ser humano aprehende todo lo que aprehende, incluso a sí mismo, como realidad.

Todas las otras realidades son clausuradas, son de suyo lo que son; sólo el ser personal está esencialmente abierto a todo lo real en cuanto real, por ende, a su propia realidad y a la realidad de las demás cosas y personas. En relación con las otras personas, se *con-vive*, se *co-es* de un modo radical, porque incluso antes de tener conocimiento de ello los demás han afectado mi vida. El ser humano se origina de otros seres humanos, su constitución es filética, y ya por esa relación de origen quedan los otros dentro de sí y el sí mismo vertido hacia los otros, tanto en la comunidad impersonal como en la comunión de la intimidad. Desde luego, el niño, sin que otras personas le cuiden, ayuden, eduquen, etc., no podría ser. Los demás configuran su realidad, por eso la persona está desde siempre abierta y vertida sobre los demás. Pero por ser el animal cuya realidad le pertenece, su versión es siempre desde sí mismo, y siempre queda activo el momento de alteridad de las otras realidades, personales o no. Por eso, el estar desde sí mismo abierto a los demás es una instancia constitutiva no consecutiva de las realidades personales.

El ser humano no es substancia, dice Zubiri discutiendo con los griegos, porque hay propiedades suyas que penden de una decisión apropiadora suya. No es sólo el agente, también es el autor, libre, que se realiza en el acto de preferir, es decir, no es llevado por las cosas, es su propio acto quien le lleva a ellas, y con su actuar configura su personalidad. La persona no es, como todos los otros entes del cosmos, *substante* (*substan-*

cia, sujeto), porque su unidad y realidad no está pasivamente por debajo sino activamente por encima de sí misma; la persona es *superestante*, está abierta a su propia realización y realidad.

LA HISTORICIDAD DEL CONCEPTO PERSONA

Persona y personalidad son conceptos elaborados por una larga tradición occidental, que reflejan un vivir, hacer y pensar. En Oriente se conoce al individuo, sin duda, pero la individualidad, aunque no exclusivamente, es un mal, una culpa que debe ser purgada con la reintegración en el todo impersonal, ya sea cósmico, comunitario, estatal, etc. Sin embargo, persona es más que individuo, es el individuo que se posee a sí mismo y es responsable de sí mismo, cuya realidad no viene inscrita en su naturaleza sino que es creada con ocasión de ella, de su existir comunicado y en comunidad percatándose de su alteridad; de sus propias experiencias respecto de la muerte, la culpa, la lucha, el sufrimiento y el acaso; de su modo de ser libre, de enfrentar la historia, el poder, el intelecto, los símbolos, los mitos, la trascendencia, etc. Pero, sobre todo, es la valoración positiva de esta aventura libre y creadora, y la consideración de que el hacer y vivir personales, el personalizarse, no sólo no es nada sino que es lo más importante que le cabe emprender al ser humano.

Decía Kierkegaard que nada visible cambia con los actos personales y de personalización. La persona puede ser ese oscuro oficinista que apenas le alcanza el sueldo para llegar a fin de mes, el que sin embargo, de acuerdo con sus posibilidades, ha decidido libremente su propio ser verdadero. El TAC y el SPECT, la bioquímica de la sangre o del cerebro, los test psicológicos, etc., no muestran variaciones. El plano categorial y contextual sigue siendo el común de la especie, porque la diferencia sólo es aprehensible en el plano trascendental, textual. De allí que sean la comunicación y el lenguaje donde se muestra la persona, vinculado a la relación que existe entre ser y comprender. Y por eso, también, sólo a partir de la existencia de la personalidad y sus avatares, verificada a través del arte, la religión, la historia, la filosofía y el Derecho, es desde donde la ciencia puede reflexionar y teorizar sobre ella. Por último, como ha comprobado Heidegger, sólo porque somos seres personales podemos vivir despersonalizadamente. Un animal no puede ser impersonal ni inhumano ni estar alienado. Si la persona es acto (centro de actos la llamaba Scheler), y por ende tarea, la despersonalización surge del acto por medio del cual, inmersos en el *se* o el *uno*, eludimos con mil subterfugios nuestra propia personalización.

OBJECIONES AL CONCEPTO PERSONA

Sin embargo, el hecho de que la idea de la persona constituya un producto del Occidente mueve a pensar que sólo se trate de una creación cultural, llamada, como todas ellas, a desaparecer, del mismo modo que han fenecido tantos otros tipos humanos surgidos en la Historia precedente. En este caso deberíamos esperar que un nuevo Cervantes escribiera un nuevo Quijote, como epitafio, no de la periclitada andante caballería, sino de la persona. En aquella obra, con benévola ironía, melancólicamente quizá, se despediría para siempre lo que no ha sido más que un sueño, un engaño y un delirio: la persona y la personalidad, el ser y el sentido propios y apropiados.

Ya vimos que el término persona viene del *personare* romano, y alude a la voz y al lenguaje, que es el modo en que se manifiesta la intimidad personal. Sin embargo, para la lingüística moderna, y para su sucesor, el estructuralismo, nada propio se puede decir, porque todo lo dicho se dice a través de un lenguaje que nos precede, nos regula y nos determina. No hablamos, somos hablados por el lenguaje. Para otros, como el marxismo, todo nuestro decir es un repetir lo que ya está dicho previamente en las estructuras sociales en que estamos insertos; por último, algunos piensan que nuestro decir está inscrito en el inconsciente o es el fruto de determinaciones biológicas con asiento genético.

Jaspers consideraba que el surgimiento de la persona coincide con el nacimiento de los filósofos, en el siglo V a.C. Son ellos, los filósofos, los primeros que incurren en el acento libre, personal, porque hablaron desde sí mismos, con su propia voz y su propio decir, incluso a despecho del Estado y de las convenciones sociales. Pero la filosofía, dice Sloterdijk, se puede entender como un intercambio de misivas. Platón ha escrito las suyas, a las que respondió Aristóteles con las propias, y a ambos Kant, Nietzsche, Jaspers o Heidegger. Sin embargo, este intercambio milenar está amenazado de ruptura y desaparición a raíz del predominio de la técnica, los medios de comunicación social y la masificación. La filosofía es un asunto personal, y la desaparición de la filosofía conllevaría la desaparición de la persona. Viviríamos en una época de transición y sobre el que pesa un grave riesgo: el advenimiento de un reino orwelliano donde el quehacer humano sería abatido sobre un fondo categorial, vale decir, impersonal, y por ende anónimo, mecánico, automático, sin voz, donde nadie tendrá nada que hacer ni qué decir, donde nadie, en definitiva, tendrá su propio ser, verdad y sentido.

LEVINAS

Es en este contexto, quizá, que debe entenderse la obra de Levinas. Hasta aquí la filosofía primera ha sido la filosofía del ser, y por eso, como hemos visto, la persona está puesta en el plano trascendental. Sin embargo, Levinas se pregunta si realmente es el ser lo primero. El personalismo tiene razón, dice, pero es limitado, vale sólo en el ámbito del yo y el tú, donde se verifican relaciones amorosas. El amor es un asunto personal, probablemente el más personal de todos, al que por lo pronto se tiende con todo el ser. Sin embargo, el problema de la totalidad humana no se manifiesta en plenitud entre el yo y el tú, sino cuando aparece el otro, el otro que no conozco, que no sé quién es y al que nada personal me ata. Si el ser es en cada caso el mío, el otro no es el mismo, no lo poseo, determino, comprendo ni domino, sólo lo nombro e invoco. No obstante, dice Levinas que también estoy en relación con ese otro, y obligado a él de un modo infinito. El otro, al que denomina el rostro, me subyuga; su mirada supone un mandato: no me matarás, y todo lo que ello significa. Y esa orden, este deber que estoy llamado a cumplir, es anterior al ser y el comprender, y fuente de ambos, de modo que, a su juicio, la filosofía primera, en un más allá del ser, o en un otro que ser, es en realidad la ética.

La idea psiquiátrica de la personalidad, dependiente de la reflexión filosófica y teológica, comprende a la persona en el plano del ser y del sentido, que la reflexión de Levinas trasciende para ponerla en el plano del deber. Hasta aquí la ética ha sido un atributo, libre y facultativo, de los seres racionales, pero, con Levinas, es su substancia, y con ello la fuente primera de cualquier otro atributo. Como se ha de entender la persona en el ámbito de la psiquiatría a la luz de esta nueva intelección es algo que aún no se ha elucidado. La psiquiatría actual, arrastrada quizá por un tecnicismo unilateral, no ha tomado nota, como en su día hizo con la filosofía de Bergson, Scheler, Jaspers o Heidegger, del extraordinario desafío que esta meditación supone a sus propias ideas, y de las inesperadas posibilidades que en ella dormitan.

REFERENCIAS

1. Forment E. *Ser y Persona*. Publicaciones de la Universidad de Barcelona, 1983
2. Quasten J. *Patrología*. B.A.C., Madrid, 1968
3. Aristóteles. *Metafísica*. Gredos, Madrid, 1987
4. Tomás de Aquino. *El ente y la esencia*. E.U.N.S.A., Navarra, 2002
5. Buber M. *I and thou*. T. & T. Clark, Edinburgh
6. Marcel G. *Diario Metafísico*. Losada, Buenos Aires, 1957

7. Scheler M. *Ética material de los valores: nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético*. Caparrós, Madrid, 2001
8. Aranguren G. *La persona en el pensamiento de J. Lacroix*. (Tesis doctoral). Dpto. de Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid, 1995
9. Nedoncelle M. *La fidelidad*. Palabra, Madrid, 2002
10. Heidegger M. *Ser y Tiempo*. Universitaria, Santiago, 2002
11. Ojeda C. Martín Heidegger y el camino hacia el silencio. C & C, Santiago, 2006
12. Rivera E, Stuvén MT. *Comentario a Ser y Tiempo. Vol. II*. Ediciones U.C., Santiago, 2010
13. Sassenfeld A. Algunas reflexiones sobre la hermenéutica filosófica de Hans-Georg Gadamer y su relación con la práctica de la psicoterapia. *Rev. GPU* 2010; 6; 4: 427-448
14. Jaspers K. *La fe filosófica*. Losada, Buenos Aires, 1968
15. Holzapfel C. *A la búsqueda de sentido*. Mondadori, Santiago, 2005
16. Villarino H. Karl Jaspers. La comunicación como fundamento de la condición humana. Mediterráneo, Santiago, 2009
17. Zubiri. *Siete ensayos de antropología filosófica*. Ediciones Universidad de Santo Tomás, Bogotá, 1982
18. Kierkegaard S. *Tratado de la desesperación*. Leviatán, Buenos Aires, 2005
19. Sloterdijk P. *Reglas para el parque humano. Una respuesta a la "Carta sobre el humanismo"* <http://www.heideggeriana.com.ar/comentarios/sloterdijk.htm>
20. Levinas E. *Ética e infinito*. La Balsa de la Medusa, Madrid, 2000

PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

¿ES REVERSIBLE EL CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO?

(Rev GPU 2011; 7; 4: 416-419)

Margarita Morandé Dattwyler¹

El siguiente ensayo tiene por objetivo responder la pregunta si el cambio psicoterapéutico puede ser reversible o no. Para esto me apoyaré en la teoría de conjuntos, relacionándola con algunos contenidos bibliográficos. Finalmente, desde los argumentos expuestos, concluiré que el cambio psicoterapéutico tiene una condición de irreversibilidad.

Más allá del ámbito de la psicología, la teoría de conjuntos nos permite comprender qué entendemos cuando hablamos de cambio, permitiendo extraer las condiciones necesarias para que éste ocurra. A modo de ejemplo, es posible señalar que si tengo un conjunto (*conjunto 1* = A1, A2, A3, A4), y a este conjunto le agrego un elemento nuevo (A5), necesariamente se crea un conjunto distinto (*conjunto 2* = A1, A2, A3, A4, A5). De esta manera, el *conjunto 2* nunca llega a ser idéntico al *conjunto 1*, a menos que elimine (A5) y se mantengan sólo los elementos iniciales. Ahora bien, es posible que el *conjunto 2* abarque todos los elementos incorporados en el *conjunto 1* (A1, A2, A3, A4), y otros más (A5). Esto permitiría decir que el *conjunto 1* es un subsistema del *conjunto 2*, y que el *conjunto 2* es más complejo que el *conjunto 1*. Así tenemos:

Conjunto 1: (A1, A2, A3, A4) ≠ Conjunto 2: (A1, A2, A3, A4, (A5))

Conjunto 2: ((A1, A2, A3, A4,) A5)
Conjunto 1

Desde esta perspectiva sería posible señalar que el cambio es reversible, si y sólo si, al agregar (A5) al *conjunto 2*, puedo volver a eliminarlo, de manera que sólo me queden A1, A2, A3 y A4 (*conjunto 1*). Esto sólo sería posible bajo el supuesto de que no exista interrelación entre A1, A2, A3, A4 y A5, o dicho de otra manera, que la identidad del *conjunto 2* sólo dependa de la sumatoria de sus elementos, o bien, que (A5) pueda ser eliminado sin alterar la condición de A1, A2, A3y A4. Pero, ¿es posible que esto ocurra en el cambio psicoterapéutico?

Antes de contestar esta pregunta me parece importante exponer qué se entiende por cambio psicoterapéutico. El cambio psicoterapéutico puede definirse como un cambio subjetivo que permite redefinir la mirada que el consultante tiene sobre sí mismo, sus problemas, síntomas, y relación de éstos con el entorno en que acontecen. Este cambio ocurre en la esfera de lo representacional, permitiendo construir nuevas teorías subjetivas de sí mismo y de su relación con el mundo (Krause, 2005). Estas teorías subjetivas otorgan a la persona una estructura argumentativa, que cumple funciones de explicación, predicción y tecnología

¹ Pontificia Universidad Católica de Chile. Correspondencia a Margarita Morandé Dattwyler. E-mail: mmorande@uc.cl. Dirección Postal: Eleodoro Yáñez 1984, Depto. 106, Providencia. Fono: 08- 2793066 / (562) 2090548

(Groeben, Wahl, Schlee y Scheele, 1988); impactando el ámbito cognitivo, afectivo, valorativo y del comportamiento de la persona.

Las teorías subjetivas se van construyendo paulatinamente a través de asociaciones en el contexto terapéutico. Ellas se componen de las asociaciones que el consultante realiza sobre sus problemas, biografía y situación actual. Estas asociaciones se construyen una sobre la otra, aumentando el nivel de complejidad en los patrones explicativos e interpretativos (Krause, 2005).

De esta manera, existirían distintos tipos de cambio a lo largo del proceso según las asociaciones construidas durante la terapia. Así por ejemplo, algunos indicadores de cambio se enmarcan en el inicio de la terapia o incluso previo al inicio. Entre ellos se pueden mencionar la aceptación de un problema, la aceptación de los propios límites y necesidad de ayuda, y la aceptación del terapeuta como profesional competente, entre otros. En la fase media del proceso terapéutico es posible que el consultante pueda ya desarrollar nuevas asociaciones, descubrir nuevos aspectos de sí mismo y transformar sus valoraciones o emociones asociadas a sí mismo u otros. Finalmente en la fase madura y final de la terapia es posible que se reconozca la ayuda recibida, se enraícen los constructos subjetivos en la propia biografía, y se tenga autonomía en cuanto al manejo del contexto psicológico, entre otros. Naturalmente, estos indicadores son jerárquicos según su complejidad, construyéndose paulatinamente sobre las asociaciones establecidas (Krause, 2005; Krause *et al.*, 2006). Asimismo, dado que están estrechamente vinculados al desarrollo del proceso psicoterapéutico, no necesariamente todos los consultantes experimentarán la misma cantidad de cambios o todos los cambios esperados.

Ahora bien, si el cambio subjetivo ocurre durante todo el proceso terapéutico, de manera diferenciada según su complejidad, es posible esperar, para que éste avance, que la persona haya tenido que internalizar algunas redefiniciones sobre sí misma, su problema y situación actual. En otras palabras, no habría cambio sin redefinición previa, sea que se acepte un problema, o se cambie la interpretación sobre la propia biografía. En cualquiera de los dos casos la persona tendría que haber tenido una nueva mirada sobre sí misma o lo que le acontece, desde una estructura argumentativa.

Es a partir de esta premisa que cabe preguntarse, entonces, si es posible volver atrás luego de realizada una redefinición; o dicho en otras palabras, ¿es posible volver al estado previo a la redefinición luego de haber existido un cambio psicoterapéutico? Personalmente creo que no, cualquiera sea el ámbito o momento en que éste se da. Más bien, para volver a un punto

anterior, tendría que darse una nueva redefinición sobre la redefinición realizada. Si miramos esta definición desde la teoría de conjuntos, sería posible señalar que si el proceso terapéutico fuera (A5), entendiendo que éste es un elemento nuevo para la persona, que tiene un impacto en el ámbito cognitivo (A1), afectivo (A2), valorativo (A3) y del comportamiento (A4), no podría establecerse que sólo hay una sumatoria de elementos, ya que el hecho que exista un impacto implica que hay una interrelación de (A5) con el resto. Esto hace que el *conjunto 2* sea más complejo que el *conjunto 1* y no sólo una sumatoria de sus elementos. Ahora bien, cuánto impacto llegue a tener (A5) en cada uno de los elementos restantes es algo que quizás hay que investigar, considerando el enfoque terapéutico, el motivo de consulta del consultante, etc.

Consideremos ahora que tenemos un *conjunto 1* al que llamamos proceso psicoterapéutico, cuyos elementos (A1, A2, A3, A4 y A5) constituyen todos los cambios que la persona ha ido realizando (indicadores de cambio). De acuerdo con la definición de cambio revisada, tendríamos que afirmar que, para la existencia de un *conjunto 2*, que incorpore un nuevo indicador de cambio (A6), necesariamente tendría que incorporarse el *conjunto 1* (A1, A2, A3, A4 y A5). Esto, porque los indicadores de cambio se presentan de manera jerárquica según el momento del proceso terapéutico en que se presentan. Así, por ejemplo, no podría darse un enraizamiento de los constructos de la propia biografía sin antes reconocer un problema. Sin embargo, el conjunto que incorpora el reconocimiento del problema (*conjunto 1*) no es idéntico al que incorpora un enraizamiento de los constructos de la propia biografía (*conjunto 2*). Antes bien, es un subconjunto del *conjunto 2* ((A1, A2, A3, A4, A5) A6).

Desde esta perspectiva, podemos tener entonces distintos conjuntos según el momento en que se encuentre la terapia y los cambios que se han ido internalizando:

Momento 1: *Conjunto 1* = (A1, A2, A3, A4, A5)

Momento 2: *Conjunto 2* = ((A1, A2, A3, A4, A5) A6)

Momento 3: *Conjunto 3* = (((A1, A2, A3, A4, A5) A6,) A7), etc.

Pero volvamos al problema de la irreversibilidad. Como demostré anteriormente, en el caso del cambio psicoterapéutico, el nuevo elemento que se incorpora al conjunto establece interrelaciones con los elementos existentes. Esto, porque produce en la persona un impacto de reestructuración subjetiva, que además se va desarrollando jerárquicamente durante el proceso. De esta manera, si queremos pasar del *conjunto 3* (A1, A2,

A3, A4, A5) A6,) A7), al *conjunto 2* ((A1, A2, A3, A4, A5) A6), no bastaría con eliminar (A7). Sólo sería posible volver a redefinir (A7) integrando un nuevo elemento (A8), lo que crearía un nuevo conjunto (*conjunto 4* = (((A1, A2, A3, A4, A5) A6), A7) A8)).

Este último punto me parece importante, dado el concepto de recaídas que encontramos en la literatura. Éstas se definen como el retroceso a una etapa anterior al momento de cambio (Herrera *et al.*, 2009). Sin embargo, algunos autores como Prochaska y DiClemente (1983) las consideran esperables dentro del proceso psicoterapéutico y como una etapa más de éste. Según los autores, lo importante sería la forma en que ellas se enfrentan, ya que pueden aprovecharse para aprender y evaluar lo que falló en la estrategia propuesta. Desde esta perspectiva, las recaídas no serían un volver atrás sino, más bien, la integración de nueva información respecto del problema y el sí mismo (*redefinición*). Esta nueva integración sólo sería posible si antes se ha logrado alcanzar una visión de problema y de búsqueda de ayuda. Incluso, puede significar la complementación de estrategias, sobre aquellas ya integradas como posibles, complejizando los patrones explicativos, predictivos y tecnológicos. De esta manera, podríamos afirmar que estas recaídas no consisten en eliminar un elemento (A7), para pasar de un *conjunto 3* a un *conjunto 2*, sino la incorporación de un nuevo elemento (A8), que favorecería la creación de un *conjunto 4*. Es más, aun cuando las personas decidan abandonar el tratamiento sin poder redefinir las recaídas como parte del proceso, éstas podrían tener un impacto en la visión que se tenga respecto al problema, el sí mismo y la posibilidad de solicitar ayuda. Esto llevaría de igual manera a la creación de un nuevo conjunto que incorpora una nueva redefinición.

Esto último es similar a lo que ocurre en los casos de iatrogenia, en que el impacto psicoterapéutico puede producir efectos negativos (Herrera *et al.*, 2009); o en el caso de los consultantes difíciles en términos de diagnóstico, como son las personas con trastorno límite de la personalidad (Herrera *et al.*, 2009), en los que es posible esperar recaídas o una mayor tasa de abandono. En ambos casos, aun cuando exista abandono o efectos negativos respecto a la terapia, podría experimentarse un impacto respecto a la experiencia de consultar, reconocer un problema o la aceptación del terapeuta como profesional competente (*indicadores de cambio*).

Veamos ahora lo que pasaría en las situaciones de estancamiento psicoterapéutico. De acuerdo con Krause (2007, citado en Herrera *et al.*, 2009) el estancamiento puede entenderse como la detención temporal del proceso de cambio, debido a la reedición del problema

durante la sesión terapéutica. Éste se caracteriza por la persistencia en formas de comportamiento, entendimiento y emociones asociadas al problema. Es decir, si tengo un proceso terapéutico con distintos momentos: *conjunto 1*, *conjunto 2*, el estancamiento podría graficarse como una focalización en el *conjunto 2*, sin avanzar al *conjunto 3*. Si bien, en el concepto está implícita la idea de reiteración de patrones anteriores (*conjunto 1* como subconjunto del *conjunto 2*), personalmente creo que no es menor el hecho de expresarlo y experimentarlo dentro de una relación de ayuda, lo cual puede tener implicancias sobre aspectos valorativos y afectivos nuevos para el consultante. Y esto, porque el proceso terapéutico no sólo impacta a nivel cognitivo, sino además a nivel experiencial y vincular. De esta manera, podría incorporarse un nuevo elemento al *conjunto 2*, que permita una redefinición más allá de la redefinición argumentativa o explicativa buscada.

Es así que, según lo visto hasta ahora, se puede concluir que el cambio psicoterapéutico es irreversible. Si bien en muchos casos no se podrá avanzar sobre indicadores más complejos, la experiencia terapéutica en sí misma, sea positiva o negativa, puede afectar la esfera representacional del consultante, tanto en el proceso psicoterapéutico como fuera de éste. Desde esta perspectiva, si se desea cambiar lo que ya ha sido cambiado, sólo cabría una nueva redefinición (emergencia de un nuevo *conjunto*). Esto a mi parecer tiene implicancias clínicas importantes. Una de ellas es la necesidad de abordar terapéuticamente los *impasses* y rupturas de la alianza, de manera que la redefinición sea positiva para el consultante, aun cuando el primer impacto haya podido ser negativo. Desde esta perspectiva, es posible asumir que siempre va a existir un impacto, sin embargo su resultado final estará condicionado a la manera en que sea abordado. Esto, porque los cambios también pueden darse como una reestructuración en la esfera de la experiencia y vinculación terapéutica (relación con el mundo). Finalmente, otra implicancia es la necesidad de indagar siempre en las soluciones intentadas y sus consecuencias. Esto, debido a la consideración de que toda experiencia previa ya ha ejercido un impacto o ha producido algún tipo de cambio (positivo o negativo), lo que necesariamente entrará en interacción con los elementos del proceso terapéutico actual.

REFERENCIAS

1. Groeben N, Wahl D, Schlee J, Scheele B. Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts, Ed. Francke, Tübingen, 1988

2. Herrera P, Fernández O, Krause M, Vilches O, Valdés N, Dagnino P. Revisión teórica y metodológica de las dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador. *Terapia Psicológica*, 2009, 27: 169-179
3. Krause M. *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*, Ed. Universidad Católica, Santiago, 2005
4. Krause M, De la Parra G, Aristegui R, Dagnino P, Tomicic A, Valdés N, Vilches O, Echavarrí O, Ben-Dov P, Reyes L, Altimir C, Ramírez I. Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica. *Rev. Latinoamericana de Psicología*, 2006, 38: 299-325
5. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51: 390-395

PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

HAY HERIDAS QUE SANAN (I)¹. EL LUGAR DEL ANALISTA ANTE TRAUMAS DE ETIOLOGÍA SOCIO-POLÍTICA

(Rev GPU 2011; 7; 4: 420-422)

Catalina Scott²

“Hay heridas que sanan” reúne, en un escrito a tres voces, los casos clínicos presentados por las autoras, como miembros del ILAS³, en el XIX Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott⁴. En esa oportunidad las terapeutas compartieron su experiencia clínica con pacientes severamente traumatizadas por los hechos de violencia extrema ocurridos en nuestro país durante la dictadura militar (1973-1990), en una mesa redonda convocada por los organizadores⁵ con el propósito de reflexionar acerca del lugar que ocupa el analista ante traumas de etiología sociopolítica. Tres procesos analíticos conmovedores permiten acercarse a la intimidad de las sesiones y palpar cómo paciente y terapeuta van construyendo un espacio de confianza para la emergencia del vínculo. Al inicio de los tratamientos el miedo y la sensación de inseguridad que se respira en la atmósfera de la época se filtra en la consulta. Más allá de las palabras, la sensación de desasosiego es corporal, tal vez algo parecido al miedo que transmite la abuela de un detenido desaparecido en el primer capítulo de “Los Archivos del Cardenal”⁶. “En estos tiempos –dice esa abuela– hay cosas que es mejor no saber; no confié ni en mi sombra”.

¹ Este trabajo está dividido en cuatro partes. A continuación se presentan las dos primeras. Las restantes serán publicadas en el siguiente número de GPU.

² Psicóloga, Psicoterapeuta Psicoanalítica Adultos, Docente Escuela Psicología UNAB y Postítulo en Psicoterapia Dinámica UPD, Hospital Psiquiátrico. Supervisora Taller Clínico de Psicoterapia Analítica, CEPSE, Consultorio UNIACC Miembro IARPPCHILE. cscottspinola@gmail.com.

³ Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos, ILAS.

⁴ Realizado en Santiago de Chile 5, 6 y 7 de noviembre 2010, Hotel Sheraton San Cristóbal.

⁵ Asociación Psicoanalítica Chilena, APCH y Sociedad Chilena de Psicoanálisis, ICHPA.

⁶ Serie de televisión transmitida por TVN inspirada en la labor desplegada durante la dictadura por el Cardenal Raúl Silva Henríquez en la Vicaría de la Solidaridad en protección de los perseguidos políticos.

Antes de comenzar, detengamos un instante la mirada en el título de la publicación. “Hay heridas que sanan” hace referencia, en primer lugar, al potencial de transformación del ser humano. En sólo cuatro palabras transitamos entre el horror de la violencia y un atisbo de esperanza. Cuando se reconoce el dolor de las víctimas, afirman las autoras, es posible iniciar un proceso de transformación que sane las heridas. En su reverso, el título enuncia lo contrario: cuando no se reconoce el dolor, no hay recorrido posible y las heridas no sanan. El psicoanálisis, ya sabemos, suele tantear en el reverso de las palabras el significado de las cosas.

Ahora, atendamos las interrogantes. ¿Cuál es el lugar del analista frente a personas que han sufrido tortura en cautiverio? ¿Qué puede ofrecer un analista a pacientes que han padecido violaciones sexuales u otras humillaciones tan brutales como ésta? ¿Cómo construir, en tales circunstancias, un vínculo de confianza en la intimidad de las sesiones? ¿Qué exigencias impone la dictadura a los profesionales de la salud mental? Las autoras –María Isabel Castillo, Margarita Díaz, Juana Kowaskys y Elena Gómez– interrogan al psicoanálisis desde la experiencia e invitan a pensar el enigma de lo traumático.

“Hay heridas que sanan” investiga en los derroteros de la clínica psicoanalítica de lo traumático, y explora, *a posteriori*, el abordaje de las repercusiones subjetivas del trauma y sus réplicas en las vicisitudes de la experiencia psicoterapéutica. Un abordaje al tratamiento que encuentra en la noción de transicionalidad de Winnicott una forma de sostener el encuadre y la función analítica de las terapeutas. En este contexto, ILAS actúa como resguardo institucional, como barrera de protección y límite al exceso, y las terapeutas se ocupan de proteger el encuadre –un espacio de sentido potencial– y facilitan las condiciones necesarias para transitar por el proceso con tranquilidad a lo largo de las sesiones. Una terapeuta que sostiene, participa y observa atentamente los vaivenes emocionales que van emergiendo en el aquí y el ahora de la relación, facilita condiciones para pensar, construir y habitar una vida con sentido. Un abordaje clínico que se construye desde una mirada psicoanalítica relacional, que incorpora los aportes de Bolbwy sobre el apego temprano, las reformulaciones del psicoanálisis contemporáneo sobre corporalidad y memoria traumática y las contribuciones de la neurociencia sobre el funcionamiento cerebral.

En los años más oscuros de la dictadura un grupo de profesionales –psiquiatras y psicólogos–, que ya venían trabajando en salud mental y derechos humanos, traza los lineamientos del ILAS, un organismo no gubernamental orientado a brindar atención psi-

cológica, y en ocasiones también asistencia médica, a personas directamente afectadas por la represión política ejercida por los Organismos de Seguridad del Estado. La complejidad del tratamiento analítico con pacientes severamente traumatizados da cuenta de los imperativos que impone la dictadura –circunstancia histórica específica– a profesionales de la salud mental comprometidos con la defensa de los derechos humanos. Las repercusiones traumáticas de la violencia extrema son corrosivas, de largo alcance y de difícil tramitación, y requieren de un proceso de reflexión permanente.

El silenciamiento de los hechos de violencia –detenciones, allanamientos, torturas, violaciones sexuales, desapariciones y asesinatos– sucedidos durante la dictadura congela, en las víctimas, la vivencia de temporalidad y mantiene intacta la amenaza de exterminio, la vergüenza y la humillación del sometimiento. Durante la dictadura un pacto de silencio implícito entre el Estado y los Organismos de Seguridad establece el orden de las cosas. La cultura del horror funciona bajo códigos secretos, desconoce los hechos de violencia, perpetúa los efectos del trauma y acrecienta el dolor de las víctimas.

Las autoras se detienen a reflexionar en la especificidad clínica del trauma de etiología socio-política, que insiste en su permanencia inmutable mientras no sea reconocido por la mirada del otro. Actos impensables e imposibles de representar impactan el cuerpo de las víctimas. La corporalidad herida, lugar de permanencia crónica de restos fragmentados, residencia escindida de la memoria traumática, detiene el transcurrir del tiempo y captura la energía vital del sujeto. La inmovilidad temporal socava la vivacidad de la experiencia, desarticula el entramado subjetivo, promueve el aislamiento, mina los lazos de amor, la intimidad, los vínculos de pertenencia, las relaciones sociales y de trabajo. A lo largo de su obra, en muchas ocasiones Winnicott insiste en que lo único verdaderamente esencial en la vida de una persona es la vivacidad de la experiencia. El sentimiento de vitalidad es una potencialidad humana que atañe a la intimidad –el despliegue del ser verdadero– y al vínculo –la mirada del otro– que sostiene la experiencia de continuidad existencial entre el ser y el existir. Un espacio de tranquilidad y reposo en el que transcurre la existencia; un espacio que no está en cuestión y que se expande a la cultura; un espacio que damos por sentado en el que vivimos la mayor parte de nuestro tiempo; un espacio de reconocimiento, empatía y respeto mutuo que sostiene, en la diversidad, las experiencias compartidas. Es éste el espacio intervenido por la violencia durante la dictadura, una estrategia

política sistemática de exterminio del sujeto, y su entorno es el punto de partida.

La recuperación de la democracia; el reconocimiento social y político del atropello de los derechos humanos silenciado; el establecimiento de una verdad jurídica ajustada a derecho, que sanciona a los culpables, sin lugar a dudas favorecen la emergencia de sentimientos de solidaridad y empatía con el dolor de las víctimas. Pero cuando se trata de reparar la subjetividad herida de personas sometidas a detenciones y torturas es necesario establecer condiciones de posibilidad para la emergencia de un vínculo de intimidad y confianza. Es necesario, para ello, crear un espacio y encontrar reconocimiento en la mirada del otro. La irrupción masiva de actos de violencia extrema interviene la experiencia de continuidad existencial del sujeto. Como decíamos, los actos de violencia articulados como armas de exterminio fracturan la convivencia, desarticulan lazos de pertenencia, desmantelan el entramado subjetivo y las experiencias intersubjetivas.

Quisiera señalar, antes de finalizar, dos cuestiones que me parecen esenciales relativas al texto. Los casos clínicos ilustran momentos cruciales del proceso terapéutico –inicios del tratamiento, encuentros, desencuentros e impasses– y advierten que, en casos de traumas relacionales ocasionados por hechos de violencia política, lo primero es validar el sufrimiento de las víctimas. No reconocer el dolor de las pacientes es un gesto de insensibilidad que, tal como señalan las autoras, amplifica los efectos del trauma. El psicoanálisis relacional plantea una nueva forma de acceder al sujeto. La búsqueda de sentido no pasa, exclusivamente, por la tramitación intrapsíquica de pulsiones biológicamente determinadas. La vitalidad del sujeto se constituye en la articulación del *self* en la intimidad

del vínculo. Un nuevo paradigma en psicoanálisis es capaz de soportar el peso de lo real sin desmentir sus efectos subjetivos. En mi opinión, si el psicoanálisis no reformula sus cimientos conceptuales arriesga a perder el vigor de sus ideas, para transformarse en una mera abstracción teórica carente de vigencia. En casos clínicos como los que aquí se narran es necesario reconocer la veracidad de los acontecimientos y validar el dolor de las víctimas. Me parece entender que lo sustantivo del presente texto se juega precisamente en el dinamismo que transmite una narración que se construye alejada de articulaciones teóricas definitivas.

Desde una mirada psicoanalítica relacional cercana a la experiencia, las autoras dejan en evidencia que realidad y fantasía no son necesariamente opuestos ni se anulan entre sí. Es la intermediación del otro lo que falta entre ellas. Es necesario crear un espacio de reconocimiento para la articulación de sentido.

Para terminar, agradezco la oportunidad de introducir la publicación de “Hay heridas que sanan” en la revista *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. Sabemos que no existe la literalidad ni siquiera cuando transcribimos textualmente las palabras del otro; sabemos que en toda escritura hay siempre una elección, una puntuación, un énfasis, una omisión; en definitiva, una operación de corte que agrega una transformación de sentido a la experiencia. Espero que mis palabras den cuenta del sentido encontrado en la lectura del texto. La mediación traumática requiere de la subjetividad del otro, de una nueva mirada, de otra vuelta de tuerca, de otros significados, de un eslabón más que se integre a la cadena de múltiples y sostenidas transformaciones dentro de un proceso de reparación continuo. No es fácil construir una experiencia de continuidad existencial en el tiempo fragmentado de lo traumático.

PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

HAY HERIDAS QUE SANAN (II). CASOS CLÍNICOS: TORTURA SEXUAL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO GRUPAL

(Rev GPU 2011; 7; 4: 423-429)

María Isabel Castillo¹, Margarita Díaz²

El trabajo presenta la experiencia clínica con mujeres traumatizadas producto de la detención y tortura durante la dictadura militar en nuestro país. El trauma de etiología sociopolítica es producto de una política sistemática por parte del Estado para eliminar al sujeto y al contexto al cual pertenece. El no reconocimiento de estas políticas de violencia, destrucción y amenaza de muerte, que se mantienen en el tiempo más allá de la situación represiva específica, encapsulan la vivencia traumática y la convierten en parte del presente. La experiencia terapéutica grupal en el Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS) se constituye en un espacio potencial, que sostiene, reconoce y permite simbolizar colectivamente, en la medida que las historias se co-construyen y entrelazan. Se presentan viñetas del trabajo terapéutico grupal realizado con pacientes que son derivadas a nuestra Institución después de declarar en la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (Comisión Valech).

CONTEXTO HISTÓRICO

Después de treinta años de ocurrido el Golpe Militar fue posible reconocer, por parte del Estado de Chile y de la sociedad, el daño que sufrieron las personas que sobrevivieron a la tortura durante el periodo de la

dictadura militar (1973-1990). La creación de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (Comisión Valech) se constituyó en noviembre del 2003 y hasta mayo del 2004 recibió el testimonio de más de 35.000 personas. El presidente Lagos presenta el informe en 2005 con la frase "Para nunca más vivirlo, nunca más

¹ Psicóloga, Psicoanalista especialista en Psicoanálisis Relacional del trauma. Doctorada en Psicoanálisis, UNAB. Docente y supervisora clínica. Magister UDP. Docente Magister en Psicoanálisis Relacional y Trauma, Universidad Alberto Hurtado e ILAS, 2011. Miembro ILAS y IARPPCHILE. misabelcastillo@vtr.net

² Psicóloga, Psicoanalista, Terapeuta Familiar. Especialista en Psicoanálisis Relacional, traumatización extrema y terapia de pareja. Miembro de ILAS y Directora Magister clínico en Psicoanálisis Relacional y Trauma, Universidad Alberto Hurtado e ILAS. Miembro IARPPCHILE. diazcordal@gmail.com

negarlo” que da cuenta del reconocimiento social y político. En 2010 se reabrió la Comisión porque un número significativo de personas no entregaron su testimonio por desinformación, por temores y desconfianzas hacia las Políticas de Reparación del Gobierno: hoy día son más de 20.000 nuevas personas las que han declarado.

Hasta la creación de la Comisión no existía un espacio social que validara la experiencia de la tortura, que permitiera sobreponerse a la humillación, a la vergüenza, a la condición de marginalidad que sufrieron las víctimas de violación de los derechos humanos.

El trabajo da cuenta de nuestra experiencia con grupos terapéuticos de mujeres que sufrieron la tortura. Según el Informe de la Comisión (2005), en el momento de su detención eran jóvenes, el 54,5% menores de 30 años, el 81,5% manifiesta haber sido militantes de organizaciones sociales, sin una participación política activa; eran estudiantes en su gran mayoría, de nivel socioeconómico bajo.

MARCO PSICOANALÍTICO

Sostenemos que la tortura es una traumatización extrema. Este concepto de Bruno Bettelheim (1981) se refiere a un trauma de etiología sociopolítica caracterizado por una experiencia impredecible, de duración incierta, pero potencialmente de larga duración, por la amenaza de muerte permanente y por la imposibilidad de escapar de ella. La tortura constituye una situación límite en la que un sistema político somete a una persona a una experiencia extrema de dolor físico y psíquico, bajo condiciones de absoluto desamparo. Es producto de la política sistemática por parte del Estado para destruir al sujeto, sus sistemas de creencias, así como el contexto social al cual pertenece.

Las mujeres que participan en los grupos nunca habían contado las experiencias denigrantes a las que fueron sometidas. Podemos pensar que el trauma que no ha podido ser elaborado marca profundamente la subjetividad de todas las personas afectadas por la represión política, su capacidad para establecer vínculos basados en el reconocimiento y la mutualidad entre iguales, la capacidad para ser creativos y experimentar las relaciones. Esto implica entender que las consecuencias de las vivencias traumáticas producto de la detención, como la tortura, la persecución y la amenaza de muerte, forman parte del presente y no del pasado.

Pensamos que el no reconocimiento del daño, del horror y la amenaza mantenidos en el tiempo, constituye la experiencia traumática e interfiere en el proceso de construcción de subjetividad. Las relaciones afectivas se desvirtúan, en vez de la dependencia que crea

subjetividad y por lo tanto sujeto y diferenciación, aparece el sometimiento como única forma de mantener el vínculo con otro. Se impone la “percepción” del estado de ánimo del otro, lo que lleva a “sobreadaptarse” a “reaccionar” a someterse para mantener el vínculo. Se interrumpe el sentimiento de continuidad de la existencia (Winnicott 1956, 1971).

En el caso de las traumatizaciones extremas el reconocimiento tanto en el espacio público como en el espacio terapéutico es indispensable para que ocurra una transformación del contexto sociopolítico e intersubjetivo de nuestros pacientes. Es el inicio de un proceso que articula la historia fragmentada, pone palabras a los vacíos y a las angustias sin nombre, reconstruyendo así la subjetividad dañada.

GRUPO TERAPÉUTICO DE MUJERES

La declaración en la Comisión Valech, si bien supone por primera vez el reconocimiento por parte del Estado de las violaciones sufridas, no necesariamente produce un cambio en la percepción individual de lo ocurrido. Al contrario, el volver a conectarse al tener que “relatar, contar” a otro, hace que estas vivencias encapsuladas adquieran realidad en el presente y aparezcan intensos sentimientos y afectos.

El silencio de las mujeres detenidas, torturadas, abusadas y denigradas sexualmente se refuerza por la vergüenza y por la culpa, muchas veces es el cuerpo el que habla, constituyéndose los síntomas físicos en el único lugar de la memoria.

El espacio terapéutico grupal es una modalidad privilegiada en el tratamiento de pacientes traumatizados extremos. Pensamos que la subjetividad dañada de mujeres víctimas de la prisión y la tortura se puede reconstruir en el espacio intersubjetivo creado por todas las participantes del grupo, incluidas las terapeutas.

Nuestras pacientes consultan a ILAS luego de declarar en la Comisión Valech; corresponden al perfil de las mujeres señaladas en el Informe: eran jóvenes al momento de la detención, la mayoría proviene de un nivel socioeconómico bajo, con niveles de educación heterogéneos, y antes del Golpe Militar pertenecían a organizaciones sociales y políticas de base, ninguna de ellas había consultado antes.

Los grupos están constituidos por un número variable de entre 6 a 8 pacientes y con dos terapeutas mujeres. Tienen una duración de dos años con sesiones semanales de una hora y media y se realizan en ILAS.

La mayoría dice sentirse “atemorizadas, muy desconfiadas, humilladas, avergonzadas e incluso culpables hasta hoy día.” Relatan cómo estos sentimientos se

cronificaron debido al aislamiento y marginalidad que caracterizó la estigmatización de las víctimas, que implicó la pérdida de redes sociales, de la inserción social y laboral.

Las angustias primitivas que aparecen como un miedo presente a un derrumbe que ya tuvo lugar, nunca pudieron ser articuladas ni integradas a la conciencia, ya que no existió un contexto intersubjetivo que las reconociera. Se necesita un contexto que sostenga y valide esas sensaciones para que puedan ser experimentadas, simbolizadas, lleguen a ser conscientes y puedan formar parte del pasado (Winnicott 1963).

La imposibilidad de simbolizar estas vivencias traumáticas del abuso sexual hizo que éstas se encapsularan y entonces, como señala Grubrich-Simtis (2008), no pudieran adquirir carácter de recuerdo ni cualidad de pasado, la consecuencia es una dificultad para distinguir entre pasado y presente, entre realidad interna y realidad externa, entre percepción e imaginación.

Por esta razón se intenta que el encuadre ofrezca, como lo señala Winnicott (1956) un “holding adecuado”, que posibilite amparo y sostén, que permita a las pacientes retornar a la experiencia traumática y poder hablar de lo que no han contado durante años, donde las pacientes y el encuadre (incluido las terapeutas) se fusionen en una experiencia que posibilite trabajar en un estado de regresión a la dependencia, re-vivencia de las primeras etapas, que permitirá descongelar el trauma (la tortura) en un medio protegido (Winnicott, 1954).

Para nosotras las terapeutas es importante estar atentas a la disposición entre los cuerpos, al encuentro entre las miradas, a las complicidades, que impactan en los psiquismos intervinientes, produciendo efectos emocionales diversos que también se consideran como material clínico para ser trabajado.

Como hemos señalado, en el proceso terapéutico representamos parte de la historia vivida por los pacientes; no desmentimos los relatos que éstos hacen pues pertenecemos a un sector de la población chilena que posee un pasado político o ideológico que nos permite entender y contextualizar el sufrimiento de los pacientes, que no oculta ni nunca ha ocultado que durante el Dictadura Militar se cometieron violaciones de los derechos humanos. Por ello, en el lenguaje implícito, nuestros pacientes reconocen en nosotros a testigos de una historia reciente: en aquellas ocasiones en que lo ocurrido parece estar más cerca de la fantasía que de la realidad, los terapeutas somos quienes atestiguamos que tal fantasía tiene asidero en la realidad.

Podríamos decir que las pacientes cuentan con un referente real y un espacio (*setting*) para dejar que aparezcan los recuerdos y las traumatizaciones, sin el

temor o la angustia de que los fantasmas se conviertan en delirios. El *setting* se re-convierte así en un espacio social que confirma su experiencia de padecimiento, ya que ella ha sido negada y desmentida en otros espacios sociales (Castillo 2007).

Facilitamos que se dé un *holding* adecuado en el espacio terapéutico grupal, lo que permitió que se abrieran las experiencias de tortura. Analizaremos a través de una sesión cómo se entretajan los relatos.

UNA SESIÓN DEL CUARTO MES

Ésta es una sesión que tiene lugar cuatro meses después de iniciado el grupo. María cuenta que hizo un curso de aromaterapia:

María: había que hacerse masajes entre las participantes, las mujeres teníamos que sacarnos la ropa de la cintura para arriba, a mí me tocó una viejita humilde, no pude tocarla, me dio asco, repulsión de tocar otro cuerpo “tengo imágenes, sensaciones, había también unos focos que me traían muchos recuerdos”.

Las imágenes de esos momentos de tortura regresaban a la memoria con una carga de horror y tristeza. Esos recuerdos enclaustrados en la memoria individual irrumpían desde el pasado, para alimentar el miedo, la vergüenza, preservando el silencio y en definitiva perpetuando los efectos de la tortura.

La intervención de una de las terapeutas le permite establecer la conexión con su experiencia de tortura nunca antes relatada.

María: Fuimos con mis hermanas a ver a mi mamá, que la habían detenido de nuevo en el regimiento, yo tenía 17 años, nos dejan adentro, nos llevan a una pieza grande, nos desnudan, muchos militares frente a nosotras con focos grandes delante para que no los viéramos, nos toquetean, nos revisan por todas partes, nos hacen ponernos en distintas posiciones, levantar una pierna, los brazos, sacan a mis hermanas y me dejan a mí sola, me gritan que iban a tener que borrarlos el comunismo de la cabeza y yo le contestaba, van a tener que matarnos, ¡mátenme!, me manosearon entera, para qué les cuento todo lo que me hicieron, esta cicatriz de quemadura de cigarro que tengo aquí en el pecho no me permite olvidar ...

Terapeuta: Una de las terapeutas le señala que el relato lo hace en tiempo verbal presente y que la experiencia de tortura la está viviendo aquí y ahora.

El trauma queda congelado en un presente eterno que atrapa y que retorna permanentemente. El trauma altera la temporalidad, se vive en un estado de alienación y extrañeza como en una realidad diferente a la

de las otras personas, permaneciendo de alguna forma aislado del diálogo humano (Stolorow, 2007).

Es particularmente significativo lo que va ocurriendo al ir abordando las situaciones traumáticas, la persona que relata muchas veces no tiene las palabras para abordar lo que vivió y son las otras integrantes que van constituyendo un tejido de palabras y afectos ligados a la experiencia, donde la presencia de las otras y el reconocimiento y validación permiten ir adentrándose en ese “hoyo negro” de la experiencia que fue congelada porque no tenía la presencia de un otro para que la validara como experiencia y le diera sentido de realidad.

Laura: a mí tampoco me gusta que me toquen, el sexo es algo cochino, me siento cochina, cuando estuve detenida sólo me acuerdo del aliento ácido de un gordo sudando... Mi relación con mi marido es muy mala, ojalá que nunca me toque, él es tierno, me quiere abrazar pero yo pienso que después viene lo otro.

Terapeutas: Éste es un daño que se mantiene en el tiempo. El cuerpo guarda las marcas de la tortura, no se puede vivir la sensualidad sin que esté contaminada con la violación, de esta forma se mantiene en el presente el poder de los torturadores.

Cecilia: A mí me pasó que mi marido me preguntó qué te pasa, yo oía sus pasos y cruzaba las piernas, automáticamente, sin darme cuenta

Laura: Yo duermo con las manos entre las piernas.

Claudia: Yo estaba atada a un camarote de pies y manos. Un teniente me ponía su pene en mi mano, que sólo la podía mover un poco ya que estaba atada con esposas, me ponía el pene en el pecho. Me dijo: voy a volver en la noche. Cuando él llegó me oriné y le dije “tómame toda meada” se fue, no se acercó.

En algunos momentos nos es difícil escuchar al grupo, porque sentimos el impacto emocional que nos produce el relato de la agresión ilimitada a la que fueron sometidas las mujeres del grupo. Sin embargo, la ruptura en la escucha y la empatía es siempre de nuevo re-establecida por el grupo.

En este relato frente a la impotencia y el desvalimiento aparecen recursos que les permiten “recuperarse”, pensar que pueden revertir la situación de violencia y desprotección a la que están sometidas. Es un intento de recobrar el control sobre el propio cuerpo, lograr la cohesión y la sensación de continuidad.

En este momento es el grupo quien la protege, convirtiéndose en un medio confiable para que ella pueda acceder a recordar, facilitando así el recuerdo de las demás.

Victoria: Me habían detenido en la empresa donde yo trabajaba en el casino, estaba en el baño del regimiento lavando mi ropa interior, llegaron por atrás dos

milicos y me violaron. Después de la detención nunca más tuve pareja, sigo todavía con la imágenes, cuando estoy en el baño y empujan la puerta me pongo a temblar, si me estoy duchando y me rozan la cortina, me aterro.

El contexto en el que se vive la experiencia de tortura sexual le señala a la mujer torturada su desamparo y soledad. El mundo interno y externo se confunde en su cuerpo apartado, vendado y cansado en manos de un poder arbitrario y cruel, dispuesto a maltratarlo y, si es necesario, a destruirlo. Desprovisto de recursos materiales para defenderse, enfrenta una amenaza radical a su integridad física y psíquica, sin un tercero a quien recurrir. Su vida y muerte dependen absolutamente del torturador (Castillo, Gómez, Kovalsky, 1989).

Laura: A mí me pasó en Grimaldi que cuando me sacaban para torturarme yo les pedía que me dieran una mano, no me importaba que fuera la del torturador, me tiraban del pelo y me arrastraban, entonces me tomaban la mano y se la ponían en el pene.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA SESIÓN

En una situación de máxima indefensión y desamparo el torturador puede constituirse en el único referente disponible y asequible. Esto genera sentimientos de humillación y culpa por la dependencia involuntaria, desencadenando la disociación y el silenciamiento de una parte de la totalidad de la experiencia vivida (Castillo, Gómez, Kovalsky, 1989).

La sesión terapéutica grupal se da en el espacio potencial, se crea el escenario que facilita el encuentro “entre” diversas personas, entre diversos discursos, entre diversos gestos, entre lo interno y lo externo (Castillo, 2007).

Podemos señalar que este espacio potencial no se había dado antes, se da en el aquí y el ahora del espacio terapéutico grupal. “El sentido no es descubierto sino que es creado. Es interesante pensarlo como un sentido ausente, un sentido virtual que aguarda su realización por los cortes y las modelaciones que ofrece el espacio y el tiempo analítico. Es un sentido potencial” (Green, 2007).

Para trabajar con pacientes que han sufrido la violación de los derechos humanos ha sido necesaria una cuota de omnipotencia, ya que durante la Dictadura Militar nosotras también vivimos en condiciones de gran vulnerabilidad y temor. Esta cuota de omnipotencia es la que nos ha permitido dar una asistencia terapéutica a los pacientes.

La omnipotencia se relaciona con las fantasías de sentirse continente, capaz de recibir y, por lo tanto,

de facilitar en el proceso terapéutico la capacidad de elaboración de las experiencias traumáticas de tortura y violaciones reiteradas. Se quiere responder a los deseos inconscientes y no sabemos cómo, cada terapeuta, lo intenta desde su historia personal, su matriz relacional, sus principios organizadores, su propia experiencia de represión política y sus fantasías reparatorias.

Si analizamos los procesos terapéuticos grupales con mujeres torturadas, nos parece significativo lo que plantea Amati (1999) sobre “la necesidad de la modesta omnipotencia, a fin de poder funcionar como personas y como terapeutas. Esta omnipotencia tiene connotación positiva y consiste en atribuirse el poder particular de creer en una ética cuyo paradigma podría estar constituido por el objeto a salvar. La modesta omnipotencia es modesta porque su característica principal es la fragilidad. Hay que concebir claramente que uno se opone éticamente, en tanto persona y psicoterapeuta, a la destrucción, a la guerra y a la crueldad, sin neutralidad ninguna” (p. 4).

En algunos momentos “la omnipotencia salvadora” del terapeuta, como la ha denominado Amati (1999), puede perderse, experimentándose en la contratransferencia como un “desaliento”, como una sutil señal de que el contexto alienante padecido nos ha alcanzado y englobado. Ello nos llega a través del relato y las vivencias del paciente, pero también corresponde a nuestro propio sentimiento de desamparo ante la evidencia de la magnitud de la desmentida social y a la relativa futilidad de nuestras posibles respuestas. Es como si la sombra del contexto cayera sobre nuestra necesaria omnipotencia, y por un momento cesaran la esperanza y la creencia en el crecimiento psíquico, constitutivas de nuestra identidad terapéutica.

En ciertas ocasiones, tanto el paciente como el terapeuta perciben su común pertenencia a una situación transubjetiva, donde reinan la incertidumbre, la inseguridad y el temor. Es necesario discriminar entre el momento en el que estamos y aquel contexto de terror en el cual el paciente todavía se encuentra. Sin embargo es inevitable que el analista muchas veces se coluda con la disociación del paciente como una forma de empatizar con su experiencia no simbolizada.

Parece significativo lo que plantea Benjamin (2006), quien propone entender el proceso terapéutico como un proceso de oscilaciones entre el quiebre y el restablecimiento de la conexión empática, un proceso de destrucción y sobrevivencia, de ruptura y reparación de la regulación (Beebe y Lachman, 2002).

Cuando aparecen intensos sentimientos de angustia y relatos vinculados a situaciones traumáticas el analista y el paciente entran en un proceso de

disociación mutua. La respuesta involuntaria del analista a los estados del sí mismo disociados del paciente, es también la disociación. Volverse permeable a la comunicación inconsciente es lo que genera la disociación conjunta.

Si de manera reiterada los quiebres del proceso de regulación interactiva no experimentan una reparación, se crean expectativas de no reparación y esta expectativa organiza nuevas interacciones de quiebre y no reparación, que se instalan como las representaciones del vínculo con los otros significativos. Si el terapeuta reconoce su participación en la ruptura del proceso de regulación interactiva se genera una nueva experiencia, la posibilidad de un proceso de regulación continuado de quiebre y reparación.

En esta mirada y recogiendo los planteamientos de Ferenczi (1933) es importante resaltar la participación del analista en los quiebres de la escucha, de la sintonización, del “conocimiento especular”, es decir, mirar la participación del analista en la ruptura y no sólo en la reparación. Es importante reconocer que para “elaborar es necesario transitar junto con el paciente por disociaciones que incluyen nuestra participación como analistas, lo cual hace necesario enfatizar la necesidad de que el analista se haga responsable de sus fracasos” (Benjamin 2006 p: 10). Ésta sería la diferencia entre la situación traumática original y la repetición en el contexto analítico que permite la reparación. En la clínica de traumatizaciones severas, debido a la falta de simbolización y representación, los quiebres se dan generalmente a nivel procedural más que en el nivel simbólico, por lo que es central poder estar atentos a los patrones interaccionales a nivel del conocimiento relacional implícito (Díaz 2008).

Si reconocemos, con Aron (1996), que el paciente siempre está atento a la subjetividad del analista, lo que el analista piensa, siente, valora o rechaza, podemos pensar que percibe cuando el analista disocia, está ausente, no quiere oír, especialmente cuando no quiere oír más de violencia y horror.

Es importante, entonces, confirmar las percepciones del paciente cuando nos sienten ausentes o distantes. Aceptar nuestra participación en las disociaciones conjuntas puede ser un camino para buscar palabras, representaciones para permitir que la repetición se convierta en experiencia.

Cada intervención del analista, en el nivel simbólico o procedural, es una expresión de su subjetividad. Los pacientes exploran e infieren del comportamiento del analista sus sentimientos conscientes o inconscientes, algunos de ellos disociados, desapercibidos o reprimidos por el propio Analista (Aron 1996).

HACIA EL FINAL DEL TRATAMIENTO

En las últimas sesiones del grupo terapéutico las mujeres verbalizan el significado de la experiencia terapéutica grupal compartida, en el proceso de historización, reconstrucción de su subjetividad, reconociendo la presencia de la marca de la tortura que hoy día forma parte de su historia pasada. Las integrantes validan la experiencia del grupo como un espacio de reconocimiento, no sólo de lo que vivieron sino de ellas mismas como personas.

María: Me impresiona que después de tanto tiempo exista tanto dolor, mil veces torturada, no hay ningún lugar como éste, nadie te juzga, me siento otra persona, una mujer nueva, que puede sentirse feliz

Claudia: No sabía que me había afectado tanto estar detenida, me he acordado de tantas cosas, hasta de nombres, es como despertar

Ana: Historias represivas parecidas, muchas cosas en común, uno escucha que la otra dice algo que tú no te atreves a decir o no puedes decir, uno pone las palabras que la otra no encuentra para decir lo que siente, el dolor que tiene.

Gabriela: Estoy súper agradecida del grupo, de todas... he sentido cariño y comprensión a diferencia de otros lados donde siempre me he sentido criticada, he sentido un gran cariño y respeto hacia mí como persona, me sentí muy reconocida, nunca había conversado algo mío. Siempre sentí que había hecho todo mal y Uds. aquí opinan que lo he hecho bien.

Ana: Sí, es muy bonito, es una red que sostiene, igual es un desgarrar compartir todo lo que nos pasó, me conmueve cómo somos capaces de salir.

María: Al principio sentía que me hacía mal venir al grupo, lloraban mucho, siempre de nuevo el mismo relato mío, hablaban de cosas que yo creía que ya había superado, lo positivo es que pude ver las historias de las demás, no me siento víctima ni héroe, siento que fui parte de esta historia, todas las que pasamos por esto tenemos algo que nos une, somos mujeres diferentes.

Así podemos decir que confiamos en la posibilidad de que nuestras pacientes recuperarán sus potencialidades acalladas, destruidas, podrán reconstruir su subjetividad y harán un proceso de elaboración de sus pérdidas, pudiendo aceptar que el trauma sufrido no se puede borrar. Esto, porque los pacientes guardan para sí tal magnitud de horror imposible de simbolizar, que pertenece a la categoría de lo impensable, de lo no cognoscible. Como dice Ferenczi (1932), "ciertas cualidades psíquicas, como la esperanza, el amor en general o a

ciertas cosas, han sido tan destruidas por el trauma que es necesario considerarlas como incurables, más exactamente como totalmente muertas" (p. 195).

Es necesario que en el espacio terapéutico se pueda compartir la destrucción, esto marcará un "nuevo comienzo", donde el contexto sociopolítico tiene un rol fundamental: es la sociedad en su conjunto la que debe reconocer lo que estas mujeres y muchos otros han sufrido para así construir la Memoria Social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amati S. (1999) La interpretación en el trans-subjetivo. Reflexiones sobre ambigüedad y los espacios psíquicos. 41° Congreso Internacional de Psicoanálisis. Santiago de Chile.
2. Aron L. (1996) A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis. Hillsdale, N.J: Analytic Press
3. Benjamin J. (2006) Escuchando Juntos: Aspectos Intersubjetivos de Pérdida y Recuperación del Reconocimiento en el Proceso Analítico. Revista Chilena de Psicoanálisis Volumen 24, N° 1 Junio 2007
4. Bettelheim B. (1981) Sobrevivir: el holocausto una generación después. Editorial Crítica. España
5. Castillo MI (1990) Proceso de Traumatización Extrema y Posibilidades de Reparación. I Congreso de Psicoterapia Analítica. Santiago, Chile
6. Castillo MI, Gómez E, Kovalsky J. (1989) "La tortura como experiencia traumática extrema, su expresión en lo psicológico, en lo somático y en lo social" en: TORTURA: Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Prevención y Tratamiento. CODEPU. Santiago Chile
7. Castillo MI. (2007) El Proceso de Duelo (Im)posible en los Familiares de Detenidos Desaparecidos y su relación con la Violencia Política, el Trauma y la Memoria. Tesis Doctoral. Universidad Andrés Bello
8. Díaz M. (1994) Efectos Traumáticos de la Represión Política en Chile: Una Experiencia Clínica, en Revista Chilena de Psicoanálisis, Volumen 22, Junio 2005
9. Díaz M. (2008) Del Aquí y Ahora al Allá y Entonces: La Clínica con Pacientes Traumatisados Extremos. Trabajo Presentado en Congreso Fepal, Santiago de Chile
10. Ferenczi S. (1932) Diario Clínico. Editorial Conjetural. Buenos Aires, 1988
11. Ferenczi S. (1933) La Confusión de Lenguajes entre los Adultos y el Niño. Obras Completas (1970) Ed. Espasa-Calpe España (1981)
12. Ferenczi S. (1934) Reflexiones sobre el Traumatismo en Psicoanálisis Tomo IV Obras Completas (1970) Ed. Espasa-Calpe, España (1981)
13. Green A. (2007) Jugar con Winnicott. Amorrortu Editores. Buenos Aires
14. Grubrich-Simitis, Ilse Realitätsprüfung an Stelle von Deutung. Trabajo presentado en el Congreso de Psicoanálisis de la IPA Berlín, 2007
15. Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. (2005) Ministerio del Interior. Gobierno de Chile
16. Stolorow RD, Atwood GE. (1992) Trauma y Patogénesis en Contextos del Ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica. Editorial Herder Barcelona, 2004
17. Stolorow RD. (2007) Trauma and Human Existence. Autobiographical Psychoanalytic and Philosophical Reflection. New York: The Analytic Press

18. Ogden TH. (1985) Entorno al Espacio Potencial En: *Int J Psycho-Anal* 66, 129
19. Winnicott DW. (1956) Preocupación Maternal Primaria en *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Editorial Laia. Barcelona 1979
20. Winnicott DW. (1965) El concepto de Trauma en relación con el desarrollo del Individuo dentro de la Familia. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 2000
21. Winnicott DW. (1971) *Realidad y Juego*. Editorial Gedisa. Barcelona, 1999
22. Winnicott DW. (1963) El miedo al derrumbe. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 2000
23. Winnicott DW. (1954) Aspectos Metapsicológicos y Clínicos de la Regresión dentro del marco psicoanalítico. En: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona. Editorial Laia (1981)

ETNOPSQUIATRÍA

ETNOPSICOANÁLISIS DEL CHAMANISMO EN TRES CULTURAS INDÍGENAS LATINOAMERICANAS

(Rev GPU 2011; 7; 4: 430-438)

Stefano Gissi¹

Éste es un estudio psicoanalítico de algunos aspectos de los mitos vinculados al chamanismo en las culturas mapuche, yanomami y kuna. En la cultura mapuche las funciones de *machi* (curandera) y *kalku* (bruja) corresponden en parte a proyecciones de los objetos buenos y malos de la etapa de lactancia. La enfermedad se conceptualiza como una posesión por objetos malos sádico-orales (*wekufe*, demonios que chupan la sangre). En la cultura yanomami la mitología está ampliamente compuesta por proyecciones de pulsiones sádico-orales, que generan demonios caníbales. En la cultura kuna, una técnica de chamanismo corresponde estructuralmente a una integración de un objeto bueno y uno malo.

INTRODUCCIÓN

El etnopsicoanálisis es una disciplina que utiliza la teoría freudiana para estudiar las etiologías de la enfermedad y los procesos terapéuticos de distintas culturas, y el modo en que la cultura determina tanto a estos procesos como a las representaciones sobre ellos. Su iniciador fue el húngaro Geza Roheim. Georges Devereux, un psicoanalista y etnólogo húngaro-francés discípulo del antropólogo estructuralista belga Claude Lévi-Strauss, fue quien acuñó el término "etnopsicoanálisis", y lo definió como un enfoque complementario que aborda fenómenos culturales tanto desde una perspectiva psicoanalítica como desde una sociológica. Íntimamente vinculado a la etnología, el etnopsicoanálisis (o etnopsiquiatría) nació como dispositivo clínico con el trabajo del franco-egipcio Tobie Nathan

en Francia, quien atiende en su consulta a inmigrantes utilizando las técnicas chamánicas de las culturas de origen de los pacientes. En este estudio utilizaremos el etnopsicoanálisis para tratar los discursos mitológicos y chamánicos de tres culturas indígenas latinoamericanas: los mapuches (de Chile y Argentina), los yanomamis (de Brasil y Venezuela) y los kunas (de Panamá). Al abordar el chamanismo kuna realizaremos una breve comparación entre este procedimiento mágico-religioso y una psicoterapia occidental: la "imaginación activa" de Carl Jung.

PSICOANÁLISIS DEL CHAMANISMO MAPUCHE

Como el pensamiento humano en general, el pensamiento mítico se despliega a partir de oposiciones binarias. El amor y el odio, la salud y la enfermedad, la

¹ Dirección: Av. Sucre 1965 depto. 203, Ñuñoa. E-mail: stefano_gissi@hotmail.com.

paz y la guerra, la vida y la muerte, etcétera, son experiencias ontológicas presentes en los relatos míticos de diversas culturas. Lévi-Strauss (1976) sostiene que la función de los mitos consiste en conciliar pares de opuestos como éstos.

Al igual que en la cultura cristiana están Dios y el diablo como figuraciones del bien y el mal, en muchas otras culturas encontramos personajes mitológicos semejantes. En muchos casos, tanto las representaciones imaginarias antropomórficas como los roles sociales adquieren cualidades de padre o madre. De acuerdo con la antropóloga Ana Mariella Bacigalupo (1999), entre los mapuches existen las *machi*, que son mujeres (pocas veces hombres) chamanes/curanderas que realizan rituales colectivos y terapéuticos. En contraposición, existen también las *kalku* (brujas), la variante mala de las *machi*, que son hechiceras que se hacen pasar por *machi* pero utilizan magia negra y se vinculan con espíritus negativos:

Una de las nociones más tradicionales mapuches es que el universo está organizado sobre la base de dicotomías donde los distintos elementos se contraponen en pares complementarios asociados con la izquierda y la derecha. La derecha generalmente se asocia con la vida, el buen *piuke* (corazón), la *machi* buena, el Este y los mapuches antiguos, mientras que la izquierda se asocia frecuentemente con la muerte, *wele lonko* (mala cabeza o cabeza loca), el Oeste, las *kalku* (brujas) y los *wingka* (extranjeros, invasores) (Bacigalupo, 1999, p. 18).

Las *machi* pueden ser poseídas por espíritus de la naturaleza, de ancestros, de antiguas *machi* o de deidades mapuches que les entregan poderes para efectuar los rituales curativos. Entre éstos se encuentran la máxima deidad mapuche *Ngünechen* y, también, por el sincretismo con la cultura cristiana, Jesús y la Virgen. La energía vital de las *machi* puede ser además transmitida a sus animales auxiliares: la oveja, el caballo y el pollo, al intercambiar saliva y respiración con ellos. Los animales poseen parte del espíritu de la *machi* y pueden traspasarle fuerza cuando ella lo necesita. También pueden enfermarse y morir en lugar de ella.

Estos fenómenos podrían ser interpretados desde la perspectiva del psicoanálisis y, en particular, desde la teoría de Melanie Klein (Klein, Heimann, Isaacs y Riviere, 1964; Segal, 1964). De acuerdo con Melanie Klein, el lactante establece sus primeras relaciones de objeto en la posición esquizoparanoide: se vincula en su fantasía con un objeto bueno y uno malo mediante sucesivas dinámicas de proyecciones e introyecciones.

El niño escinde y aparta partes de su yo y de su pulsión de vida y las proyecta en el objeto bueno que lo gratifica, utilizando el resto de su libido para relacionarse amorosamente con este objeto. Las partes buenas del yo y los objetos buenos retornan y son objeto de sucesivas introyecciones y nuevas proyecciones al exterior por parte del infante. El objeto bueno de la fantasía del niño corresponde en la realidad al “pecho bueno” de la madre, es decir, a las experiencias gratificadoras que experimenta el bebé al ser amamantado. Es necesario recordar que el término “posición” se diferencia del de estadio del desarrollo por referirse a una condición psíquica que se da en la primera infancia pero puede volver a repetirse a lo largo de la vida del sujeto.

Entre los mapuches, cuando la *machi* entra en *kuymin* (trance) para efectuar un ritual curativo, se conecta con aspectos de su psique que hasta el momento han permanecido inconscientes: entra en contacto con espíritus de ancestros que la poseen y le dan poderes, que son imagos y representaciones de la pulsión de vida que han sido proyectadas y son reintroyectadas con transformaciones de la pulsión hacia lo contrario (vuelta de la actividad en pasividad), de modo que la introyección, en la que la *machi* es activa, es vivida pasivamente como posesión por un agente benéfico externo. El estado de trance le permite a la *machi* realizar un *machitun* (exorcismo), sustracción terapéutica, extracción de objetos malos internos que han poseído a los mapuches enfermos.

Al intercambiar secreciones corporales con sus animales auxiliares, la *machi* les proyecta parte de su pulsión de vida y la recibe de regreso incorporándola. Bacigalupo (1999) relata de un caso en que una *machi* estaba muy enferma, y quienes la rodeaban lo atribuían a que había transmitido demasiado de su fuerza vital a su caballo auxiliar, al que además después había sacrificado, quedando ella muy débil y vulnerable para ser atacada por espíritus malos. Esto concuerda con lo que señalan Melanie Klein *et al.* (1964) acerca de que en la posición esquizoparanoide existe una lucha entre la pulsión de vida y la de muerte, en donde es necesario que la primera prime: si el sujeto proyecta demasiado de su pulsión de vida hacia el exterior, es vulnerable a ser destruido por el objeto malo o por su propia maldad interna.

Al ponerlas en contraste con las *kalku*, Bacigalupo se refiere a las *machi* como “*machi* buena” (Bacigalupo, 1999, p. 18). En tanto imago materna, la *machi* no sólo puede ser relacionada con la noción kleiniana de “pecho bueno” sino también con la de Winnicott (1979) de “madre suficientemente buena”, que sostiene la necesidad del niño, y con la de Bion (1990) de función alfa

de la madre. Según Bion, el lactante entrega a la madre elementos beta (experiencias sensoriales, llanto, experiencias infinitas no simbolizadas) que la madre significa (función alfa) satisfaciendo las necesidades del niño al devolverle elementos alfa (significaciones para los elementos beta). Esta función alfa o de *Reverie*, es decir, de significación por parte de la madre, que le permitirá posteriormente al niño dar significado a su propia experiencia, ocurre para Bion también en la terapia: el paciente le entrega elementos beta al analista, y el analista realiza función alfa y le devuelve elementos alfa al paciente. Las *machi* cumplen esta función en la cultura mapuche, no sólo porque son figuras maternas y además chamanes sino, también, y sobre todo, porque:

Son ellas las que otorgan eficacia a los símbolos curativos y religiosos al usarlos en la oración, la terapéutica y el ritual. Además, las *machi*, al igual que los chamanes zincatecos estudiados por Schweder (1979), posee cualidades cognitivas especiales que le permiten enfrentar y otorgarle sentido a conceptos, símbolos y a situaciones nuevas, caóticas y difusas que carecen de sentido cultural, a partir de formas clasificatorias propias, símbolos personales y su visión del mundo particular (...) Durante la realización de los rituales (...) ponen en práctica las nuevas formas de clasificación y organización conceptual y simbólica creadas por ellas para mitigar la desorientación que sufren los mapuches ante los problemas de secularización, chilenización y modernización que afecta a su cultura (...) Por tal motivo, las *machi* adquieren un rol fundamental en la mantención, cambio y revitalización del "ethos" mapuches y sus símbolos culturales (Bacigalupo, 1999, p. 21).

Por otra parte, las *kalku* son hechiceras que, al igual que las *machi*, poseen poderes, pero que usan sus atribuciones para hacer daño o causar mal a otros. Las *kalku* pueden hacer maleficios por encargo de personas que quieren perjudicar a otros por envidia. Al igual que en muchas otras culturas indígenas, entre los mapuche la envidia funciona como un mecanismo de control social del narcisismo. Por lo general, cuando alguien obtiene beneficios y riquezas únicamente para sí, algún envidioso o alguien con energía negativa le enviará *infitun* ("mal tirado"), provocándole enfermedad (y el hechizado se enferma realmente). El *infitun* se hace dejando objetos "dañados" tales como animales muertos, pelo, uñas o entrañas de animales, que poseerían cualidades malélicas, en la casa de la víctima (Bacigalupo, 1999). Este tipo de proyección de objetos

malos provoca que las personas atacadas se enfermen o se vuelvan infelices, o que sus tierras se vuelvan infértiles, y cuando alguien sufre de algún tipo de mal y encuentra estos objetos en su jardín, rápidamente puede identificar que fue víctima de un maleficio. En el contexto de la teoría kleiniana de la envidia, Hanna Segal (1964), que sin duda tenía noción de datos etnológicos semejantes, menciona el "mal de ojo" al referirse a los ataques envidiosos del bebé al objeto bueno mediante la mirada penetrante y proyectiva, ataques causados porque él ve que toda la bondad y gratificación que obtiene provienen de ese objeto y no de sí mismo. La envidia en la perspectiva kleiniana, si bien se origina en un amor y admiración primitivos, está impregnada de la pulsión de muerte.

Entre los mapuches se suele atribuir las enfermedades a una mala intención de otro. Éstas pueden ser producidas por hechicería o por *wekufes* (espíritus malignos):

Una de las nociones más populares es la de los *wekufes* o espíritus negativos que se posesionan de las personas y les provocan males y enfermedades. Según la creencia más común, los *wekufes* llegan a la tierra para chuparles los humores (especialmente la sangre) a sus víctimas y les transmiten deformidades, enfermedades y males. Se cree que las enfermedades y el "mal" entran al cuerpo de la víctima o toman posesión de ella y deben ser exorcizados mediante rituales de curación (Bacigalupo, 1999, p. 20)

Existen *wekufes* que poseen intencionalidad propia (que son los más peligrosos), pero también hay *wekufes* neutros que son usados por las *kalku* para sus ataques.

Según Melanie Klein *et al.* (1964), el sujeto en la posición esquizoparanoide en parte proyecta su pulsión de muerte dentro del objeto malo y en parte la transforma en agresión para relacionarse con este mismo objeto (tal como ocurre con la pulsión de vida y el objeto bueno). Luego, las partes malas del sujeto y sus objetos malos internos retornan de forma fragmentada y persecutoria y son reintroyectados por él. Podemos por tanto interpretar el hecho de que entre los mapuche las *kalku* envían el mal mediante maleficios y mandan *wekufes* que toman posesión de las personas y les enferman como un despliegue imaginario en el que por mecanismos orales arcaicos proyectivos e introyectivos se genera una situación vivida subjetivamente por los mapuches como el ser poseídos por espíritus negativos y maleficios proyectados por *kalku*, que corresponden

en realidad a objetos parciales maternos malos que son percibidos fuera del sujeto, y de los que provienen la pulsión de muerte y objetos malos internos que son introyectados por el sujeto. Nuevamente, y como ya mencionamos respecto a las *machi*, encontramos aquí que los mapuches han efectuado un trastorno hacia lo contrario (vuelta de la actividad en pasividad) de sus pulsiones orales, de modo que, en lugar de sentirse introyectando un objeto, se experimentan a sí mismos como siendo atacados y poseídos por figuraciones sádico-orales externas que les vienen a chupar la sangre (*wekufes*).

Los *wekufes* son espíritus de la naturaleza o espíritus de seres humanos que han sido poseídos por *kalku* o por otros *wekufes*. Es decir, su carácter negativo se debe a que han introyectado a otros objetos malos. Su naturaleza es persecutoria y en ocasiones adquieren la forma de condensaciones o de objetos malos fragmentados. Algunos de los *wekufes* que describe Bacigalupo (1999) son: *wallipen* (animal con características de vaca y oveja), *piwichen* (serpiente alada), *ngurruvilu* (zorro con cola de serpiente), *trilke filu* (cuero acuático con tentáculos), y *chon chon* (cabeza de *kalku* voladora o pájaro con cabeza de *kalku*). Algunos *wekufes* antropomórficos son *witranalwe* ("visita del cuerpo inerte", que es un alma de un gaucho delgado a caballo) y *anchimallén* (un punto luminoso, que es el alma de un niño o niña).

Sin que ello resulte para nosotros en ningún sentido despectivo, podemos sostener que en las culturas tradicionales las personas tienen una experiencia directa de las representaciones-cosa fuertemente cargadas de afectos y del proceso primario. Confirmamos además la tesis de Lévi-Strauss (1976) respecto a que los mitos sirven para establecer sucesivas aproximaciones entre opuestos que terminan por conciliarse: entre los mapuches tales opuestos representan los aspectos gratificantes y frustrantes de la primera infancia que han permanecido sin resolver y que se resuelven a través de su representación como espíritus y de los rituales curativos de las *machi*. La cosmovisión y el chamanismo mapuches nos presentan, entonces, un universo fuertemente cargado de afectos y pleno de riqueza cultural, que permite la representación vívida de los conflictos y fantasmas de los individuos, y la efectividad terapéutica y ritual mediante manipulación por parte de las *machi* de los objetos internos de sus pacientes a través de los *machitun* (exorcismos) y otros ritos. En tales rituales se renueva cotidianamente el respeto de los mapuches por su propia cultura y por sus antepasados, algo que resulta de importancia sustancial en los tiempos actuales de conflicto por el colonialismo de las corporaciones transnacionales y del estado chileno.

PSICOANÁLISIS DEL CHAMANISMO YANOMAMI

Entre los yanomamis, como entre los mapuches, la etiología de las enfermedades y muertes es siempre espiritual y por lo general se atribuye a la intención de alguien (espíritu maléfico o chamán enemigo) de hacer daño. Los ataques de espíritus o chamanes enemigos son fundamentalmente orales, es decir, proyecciones al exterior de la pulsión oral-sádica (canibalística) de la etapa primitiva infantil de lactancia. Los yanomamis realizan una regresión psíquica a esta fase, lo que en parte puede ser atribuido a que en este pueblo los bebés son amamantados hasta los 3 años y medio de edad. De acuerdo con la mitología de este pueblo, la naturaleza está poblada de *hekura* (espíritus). Cada cosa o animal tiene su *hekura*. Según Jacques Lizot (2007), algunos de estos seres son Sol, Luna, Titiri (demonio de la noche, noche se dice *titi* en yanomami) y Arco Iris. Todos ellos son seres canibales y maléficos que atacan a las personas para robarles el alma y comérsela, provocando enfermedades y muerte. La mayoría de estos seres son principalmente orales, aunque existen algunos como Titiri, que debe ser considerado como una proyección de pulsiones no sólo orales sino además anales y fállicas, pues es un demonio que posee un gran pene y que por las noches ataca a las mujeres y se acopla y copula con ellas, o ataca a los hombres y los sodomiza. Titiri es la noche misma. La luz de *Hetu a no mayô* (Arco Iris) genera los *shawara*, demonios de la enfermedad (Lizot, 2007). Peshiemiriwë, que según María Isabel Eguillor García (1984) no entra en la clasificación de *hekura*, es un ser de la selva al que las jóvenes mujeres temen porque es un abusador sexual. Otros seres mitológicos temidos son el monstruo acuático Rahara, la gran culebra Hiputu y los Yai (Eguillor García, 1984). Estos últimos son descritos por María Isabel Eguillor García como "espíritus malos que producen miedo sobre todo a los niños (...) Habitan en el agua y en los cerros" (Eguillor García, 1984, p. 162). Hôô es un ser que perfora el cráneo de sus víctimas y les aspira el cerebro. Yotenama es un ogro que lleva un canasto con calabazas y sorprende a los niños en la selva, les rompe la columna y se los lleva en su canasto para luego comérselos (Lizot, 2007).

De acuerdo con Lizot (2007), los *hekuras* son espíritus neutros usados por los chamanes para sus fines benéficos o maléficos. Cuando un yanomami se inicia como chamán, su pecho se llena de *hekuras*, que pasan a vivir en su interior. Los *hekuras* fueron seres humanos en un pasado remoto y hoy están asociados con animales o fuerzas de la naturaleza. Son energías espirituales, su tamaño es microscópico. Los chamanes

los pueden ver bajo el efecto de alucinógenos. Pueden ser aliados para curar o para enviar enfermedad a comunidades enemigas. Eguillor García (1984) los clasifica en terrícolas, celestes y de la naturaleza. Los terrícolas son los que ayudan a los chamanes. Los celestes no ayudan a los chamanes, peor aun, pueden hacer daño a los yanomamis. Son tres: Motokäriwe, Omayariwë y Periporiwë. Motokäriwe produce calor con los rayos solares, y es identificado con el sol o con la luna. Sol y Luna en ciertos contextos constituyen un solo ser que se desdobra. Tiene por vicio robarse el alma de los niños. Omayariwë lleva a los niños diarreas y vómitos. Los *hekuras* de la naturaleza son Titiri, Watoriwë y los Amahiri. Watoriwë es el espíritu del viento. Cuando hay viento, es porque Watoriwë se desplaza. Con su soplo cura la gripe. Los Amahiri son varios, un pueblo de espíritus que una vez fueron yanomamis (humanos) pero ahora viven por debajo del nivel de los yanomamis, bajo la tierra. Cuando un chamán extrae un demonio de la enfermedad (*shawara*) de un paciente, lo envía al mundo de los Amahiri. Los yanomamis asesinados por flechazos se transforman en *shirâkôri*, que son *hekuras* de las rocas montañosas (Eguillor García, 1984; Lizot, 2007).

Un ser humano está compuesto por su *pei mi âmo* (principio vital, alma, que puede ser robada por seres sobrenaturales que buscan comerla, y que los chamanes van a buscar para arrebatarla a los espíritus y restituírsela a su dueño), su *noreshi* (doble o sombra, otro tipo de alma o principio espiritual, designa también los dibujos o fotografías de la persona, y es una parte esencial de ella), y su *pei no uhutipi* (también inmaterial, y que al morir la persona se convierte en un espectro (*pore*) errante). Jacques Lizot (2007) señala:

A diferencia del principio vital [*pei mi âmo*], el cual sólo puede ser víctima de una agresión, el *pei no uhutipi* es agresivo y puede causar graves enfermedades; los espectros también pueden agredir a los humanos y apoderarse de su principio vital. Durante las expediciones guerreras, los chamanes pueden, la noche que precede al ataque, golpear el *pei no uhutipi* de sus enemigos; éstos entonces se debilitan, se descuidan y salen inconscientes de su habitación, para ofrecerse a las flechas de los guerreros al asecho. El *pei no uhutipi* de una persona muerta en forma violenta es muy peligroso para el homicida, que se ve obligado a cumplir con un rito de purificación y de protección (*unokaimou*). El *pei no uhutipi* de ciertos animales puede ser igualmente peligroso por lo que hay que matarlo simbólicamente antes de comerlo (p. 292)

El proceso psíquico por el que se concibe al alma del enemigo asesinado como un espectro hostil y peligroso es semejante al mecanismo descrito por Freud (1948) en *Duelo y Melancolía*, por el que cuando una persona pierde a un pariente o amigo (o, incluso, a un ideal abstracto amado), el objeto perdido cae sobre el yo del sujeto en duelo. Freud señaló que la melancolía es causada por la dificultad para procesar la ambivalencia preexistente en relación con el objeto perdido. Ha existido una elección de objeto narcisista, es decir, aquella por la que el yo se ha identificado con el objeto (siendo la identificación un mecanismo psíquico oral: introyección), y la pérdida de ese objeto, que en vida ha sido por momentos amado y por otros odiado, se siente como una pérdida en el yo. Evidentemente el proceso no es exactamente el mismo en el caso de sujetos asesinados en una guerra, tanto menos cuanto que no eran seres cercanos ni significativos (excepto, quizá, como enemigos) antes de morir. Sin embargo, no deja de existir una analogía con el proceso descrito por Freud, sobre todo teniendo en cuenta que existe sadismo y pulsiones orales implicadas. Freud mismo señaló en ese mismo texto, además, que el deseo de retener al objeto perdido puede llegar al nivel de mantenerlo presente en forma de alucinación (identidad de percepción). En este caso probablemente no se trata de un deseo de mantener vivo al objeto, sino de una agresividad y/o una culpa por el asesinato y/o un temor a las represalias, proyectados hasta adquirir la forma de fantasmas externos.

Otra causa de enfermedad es la pérdida del *noreshi* o doble de la persona. Cada individuo tiene su *noreshi*, que es un animal que nace, se enferma y muere cuando la persona lo hace. Es un constituyente de ella sin embargo el *noreshi* vive lejos de la persona, por lo que ésta puede comer animales de esa especie sin temor a dañar su *noreshi*. De acuerdo con María Isabel Eguillor García (1984), los *noreshis* de hombres son animales grandes como la marimonda, el tigre, la arpa y la perezosa; y los de mujeres son animales pequeños como el perro de agua y el perro blanco. Lizot (2007) menciona entre los *noreshis* de hombres el jaguar, el mono araguato y el águila arpa, y sostiene que el de las mujeres es un animal raro llamado *hââhââmi*, que se alimenta de cangrejos. Los niños heredan el *noreshi* de su padre y las niñas el de su madre.

El hecho de que para los yanomamis el *noreshi* o animal doble es una parte del sujeto nos muestra que los yanomamis han proyectado partes de su yo en objetos externos: concretamente, ciertos animales. Éste es un mecanismo infantil que sin duda debe ser interpretado como una reminiscencia de la etapa del narcisismo

primario propuesta por Freud, en la que para el niño no hay aun diferenciación entre yo y objeto (o sea, entre bebé y madre). La magia y la brujería dependen de mecanismos psíquicos que funcionan a nivel del proceso primario: así, por ejemplo, cuando un grupo de yanomamis va a una expedición de guerra, realizan un rito consistente en crear un muñeco que representa al enemigo y flecharlo. La creencia de que lo que le ocurre al muñeco le sucederá al enemigo real se basa en procesos psíquicos intensamente cargados de afectos en los que se generan condensaciones, es decir, superposiciones y fusiones de representaciones relacionadas entre sí. Si para los yanomamis una representación de su memoria se asemeja a otra, entonces *ella es esa otra representación*. Análogamente, si una representación mental o interna se refiere a un objeto externo, ella es ese objeto externo. Esto explica en parte por qué los demonios y fantasmas psíquicos (temores, complejos, imagos, etcétera) inconscientes de los yanomamis aparecen como viniendo desde fuera: desde la naturaleza.

Cada comunidad yanomami es una entidad políticamente autónoma, comparable a los estados-nación en la modernidad. Vive en un *shapono*, vivienda comunal circular, habitada por un grupo de personas con lazos de parentesco entre sí. Un *shapono* puede estar formado por unas 35 hasta unas 100 personas o más. Una comunidad puede ir a la guerra contra otra, estar aliada con una tercera, etcétera. Existe además una escisión por parte de cada comunidad yanomami de las otras comunidades en “buenas” (amigas) o “malas” (enemigas). En efecto, no existen las comunidades neutras. Están aquellas con las que se intercambian objetos mediante trueque y mujeres para los matrimonios, y aquellas otras con las que no hay comercio y que, por tanto, son enemigas, potenciales rivales en la guerra y posibles culpables de haber enviado, a través de sus chamanes, enfermedades, tempestades o desastres naturales a la propia comunidad (Eguillor García, 1984). El modo en que los yanomamis se vinculan imaginariamente a otras comunidades es mediante mecanismos de la posición esquizoparanoide: sucesivas proyecciones e introyecciones. Esto es particularmente evidente respecto de las comunidades con las que existen conflictos. Como señala Eguillor García (1984):

para los yanomamis todos los hechos de la vida que se salen un poco de lo corriente, son atribuciones otorgadas a los shamanes enemigos. Así, un puño dado sin intención de matar pero que produce la muerte, fue un shamán que maquinó cuando la mano estaba todavía en alto, lejos del cuerpo de la víctima. Un niño se extravía en la selva, son los

shamanes malvados que intentan perderlo. Una epidemia de gripe azota a la comunidad, son los *hekuras* enviados por los shamanes para diezmar la población. Todos los hechos de vida tienen pues su justificación en este campo (p. 203).

Cuando una serpiente o un escorpión muerde a un yanomami, se debe a que un chamán enemigo puso ahí el animal para que atacara a su víctima. Así pues, los sucesos negativos que ocurren en un *shapono* son interpretados como ataques de *hekuras* negativos (objetos malos internos con características sádico orales) enviados por chamanes malvados para, por ejemplo, robar el alma de un niño que murió, y comérsela. Los chamanes de la comunidad víctima del ataque, mediante drogas alucinógenas, pueden saber quiénes son los responsables y a su vez enviar ataques a esa comunidad. Estas rivalidades pueden mantenerse en el nivel de ataques mágicos o derivar directamente en guerras físicas.

Además, de acuerdo con Lizot (1978) los yanomamis atribuyen que las personas de otras etnias son caníbales. La moral yanomami condena el canibalismo, si bien existe una especie de canibalismo en un rito funerario yanomami que consiste en consumir las cenizas de los huesos de sus parientes muertos, tras haber incinerado el cadáver en una hoguera. Pero no toleran la idea de comer carne ensangrentada, y menos humana. Aquí debemos mencionar el conocido hecho de que los conquistadores europeos de África y América frecuentemente atribuían a los pueblos nativos la costumbre de comer carne humana, con lo que justificaban la conquista. Como es sabido, el racismo funciona en base al mecanismo psíquico de la proyección: percibir en otro los aspectos primitivos, rechazados y reprimidos, potenciales en la propia personalidad. En tal sentido, el uso del mecanismo de proyección por el que los yanomamis atribuyen a otras etnias el canibalismo no es distinto de la utilización del mismo mecanismo por los europeos. De hecho, los yanomamis atribuyen también a los blancos y criollos la práctica de la antropofagia. Los blancos y los indígenas de otras etnias son igualmente, por oposición a los yanomamis (que significa “gente”), *napë* (extranjeros). Como señala Lizot (1978):

Resulta entonces explicable que los yanomamis acusen a los extranjeros, a los blancos, de lo que para ellos constituye una verdadera abominación, un crimen horroroso: comer carne humana. Su pensamiento religioso y su universo mítico están cargados de esta amenaza constante, de esta sombra inquietud: la antropofagia, real o simbólica.

Para los yanomamis, toda muerte es concebida como un acto caníbal, ella sobreviene cuando “el alma” ha sido comida por un ser sobrenatural o por un ser humano (p. 21).

Por tanto, nos encontramos con que la pulsión oral sádica de la fase de lactancia es permanentemente proyectada, ya sea sobre animales, seres mitológicos, elementos de la naturaleza, chamanes de otras comunidades yanomami o extranjeros (blancos y gente de etnias indígenas no yanomami).

Otro aspecto interesante de la oralidad omnipresente en el universo yanomami lo constituye el hecho de que conciben también las relaciones sexuales como actos de canibalismo. Lizot (2007) sostiene que tener relaciones sexuales con una mujer se dice “comer la vagina” (*suwe na wai*), tener relaciones sexuales con un hombre se dice “comer un pene” (*moróshi wai*), y hacer el amor se dice “hacerse comer” (*wamou*). En efecto, tal como Freud (1948) señaló, la sexualidad oral está también presente en la vida sexual adulta, por ejemplo a través de los besos en la cultura occidental.

EL CHAMANISMO KUNA Y LA “IMAGINACIÓN ACTIVA” DE JUNG

La siguiente es la descripción de una curación realizada por un chamán entre los kunas, indígenas de Panamá, que fue estudiada por Claude Lévi-Strauss (1976) en su obra *Antropología Estructural*. De acuerdo con Lévi-Strauss, fue obtenida de un texto facilitado por los propios kunas en el que se relata el ritual. Se trata de una mujer que no logra dar a luz debido a fuertes dolores, y por esto los aldeanos llaman al chamán. Para llevar a cabo el rito, el chamán entra en trance, e instaura un canto inscrito en las creencias de este pueblo, en el que relata la transformación de los *nuchu* o espíritus protectores (representados por estatuillas que tiene a su lado) en *nelegan*, o sea, asistentes del chamán. El chamán y los *nelegan* entran por la “ruta de *Muu*” (vagina) a la “mansión de *Muu*” (útero). *Muu* es la potencia responsable de la formación del feto, necesaria para el nacimiento que, aunque aquí cumple el rol de malvada, no es esencialmente mala, y tras el combate se renovará una especie de amistad entre *Muu* y el chamán. En la ruta, el *nele* (chamán) y los *nelegan* (asistentes del chamán, plural de *nele*) deben enfrentar a muchos monstruos fantásticos, “animales que acrecientan el dolor de la parturienta”, que mueven sus brazos de un lado a otro en el canal del parto (es decir que son los dolores mismos personificados), y cada uno de los cuales es nombrado en el canto. Además, deben vencer

obstáculos como “cuerdas flotantes”, “hilos tendidos”, “cortinas sucesivas”. El canto relata exhaustivamente los sucesos míticos entremezclados con los fisiológicos, como si se quisiera anular para la enferma la diferencia; así, mientras ella sangra, “los *nuchu* gotean sangre”. En el útero se libra una batalla contra *Muu* y sus hijas, el chamán y sus espíritus protectores lanzan sombreros mágicos cuyo peso los malvados no pueden soportar, y entonces los héroes recuperan el *purba* (alma) del útero, que *Muu*, abusando de sus atribuciones, había secuestrado. Finalmente, se relata la salida del chamán y sus espíritus, que salen marchando uno al lado del otro (y no en fila), de modo que para la enferma es pensable la apertura del canal del parto, y entonces ella da a luz.

Esta técnica mitológica kuna presenta cierto parecido con la técnica psicoterapéutica occidental “imaginación activa” desarrollada por el psiquiatra suizo Carl Jung. Probablemente el gran interés de Jung por los mitos y las culturas no occidentales explica esta semejanza. En efecto, los trabajos de Jung, que no tienen nada que ver con la tradición del etnopsicoanálisis, fueron la base para el desarrollo, sobre todo en Estados Unidos, de una corriente tan interesante como es la psicología transpersonal.

El analista jungiano, Cecil Burney, se sometió como paciente a la “imaginación activa”, una técnica de imaginación. Su terapeuta fue la también analista jungiana Frau Aniela Jaffé. Burney (1991) relata: “En mi vida parecía haber una pauta repetitiva de sentimientos sofocados por mujeres que al parecer deseaban exigir todo mi tiempo y energías. A menudo me sentía incapaz de liberarme de situaciones en que aparecían tales mujeres” (p. 208). Tales situaciones con mujeres no eran problemáticas en sí, pero lo eran para Burney debido a sus características personales y, sobre todo, a sus complejos inconscientes particulares. Frau Jaffé le sugirió a Burney que quizá le surgiría en la mente una imagen que le recordaría lo esencial de las mujeres con las que tenía ese problema. Esta imagen podría ser un animal, una cosa o una persona, pero claramente constituiría un personaje de fantasía: no correspondería a ninguna persona real que Burney conociera. A Burney le surgió la imagen de un pulpo, cuyos tentáculos le rodeaban, sofocando sus movimientos. Por sugerencia de la terapeuta, Burney buscó un lugar y momento tranquilo para tener un encuentro personal, él a solas con la imagen, en el que tendrían un diálogo que él debía escribir en su cuaderno. El pulpo se llamaba Esther y, a medida que el diálogo avanzaba, Cecil Burney cada vez más sentía que el pulpo quería controlarlo, sintiendo un gran miedo del enorme poder y fuerza que esta imagen desplegaba. Entretanto, había sesiones en que

le relataba a la terapeuta lo que ocurría en sus conversaciones con esta mujer pulpo. Llegó un momento en que, desesperado ante Esther, Burney pidió ayuda, y apareció allí otra imagen, que le dijo que estaba ahí para ayudarlo. Burney le preguntó quién era, y la nueva imagen le respondió literalmente: “Mi nombre es Glenda, soy la Bruja Buena del Norte” (Burney, 1991, p. 209). Glenda le dijo a Burney que Esther tenía muchos problemas y, poco a poco, él comenzó a cambiar su perspectiva, y a ver a Esther no ya como un ser despiadado y sofocante, sino más bien como alguien con grandes debilidades y una espantosa suerte en la vida. Se sintió impactado por el hecho de que alguien se sintiera tan mal como para necesitar controlar por completo a otra persona. Burney se sintió mucho más fuerte gracias a Glenda. Luego apareció también una rana, que lo apoyó para poder manejar mejor su situación con Esther. Burney le disparó una estaca a una parte de Esther, la parte sofocante, y pudo entablar una conversación con su otra parte, más aceptable, y llegar a un acuerdo con ella. Entonces apareció también la imagen bíblica del rey David, que felicitó a Burney por todo esto. La imaginación activa terminó, y por mucho tiempo más Burney no volvió a tener problemas con tales mujeres. Después de algunos años, de pronto pareció que iba a volver a tener uno de estos problemas, y rápidamente fue a escribir un diálogo con el pulpo, en el que la imagen reconoció que había intentado tomarlo por sorpresa. Desde entonces el problema dejó de existir.

Burney relata también algunos casos en los que él, como terapeuta, guio a sus pacientes en el uso de la técnica jungiana de la imaginación activa. Entre ellos el de una mujer muy deprimida, que había tenido pésima suerte en su historia de relaciones personales. Se conversó con ella la posibilidad de usar la imaginación activa, se habló del riesgo por la intensa afectividad que esta técnica hace emerger, y se decidió utilizarla. Aparecieron frente a la mujer dos imágenes, una de ellas, muy positiva, era una túnica de género, a la que llamó “la túnica blanca”; la otra, oscura y nebulosa, recibió el simple nombre de “la negra”. La paciente estableció diálogos con ambas figuras, las imágenes discutían entre sí, y la túnica blanca se convirtió en una hermosa mujer, que llegó a ser una gran amiga de la paciente. Le ayudó a comprender a la negra. La negra se transformó en una nube, y relató sus malas experiencias y desilusiones, llorando lágrimas de lluvia. Con el tiempo, la paciente pudo apreciar tanto a la mujer blanca como a la nube negra, y sintió que las lágrimas de la nube habían fertilizado la tierra. Poco después, todo comenzó a ir mejor en su vida, cambió de trabajo y logró establecer nuevas y significativas relaciones con otras personas.

Resultan evidentes las semejanzas entre la imaginación activa jungiana y la técnica chamánica kuna descrita por Lévi-Strauss. En ambos casos el conflicto es personificado, transformado en imágenes de personas, animales o cosas de carácter positivo o negativo, en donde hay personajes que ayudan al enfermo para poder superar su problema causado por imágenes malas. La diferencia radica en que en la visión de los pueblos indígenas esas imágenes son espíritus que realmente existen, su carácter real es consensuado, mientras que en la imaginería jungiana son imágenes que los pacientes “crearon” para representar sus complejos y conflictos. La efectividad del uso de imágenes visuales reside en que éstas gatillan emociones mucho más fácilmente que las palabras. Esto concuerda con la distinción que hace Freud entre “proceso primario” y “proceso secundario”: para Freud en el inconsciente, es decir, en la psique primitiva, hay representaciones-cosa, o sea, imágenes visuales (y no “significantes” ni palabras), y la energía libidinosa fluye libremente de una imagen a otra, en este lugar profundo de la psique humana no hay pensamiento lógico, negación ni grado de certeza, los sucesos tienen un carácter absoluto, no hay leyes ni limitaciones espacio-temporales, tal como no las hay en los sueños. Esto contrasta con el proceso secundario, donde las imágenes se unen con palabras y la energía psíquica fluye mucho menos libremente, mucho más ordenada y reprimida. Hoy nos resulta obvio que la mejor manera de conectarse con este espacio profundo de nuestro ser que es el inconsciente, y con sus complejos, es mediante “imágenes afectivas”.

Observemos las invariantes en la estructura de los relatos. Si bien en cierto modo la imagen mala es vencida, también se produce una suerte de reconciliación entre ella y la imagen buena, o sea, el paciente logra integrar psicológicamente sus partes “buenas” y “malas”, aceptando a estas últimas. Encontramos en estas técnicas “objetos buenos y malos” que luego se integran para producir la cura, de modo semejante a como para Melanie Klein el logro evolutivo del bebé que pasa de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva se realiza al disminuir la proyección de la pulsión de muerte, lo que da menos fuerza al pecho malo y permite que éste sea menos temido, para que luego el pecho bueno y el malo se integren, lo que constituye un gran progreso en el desarrollo psicológico del infante (Klein *et al.*, 1964). En el caso del chamanismo kuna, *Muu* no es en esencia mala, sino que sólo ha rebasado sus atribuciones, más aún, es necesaria para la formación del feto y, tras ser derrotada, la despedida que da esta potencia espiritual al chamán equivale casi a una invitación: “Amigo *nele*, ¿cuándo volverás a verme?” (Lévi-Strauss,

1976, p. 212). Igualmente, en la imaginación activa el paciente en parte derrota a la imagen mala en un combate, pero en parte también logra empatizar con ella, ver sus debilidades e identificársele, dejando de verla como algo tan ajeno a su propio *self* y como un problema proveniente de algo radicalmente distinto a él que lo ataca, dejando de temerle y entonces integrándolo a su propia identidad. En esto consiste la curación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos visto que las teorías psicoanalíticas freudiana y kleiniana son de utilidad para estudiar los mitos chamanísticos indígenas de América Latina. Ahora bien, se nos plantea el siguiente problema metateórico: ¿Son las teorías psicoanalíticas más ciertas que los mitos que estamos estudiando en base a ellas? Lévi-Strauss (2001) estudió el denominado “pensamiento salvaje” y sostuvo que éste no difiere de la ciencia occidental en su estructura interna. En efecto, si bien la magia y el mito se ocupan de objetos más cercanos a la experiencia que los de la ciencia moderna, los sistemas taxonómicos de las culturas ágrafas poseen una gran complejidad. Los pueblos indígenas establecen grandes sistemas clasificatorios de plantas, animales y otros objetos concretos. Su forma de pensamiento no es defectuosa ni inferior, ni pre-lógica. En efecto, Lévi-Strauss afirma que el pensamiento mítico es lógico, y le da el estatus de ciencia. Por otra parte, sostiene también que las ciencias occidentales son mitos empíricos (Lévi-Strauss, 2001; Lévi-Strauss, 2002). En el caso del psicoanálisis esto es particularmente evidente. Así, por ejemplo, en su estudio de la estructura de los mitos, Lévi-Strauss (1976) señala que al estudiar las distintas versiones del mito de Edipo, provenientes de diversas culturas, era adecuado estudiar también la versión de Freud. Y el psicólogo estadounidense James Hillman ha sostenido que el genio de Freud estuvo en haber formulado su psicología como un mito:

Los conceptos freudianos tales como libido –y especialmente su Eros, Tánatos y Edipo– son de hecho antiguas imágenes extraídas explícitamente de una larga historia de personificación mitológica. (...) El propio Freud escribió: “La teoría de los instintos es, por así decir, nuestra mitología. Los instintos son seres míticos, maravillosamente indeterminados”. (...) Y si los antiguos demonios se exorcizaban, ahora se liberan los nuevos con procedimientos abreactivos. Una de las principales

diferencias reside en su visualización como personificaciones: hace tiempo veíamos criaturas aladas y largas serpientes que emergían de orificios, o diminutas personas animadas; ahora tenemos diagramas geométricos o fórmulas algebraicas para describir la actividad de la psique. De lo que se trata aquí es no de reducir los demonios a complejos o los complejos de nuevo a una antigua demonología, sino de hacer hincapié en que *la psicología necesita hasta tal punto de la mitología que crea una a medida que se desarrolla*. El alma necesita un modo mítico de expresión para formularse a sí misma (Hillman, 1999, pp. 86-87).

Podemos decir, por tanto, que el psicoanálisis, como toda ciencia, es un mito más. Las ciencias son los mitos de la cultura occidental, y el que utilicemos estos relatos para, desde ellos, comprender mejor el chamanismo y otros fenómenos no occidentales, es tan legítimo como que alguien proveniente de una de estas culturas utilice sus propias categorías para percibir a la nuestra. Por supuesto, esto no implica negar la importancia de la perspectiva científica occidental, sencillamente la sitúa como lo que es: una perspectiva cultural.

REFERENCIAS

1. Bacigalupo A. (2001). *La voz del kultrún en la modernidad*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
2. Bion W. (1990). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé.
3. Burney C. (1991). “La imaginación activa de Jung: Una técnica occidental de meditación”. En: Grof S (Ed.), *Sabiduría antigua y ciencia moderna* (pp. 205–215). Santiago: Cuatro Vientos.
4. Equillor García Ml. (1984). *Yopo, shamanes y hekuras: Aspectos fenomenológicos del mundo sagrado yanomami*. Caracas: Salesiana.
5. Freud S. (1948). “*Duelo y melancolía*”. En: Obras completas, Vol. 2. Madrid: Biblioteca Nueva.
6. Freud S. (1948). “*Tres ensayos para una teoría sexual*”. En: Obras completas, Vol. 2. Madrid: Biblioteca Nueva.
7. Hillman J. (1999). *Re-imaginar la psicología*. Madrid: Siruela.
8. Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. (1964). *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
9. Lévi-Strauss C. (1976). *Antropología estructural*. Buenos Aires: Eudeba.
10. Lévi-Strauss C. (2001). *El pensamiento salvaje*. México: Fondo de Cultura Económica.
11. Lévi-Strauss C. (2002). *Mito y significado*. Madrid: Alianza.
12. Lizot J. (1978). *El círculo de los fuegos*. Caracas: Monte Ávila.
13. Lizot J. (2007). “El mundo intelectual de los yanomamis: cosmovisión, enfermedad y muerte con una teoría sobre el canibalismo”. En: Freire G, Tillett A (eds.) *Salud indígena en Venezuela*. Vol. 1 (pp. 269-324) Caracas: Ministerio de Salud.
14. Segal H. (1964). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.
15. Winnicott D. (1979). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.

INVESTIGACIÓN

EASE: EXAMEN DE ANOMALÍAS SUBJETIVAS DE LA EXPERIENCIA (DESÓRDENES DEL *SELF*)

(Rev GPU 2011; 7; 4: 439-467)

Josef Parnas^{a, d}, Paul Møller^b, Tilo Kircher^c, Jørgen Thalbitzer^a, Lennart Jansson^a, Peter Handest^a, Dan Zahavi^d

(Traducción: Otto Dörr y Leonor Irarrázaval)

El Examen de Anomalías Subjetivas de la Experiencia (la sigla en inglés EASE significa en castellano FACILIDAD), es una lista de verificación de síntomas para la exploración fenomenológica semi estructurada de anomalías *subjetivas* o *experienciales* que pueden ser consideradas como desórdenes de la autoconciencia básica o “mínima” (*self-awareness*). El EASE fue desarrollado en base a las auto-descripciones obtenidas de pacientes con desórdenes del espectro esquizofrénico. La escala tiene gran relevancia diagnóstica, descriptiva y de diagnóstico diferencial en el marco de los desórdenes del espectro esquizofrénico. Esta versión contiene aspectos específicos de la entrevista, e ítems con descripciones psicopatológicas (Manual), una hoja de registro (Apéndice A), una lista recordatoria de los ítems para usar durante la entrevista (Apéndice B) y una lista de comparación de los ítems EASE/BSABS (“Bonner Skala für die Beurteilung von Basis-Symptomen”) (Apéndice C).

^a Departamento de Psiquiatría, Hospital de Hvidovre, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca.

^b Unidad para la Investigación y Desarrollo de la Salud Mental, División de Psiquiatría, Hospital de Buskerud, Lier, Noruega.

^c Departamento de Psiquiatría, Universidad de Aquisgrán, Aquisgrán, Alemania.

^d Fundación de Investigación Nacional de Dinamarca, Centro para la Investigación de la Subjetividad, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca

Traducción: Dr. Otto Dörr. Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Chile en el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz”. Email: odoerrz@gmail.com; Leonor Irarrázaval. Psicóloga Clínica. Doctora (c) en Psicoterapia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Becaria CONICYT. Email: leonor.fidelio@gmail.com

Los términos y los conceptos son explicados bajo cada sección y cada ítem.

METAS Y POBLACIÓN OBJETIVO

El EASE se enfoca en las anomalías de la experiencia subjetiva que parecen reflejar desórdenes de la autoconciencia. Esta escala es descriptiva desde el punto de vista fenomenológico y el propósito de la descripción es predominantemente cualitativo, esforzándose por lograr una descripción detallada de los fenómenos que tienen en común un sentido de alguna manera deformado de la perspectiva en primera persona, es decir, un desorden o una deficiencia en el sentido de ser un sujeto, un centro auto-coincidente de acción, pensamiento y experiencia¹.

La escala está diseñada principalmente para condiciones del espectro esquizofrénico, pero no puede ser utilizada por sí sola como instrumento diagnóstico (los desórdenes del *self* no son enumerados en las listas del DSM-IV ni del CIE-10 como cruciales para el diagnóstico, ni incluso como características importantes de la esquizofrenia; la desrealización y la despersonalización son mencionadas como características no esenciales de la esquizotipia). El EASE no cubre todas las potenciales anomalías de la experiencia, sino que se centra solamente en los desórdenes del *self* (en contraste con el BSABS [“Bonner Skala für die Beurteilung von Basis-symptomen”] [Gross *et al.*, 1987], por ejemplo, los desórdenes perceptivos no son explorados).

DESARROLLO DEL EASE

El desarrollo del EASE fue motivado originalmente por el trabajo clínico en la unidad diurna y estacionaria de cuidado para pacientes en primera admisión en el Departamento Universitario de Psiquiatría del Hospital de Hvidovre (durante un periodo de cuatro años, aproximadamente un total de 100 pacientes fueron entrevistados consecutivamente por J.P. y L.J.). El propósito principal fue explorar y comprender mejor las manifestaciones experienciales y del comportamiento del autismo esquizofrénico (Parnas y Bovet, 1991). Una observación notable fue que la mayoría de los pacientes reportó un persistente vacío de la identidad desde largo tiempo o más recientemente la ocurrencia de sensaciones de autotransformación. Dos estudios independientes, no controlados, conducidos casi simultáneamente en Dinamarca y en Noruega, confirmaron de manera sistemáti-

ca estas impresiones (Parnas *et al.*, 1998; Møller y Husby, 2000). Un estudio reciente de 151 pacientes en primera admisión con diferentes diagnósticos demostró que los desórdenes del *self* constituyen elementos importantes de la esquizofrenia y de la esquizotipia (Parnas y Handest, 2003; Handest y Parnas, 2005). Otro estudio, separado, mostró que los desórdenes del *self* (registrados a lo largo del ciclo vital) diferencian entre la esquizofrenia residual y la enfermedad bipolar con *psicosis* en remisión (Parnas *et al.*, 2003). Los análisis más recientes muestran que los desórdenes del *self* también se presentan en cuadros del espectro esquizofrénico (esquizofrenia y esquizotipia) identificados en un amplio estudio genético de familias (Parnas *et al.*, en preparación). Para resumir, el origen del EASE fue en gran medida clínico-fenomenológico, se basó en muchas entrevistas con pacientes portadores de una esquizofrenia incipiente y/o del espectro esquizofrénico, y se amplió posteriormente por medio de la recolección sistemática de datos empíricos de varias muestras citadas más arriba.

También fuimos inspirados e influenciados por las descripciones psicopatológicas clásicas de estos sutiles fenómenos patológicos, como por ejemplo los trabajos de Pierre Janet, Hans Gruhle, Joseph Berze, Eugène Minkowski, y Wolfgang Blankenburg. Debemos una inspiración importante al grupo de investigación alemán de Gerd Huber, Gisela Gross, Joachim Klosterkötter, Frauke Schultze-Lutter, y a sus colegas, quienes fueron los pocos psiquiatras científicos modernos que tomaron en serio la experiencia subjetiva del paciente y la estudiaron de manera sistemática. Conocíamos la noción de Huber de los “síntomas básicos” desde finales de los años 80, y el BSABS se tradujo entero y se publicó en danés en 1995. Hay algunos traslapes naturales con el BSABS, especialmente en el dominio de los desórdenes cognitivos, cenestesias y otros ítems individuales. En estos casos, los números originales de los ítems del BSABS son dados entre paréntesis después del nombre del ítem. Sin embargo, es importante escudriñar cuidadosamente las definiciones, porque éstas *no son* por lo general del todo idénticas. Nuestra propia aproximación clínico-psicopatológica está muy influenciada por la aproximación husserliana de la fenomenología (Parnas y Zahavi, 2002; Sass y Parnas, 2003).

PAUTAS GENERALES PARA CONDUCIR LA ENTREVISTA

Dificultades intrínsecas de la entrevista

Las experiencias que se fijan aquí como objetivo son a menudo tan extrañas para el paciente que nunca se

¹ No obstante, existe la posibilidad de calificar la frecuencia e intensidad de la experiencia anómala.

las ha comunicado a otra persona. Con frecuencia, los pacientes no se las han mencionado ni siquiera a los confidentes más cercanos. Las experiencias pueden ser *efímeras*, bordeando incluso lo inefable. *No son* como objetos materiales que uno pudiera “sacar de su cabeza” y describirlos como si se tratara de *cosas* con determinadas propiedades, o redescibir la experiencia en diferentes ocasiones exactamente con los mismos términos. El paciente puede quedarse corto de palabras para expresar su propia experiencia. Una razón de esto, es que muchas de estas experiencias poseen una cualidad “prerreflexiva” (*prerreflective*). No son explícitas en el foco de atención temática sino que constituyen más bien el trasfondo general de la conciencia. Además, un paciente puede tener éxito en *una ocasión* en describir su experiencia anómala mediante una llamativa y pertinente metáfora, la que por alguna razón no estará más disponible en ocasiones posteriores en consecuencia, en estas ocasiones posteriores, el paciente dará sólo descripciones vagas (NOTA: No tenemos información empírica sistemática sobre estos aspectos). El predicamento del paciente puede ser comparable con intentar describir su estado propioceptivo global. Además, las distorsiones de la autoconciencia minan la capacidad del paciente para hablar de sí mismo. Como se mencionó antes, muchos pacientes consideran sus experiencias como *algo privado* (en contraste con las alucinaciones auditivas vistas como conocimiento común), y por lo tanto, ellos consideran estas experiencias como algo vergonzoso, “inhumano” o profundamente perturbador.

Uso de la metáfora

Los pacientes emplean metáforas para describir lo que experimentan; éste es también el caso de las personas sanas; se trata de un proceso universal. Una metáfora se define generalmente como la transferencia del significado desde un dominio conceptual a otro, como en la expresión: “la vida es un viaje” (el concepto de vida se hace significativo por la apelación a un viaje, algo perteneciente a otro dominio). En el contexto de una entrevista psiquiátrica, una metáfora *no debe* ser vista como “sólo una metáfora” o “sólo como una manera de decir” que por alguna razón, distorsionada o convencionalmente, representa una experiencia anómala subyacente (más verdadera o auténtica; vale decir, una metáfora no sólo es un *significante* (signo), distinto de, y contingentemente adjunto al contenido *significado* (*signifié* = el significado del signo). Al contrario, el caso es más bien como sigue: una experiencia (no- o pre-lingüística), en particular del tipo prerreflexiva, es progresivamente conceptualizada, es decir, transformada en

un formato conceptual (lingüístico), para ser aprehendida por el sujeto reflexivo (*reflecting subject*), tematizada y comunicable a los otros. La metáfora debe ser vista aquí como un aspecto funcional básico de este proceso de simbolización, donde opera como vehículo o medio lingüístico a través del cual la experiencia primero se articula a sí misma y así llega a ser reflexivamente accesible. La metáfora es, por lo tanto, la primera etapa del proceso de hacer que una experiencia pre-lingüística o prerreflexiva llegue a ser explícitamente accesible para uno mismo y para los otros. La elección de la metáfora está ligada a la naturaleza de la experiencia de un modo no contingente, es decir, *la experiencia y la metáfora no son del todo independientes*.

NECESIDADES

Para transmitir a otra persona el tipo de experiencia aquí investigado es necesaria una cierta intimidad entre el entrevistador y el paciente así como la necesidad de parte del paciente de hacer un esfuerzo para explorar su propia mente o de reflexionar sobre su propia experiencia. Es por lo tanto obligatorio tratar de establecer una relación neutral, pero cuidadosa con el paciente, e idealmente ofrecerle la posibilidad de actuar como un compañero en una exploración compartida y mutuamente interactiva. No importa lo poco común o bizarras que le puedan parecer las experiencias reportadas al entrevistador, él debe mantenerse neutral, en calma, con una actitud de preocupación e interés moderados, y transmitir tácitamente al paciente que él está familiarizado con el tipo de psicopatología a explorar, lo que habitualmente tiene un impacto muy positivo en la relación. El entrevistador *nunca* debe adoptar una postura curioso-voyerista donde el paciente se encuentre como un espécimen de patología, ni tampoco una actitud de enjuiciamiento o valoración. Aquí se está hablando de *cómo* el paciente se experimenta a sí mismo y a su mundo, y no de una “realidad” o “morbilidad” objetiva y/o prescrita por el médico de estas experiencias. Desde la perspectiva del paciente, se trata de sus experiencias y son, por lo tanto, irrefutablemente *reales para él como experiencias*, aunque no siempre se acompañan de creencias específicas y explícitas sobre sus causas o su naturaleza (ver el tipo de experiencias “como sí”).

Los pacientes hostiles, agresivos, muy suspicaces, o los que se caracterizan por una indiferencia emocional severa, requieren de un esfuerzo extraordinario de parte del entrevistador para evitar la disimulación o la reticencia, y comprometer al paciente con la entrevista. *Los pacientes agudos, severamente psicóticos, con una*

distorsión global de la atención y la cognición, no deben ser entrevistados en tal etapa. Se debe esperar mejoría clínica antes de llevar a cabo la entrevista. Es probable que los pacientes con retardo mental no puedan dar una información confiable, aunque el EASE no se ha probado con muestras de pacientes retardados.

CONDUCCIÓN DE LA ENTREVISTA

La entrevista debería realizarse idealmente de manera semi-estructurada. Esto requiere que el entrevistador esté íntimamente familiarizado con la lista de verificación y con sus distinciones. *La fuente más frecuente de falta de confiabilidad es la carencia de familiaridad con tales distinciones.* Una entrevista totalmente no-estructurada también tiende a disminuir la confiabilidad.

Se permite proponer a los pacientes ejemplos de experiencias patológicas, pero es siempre necesario verificar la presencia del ítem de experiencia investigado pidiendo al paciente que describa en forma detallada, en sus propias palabras, por lo menos un ejemplo concreto. *Nunca anote un simple "sí" a una pregunta como respuesta confirmatoria.*

En la situación ideal, que es sólo aproximadamente posible, la entrevista consiste en una *reflexión mutuamente interactiva entre médico y paciente*: el entrevistador plantea una pregunta, el paciente intenta responder, después el entrevistador quizás reformula la respuesta proponiendo un ejemplo, y el paciente lo corrige proporcionando otro ejemplo propio y con sus propias palabras.

El entrevistador intenta capturar las características esenciales de la experiencia en cuestión con pruebas adicionales y variación imaginativa; esto significa que el entrevistador, en su investigación y sus intentos de representar la experiencia del paciente, puede cambiar algunos aspectos de ella y conservar otros, a modo de quitar de la experiencia sus características accidentales y contingentes. El propósito es aprehender las características que son *esenciales* para este tipo de experiencia (por ejemplo, las diferencias esenciales entre el pensamiento forzado y la rumiación). Con todo, es importante reconocer los límites de este proceso de objetivación. Si es presionado excesivamente por el entrevistador, el paciente puede encontrar de pronto que el tópico de la conversación ha cambiado de alguna manera, derivando hacia algo bastante diferente de la pregunta y exploración originales. Además, las experiencias subjetivas patológicas nunca se presentan aisladas ni sólo deformadas, sino que se encuentran siempre insertas en la comprensión que el paciente tiene de sí mismo, lo que en última instancia exige del psi-

quiatra la exploración de su significado subjetivo y de su enacción existencial; en otras palabras, la aplicación de una aproximación hermenéutica. De este modo, si están siendo exploradas las conexiones potenciales entre diferentes experiencias (por ejemplo, "¿qué lo motivó a usted a estudiar matemáticas?" [digamos que el entrevistador está intentando establecer si la intolerancia a la ambigüedad ha desempeñado un papel]), entonces es esencial que la investigación sea hecha con preguntas abiertas y con las respuestas se intenten validar mediante descripciones ricas, detalladas y lo más espontáneas posibles por parte del paciente. Es recomendable grabar la entrevista en audio o video para propósitos de documentación y posiblemente para los chequeos de re-examen y confiabilidad.

SECUENCIA DE LOS DOMINIOS E ÍTEMS

El EASE nunca debe ser usado como el primer componente de la entrevista porque una relación próxima con el paciente es crucialmente importante. Comience con una *entrevista social* detallada, que es fácil, primero porque se refiere a hechos y segundo porque a la mayoría de las personas les gusta hablar de sí mismas y de sus vidas. Permita que el paciente hable libremente, pero con límites; de otro modo la entrevista resultaría interminable. Una entrevista social proporciona una imagen básica de la psicopatología, como por ejemplo patrones de funcionamiento interpersonal (patrones de comportamiento a través de las distintas edades, aislamiento, inseguridad, suspicacia, sexualidad), logros educativos, estabilidad laboral, tenacidad, flexibilidad, capacidad para tomar decisiones, inclinaciones profesionales, o intereses para el tiempo libre. La cuestión de con cuál parte del EASE se debe comenzar debe ser determinada por el contexto. La secuencia actual de los ítems del EASE está motivada por cuestiones técnicas de la entrevista más que por consideraciones teóricas.

Como regla, es más fácil comenzar con la sección "flujo de conciencia" y preguntar inicialmente por la capacidad para concentrarse, memorizar, pensar y hacer planes; después continuar con preguntas más específicas sobre fenómenos anormales (por ejemplo, bloqueo del pensamiento y pensamiento forzado). Estas preguntas introductorias tienen un "aura" médica o neurológica bastante neutral, permitiendo así sondear y extenderse gradual y progresivamente hacia los dominios con mayor resonancia emocional. *En lo posible*, es importante recoger el máximo de información relevante al explorar el ítem en cuestión, en lugar de volver a él en otras ocasiones (lo que prolonga la sesión y puede provocar una impresión desfavorable en el paciente).

Si el entrevistador detecta una buena cooperación, las preguntas del EASE se pueden introducir ya en momentos apropiados durante la entrevista social (por ejemplo, si los pacientes hablan de sus problemas en la escuela, puede resultar natural explorar las posibles disfunciones cognitivas). No obstante, el entrevistador debe procurar siempre cubrir adecuadamente todas las secciones del esquema EASE (siempre tenga el Apéndice B enfrente de usted).

Si el EASE es parte de un plan de entrevista más amplio, es recomendable realizar dos sesiones separadas por una pausa o en dos días distintos. La duración promedio de una entrevista EASE es de 90 minutos aproximadamente.

Periodo cubierto. Esto varía según el propósito del estudio, y la exploración puede cubrir desde un periodo de 2 semanas hasta la totalidad del ciclo de vida. Este último es importante para una evaluación completa de los desórdenes del *self*, los que tienden a disminuir en frecuencia hacia las etapas avanzadas de la enfermedad.

PUNTUACIÓN

Los ítems que no se preguntaron o que no fueron contestados deben ser dejados en blanco (ninguna información). Si no es así, la puntuación de la frecuencia/severidad sigue las reglas entregadas más abajo en el Apéndice A. Por razones prácticas hemos simplificado los puntajes de frecuencia y de severidad a un puntaje combinado unidimensional. Las clases de experiencias-objetivo del EASE que solamente *aparecen en asociación* con experiencias psicóticas deben ser registradas separadamente en la hoja de registro (Apéndice A).

TRAINING

El entrevistador debe poseer con anterioridad buenas habilidades para entrevistar, conocimiento detallado de psicopatología en general y de las condiciones del espectro esquizofrénico en particular. Además, debe hacer un curso de aprendizaje EASE de 3 días, que incluya (1) un seminario teórico de un día, (2) un número de entrevistas supervisadas y (3) evaluación provisional de confiabilidad. El marco teórico del EASE es fenomenológico, sobre todo en lo que se refiere a aprehender la naturaleza del *self* y de la relación sujeto-mundo. Estar familiarizado con las descripciones fenomenológicas de las estructuras de la conciencia humana es indispensable en el uso del EASE para propósitos pragmáticos y psicométricos. Para información concerniente a cursos EASE ver el sitio web www.easenet.dk.

LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Los ítems del EASE que se traslapan con los del BSABS se han utilizado en Copenhague desde finales de los años 80 en el Estudio de Alto Riesgo de Copenhague (Parnas *et al.*, 1993) y en el estudio de Enlace de Copenhague (Matthyse *et al.*, 2004), con confiabilidades interrateradas para los síntomas individuales entre 0.6 y 0.9.

Al final del proceso de construcción del EASE calculamos los coeficientes de confiabilidad kappa de Cohen en base a entrevistas semiestructuradas, grabadas en video, de 14 pacientes hospitalizados menores de 30 años de edad. Los valores kappa de los ítems individuales variaron de 0.6 a 1.0. La confiabilidad test-retest dentro de un periodo de cuatro semanas está actualmente siendo examinada. La confiabilidad entre los evaluadores disminuye a partir de (1) entrevistas semiestructuradas en vivo realizadas por un evaluador con la posibilidad de preguntas suplementarias de otro; (2) entrevistas semiestructuradas puntuadas sobre un video, y (3) entrevistas no estructuradas grabadas en video. Nosotros no tenemos por ahora ninguna información sobre puntuaciones de expedientes clínicos.

Con respecto a una posible estructura factorial, examinamos 12-14 ítems de entrevista representativos de los dominios del EASE en una muestra de 155 pacientes en primera admisión (Handest y Parnas, en prensa). Ninguna estructura factorial pudo ser detectada. Repetimos estos análisis en nuestra muestra genética/familiar (Matthyse *et al.*, 2004), igualmente sin detectar una estructura factorial clara.

DOMINIOS Y DESCRIPCIONES DE LOS ÍTEMS

1. Cognición y Flujo de Conciencia

Descripción general del dominio: Un sentido normal de conciencia como un continuo en el tiempo, que fluye, habitado por el sujeto e introspectivamente transparente (inmediata o directamente dado) de un modo no espacial.

1.1. Interferencia del pensamiento (C.1.1.)

Contenidos de conciencia tales como pensamientos, imaginaciones o impulsos, semánticamente desconectados de la línea principal del pensamiento, aparecen automáticamente (no es necesario que sean muchos o que aparezcan muy rápido), irrumpen en la línea principal del pensamiento e interfieren con ella. Tales pensamientos son con frecuencia, pero no siempre,

emocionalmente neutros y no necesitan tener un significado especial o extraordinario. El paciente puede utilizar designaciones privadas para describir tales pensamientos (“pensamientos tics”, “pensamientos agudos” y “pensamientos surrealistas”). La interferencia del pensamiento a menudo se intensifica en frecuencia terminando como pensamiento forzado (1.3) (en este caso, ambos ítems deben ser puntuados). La interferencia del pensamiento también puede vivirse como algo anónimo, impersonal (vea la mismidad disminuida en la distorsión de la perspectiva en primera-persona [2.2.1] y abajo la pérdida de ipseidad del pensamiento [1.2]).

1.2. Pérdida de la ipseidad del pensamiento (*Gedankenenteignung*; incluyendo distorsión de la perspectiva en primera-persona [2.2])

Una sensación de que ciertos pensamientos (usualmente pensamientos de interferencia: 1.1) pueden aparecer como privados de la cualidad de la mismidad (puntúe aquí también distorsión de la perspectiva en primera-persona [2.2.1.]) Los pensamientos se sienten anónimos, o indescriptiblemente extraños (pero no primordialmente en el sentido del *contenido*), quizás sin una conexión con el *self* del paciente, quizás como si no fueran generados *por* el paciente (“pensamientos autóctonos”), aunque no tiene ninguna duda de que estos pensamientos son generados *en* él, que él es su origen.

Otra situación ocurre en la lectura: el paciente puede sentir como si el texto fuera leído simultáneamente por alguna otra persona, como si otra subjetividad participara de alguna manera en el proceso de lectura.

El paciente tiene la convicción racional de *que él es el origen* de estos pensamientos.

Nota: Es importante tener en cuenta que el fenómeno básico en cuestión que se perturba es la *ipseidad*, es decir, la mismidad automática o perspectiva en primera-persona. Note, por otra parte, que es bastante normal experimentar pensamientos o ideas que surgen repentinamente en la mente (*Einfall*, ocurrencia), ideas que no se puede decir que son generadas deliberadamente (“pensamientos espontáneos”). Con todo, en estos casos, el sentido inmediato o prerreflexivo de la ipseidad *nunca está cuestionado*.

En el caso de la interferencia del pensamiento (1.1), los pensamientos que interfieren pueden tener una cualidad anónima, como se ha descrito aquí. También, ciertas experiencias de rumiación (1.6) pueden tener esta característica. En estos casos, registre todos los ítems relevantes.

1.3. Pensamiento forzado (C.1.3.)

Un sentido de que *muchos* pensamientos (o imágenes) con significado y/o contenido diverso, sin relación o remotamente relacionados, surgen y desaparecen *en secuencias rápidas* sin que el paciente pueda suprimir o guiar este aparecer/desaparecer de los (siempre nuevos) contenidos de conciencia. Alternativamente, al paciente le parece que todos estos pensamientos ocurren al mismo tiempo (simultáneamente). Este síntoma envuelve una *pérdida de control*, *muchos pensamientos cambiantes*, pero también una *carencia de un tema común* y de ahí una *pérdida de coherencia o significado para el paciente*. El contenido semántico de los pensamientos puede ser estresante pero también neutral o incluso trivial, sin ninguna significación personal especial. A menudo este fenómeno se asocia a la *espacialización* de la experiencia (1.8) donde los pensamientos se experimentan de una manera espacializada, y a veces incluso con una sutil cualidad acústica (1.7).

Ejemplos

- “Mis pensamientos están presionando en el cráneo desde dentro”
- “Siento como si un panal de abejas estuviera en mi cabeza”
- “Mi pensamiento es como una intersección de autopistas, con un constante ruido de carreras de automóviles ¡zum! ¡zum!”

1.4. Bloqueo del pensamiento (C.1.4.)

Es un bloqueo subjetivo de los pensamientos que también puede ser experimentado como un repentino vacío, interrupción, desvanecimiento (desaparecer) o pérdida del hilo de los pensamientos. Puede ser puramente subjetivo pero también observable como un vacío en el discurso del paciente.

Subtipo 1. Bloqueo: sin un nuevo pensamiento que se introduzca luego del repentino desaparecimiento del viejo pensamiento. Éste se pierde repentina y completamente sin uno nuevo que lo substituya. Después de un tiempo, el pensamiento se reanuda.

Subtipo 2. Desvanecimiento: sin un nuevo pensamiento que se introduzca después de la desaparición *lenta y gradual* del viejo pensamiento. El desvanecimiento del pensamiento puede no ocurrir en forma continua, sino que puede tener una cualidad paroxística y fásica, es decir, un pensamiento se torna más débil, opaco y

luego se vuelve claro y nítido otra vez hasta finalmente desaparecer.

Subtipo 3. Desvanecimiento combinado con interferencia simultánea o sucesiva del pensamiento (puntué también 1.1): los viejos y los nuevos pensamientos existen uno al lado del otro; mientras que el nuevo pensamiento se vuelve más prominente (más centrado), el viejo retrocede lento hacia el olvido. El viejo pensamiento va muriendo gradual y a veces irregularmente (pierde su posición en el foco de la conciencia = desvanecimiento) y, en forma simultánea, hay una intrusión y persistencia de un nuevo pensamiento, que progresivamente se pone en el foco. Debido a la interferencia de nuevos pensamientos, no hay sensación de vacío de pensamientos.

1.5. Eco silencioso del pensamiento

Una sensación de que los propios pensamientos son automáticamente (de modo involuntario) repetidos o de algún modo doblados.

Aquí no hay un carácter perceptivo como en el pensamiento sonoro *Gedankenlautwerden* (1.7).

1.6. Rumiaciones-obsesiones (C.1.2.)

(Usualmente) persistencia perturbadora o recurrencia de ciertos contenidos de conciencia (como pensamientos, imaginaciones, imágenes). Estos contenidos pueden asociarse a cualquier acontecimiento del pasado. Pueden tener la forma de recapitulación meticulosa de acontecimientos recordados, o de conversaciones del día.

Subtipo 1. Rumiaciones primarias: el paciente es incapaz de encontrar alguna razón para su tendencia a los estados mentales de tipo obsesivo; él simplemente repiensa y revive lo que sucedió durante el día. En apariencia *no* son motivados por perplejidad, actitud paranoide, o por un sentido de vulnerabilidad o de inferioridad (como en el subtipo 2).

Subtipo 2. Rumiaciones secundarias (relacionadas con la perplejidad o la autorreferencia): los estados de tipo obsesivo aparecen como consecuencia de una pérdida de la evidencia natural o de una perturbación del sentido básico del *self* o "hiperreflectividad" o parecen ser causados por fenómenos paranoides más primarios (por ejemplo, suspicacia, autorreferencia) o por un estado depresivo.

Subtipo 3. Obsesiones verdaderas: egodistónicas (como en el trastorno obsesivo-compulsivo, el paciente las considera tontas, extrañas, debido tanto a su contenido como a su intrusión involuntaria) con permanente resistencia interna, y un contenido que no es horrible ni macabro.

Subtipo 4. Pseudo-obsesiones: fenómenos de tipo obsesivo, que aparecen más bien como egosintónicos (de ahí que no haya ninguna o sólo una resistencia ocasional), con un carácter imaginativo y pintoresco y con un contenido que es directamente agresivo, sexualmente perverso, o extraño de alguna manera. Puede provocar ansiedad.

Subtipo 5. Rumiaciones/obsesiones con rituales y/o compulsiones: cualquiera de los cuatro fenómenos descritos anteriormente más rituales o comportamientos compulsivos. Registre todos los ítems relevantes.

1.7. Carácter perceptivo del discurso interno o pensamiento sonoro (*Gedankenlautwerden*)

Los pensamientos o el discurso interno adquieren cualidades *acústicas*, y en estados más severos cualidades *auditivas*. El paciente no siente que los otros pueden oír o tener acceso a sus pensamientos, o lo siente sólo transitoriamente, y es capaz de suprimir esta sensación inmediatamente (por ejemplo, no sale de la habitación por miedo a que los otros puedan de alguna manera oír sus pensamientos; y si ése es el caso, entonces se considera como síntoma psicótico de esquizofrenia de primer orden). En algunos pacientes el síntoma aparece solamente durante la lectura. *Gedankenlautwerden* (el pensamiento sonoro) se restringe en un comienzo al espacio vivido subjetivamente, y sus primeras etapas se pueden describir como una progresiva distancia experiencial entre el sentido del *self* y del discurso interno: este último se vuelve gradualmente espacializado a un nivel casi perceptual. El paciente no oye sus pensamientos a través de los oídos (desde el exterior), sino sólo en su interior. Eventualmente, en una psicosis severa, el paciente puede oír sus pensamientos hablados por otras personas o transmitidos a él por los medios de comunicación. Algunos pacientes piensan en el modo del pensamiento sonoro y también de una manera "normal"; en "silencio"; mientras que otros pacientes tienen sólo pensamiento sonoro. Es prácticamente imposible identificar la fecha de inicio del pensamiento sonoro; en otras palabras, al parecer el síntoma ha estado siempre presente y es por lo tanto experimentado como enteramente egosintónico.

Hay otros ciertos fenómenos que son similares al pensamiento sonoro, por ejemplo, un paciente de alguna manera ve en su espacio interno sus pensamientos como siendo escritos, a veces como en una cinta de película (el subtipo 2), lo cual también puede incluir una fuerte sensación de distancia experiencial del propio discurso interno o una clase de diálogo constante consigo mismo, el cual tiene un carácter léxico explícito.

Subtipo 1. Pensamiento sonoro interno (confinado al espacio interior).

Subtipo 2. Pensamiento sonoro con características perceptivas equivalentes (pensamientos como textos escritos).

Subtipo 3. Pensamiento sonoro interno como síntoma psicótico de primer orden (temor a que los otros puedan oír sus pensamientos, porque son tan altos).

Subtipo 4. Pensamiento sonoro externo (o eco externo del pensamiento, donde el paciente tiene la sensación de que sus pensamientos son repetidos o que de algún modo resuenan) como las alucinaciones auditivas externas.

1.8. Espacialización de la experiencia

Los pensamientos, las sensaciones, u otros procesos experienciales o mentales son experimentados espacialmente, es decir, como localizados en una parte particular de la cabeza o del cerebro o son descritos en términos espaciales (por ejemplo, localización, relación espacial o movimiento).

Ejemplos

- “Un pensamiento delante del otro”.
- “Los pensamientos están encapsulados”.
- “Los pensamientos se ‘mueven en espiral’ dentro de su cabeza”.
- “Ella siente que sus pensamientos estaban en el lado correcto de su cabeza y sintió una sensación de presión desde dentro de su cráneo como si no hubiera más lugar para sus pensamientos”.
- “Los pensamientos siempre pasan oblicuamente a través del mismo punto”.

1.9. Ambivalencia (A.5)

Incapacidad para decidir entre dos o más opciones. Coexistencia consciente, persistente y dolorosa, de

inclinaciones o de sensaciones contradictorias. La ambivalencia se experimenta incluso en las decisiones diarias más simples o triviales. El paciente no puede decidir en absoluto, necesita más tiempo para su decisión, o inmediatamente siente incertidumbre respecto de una decisión por fin tomada y la cambia nuevamente. Un fenómeno relacionado que se puntúa aquí es cuando el paciente se queja de tener pensamientos o sensaciones contradictorias justo al mismo tiempo. Este fenómeno se puede asociar con la perplejidad y la parálisis de la acción. La indecisión aparece en situaciones cotidianas, tales como: qué plato cocinar, o qué comprar, cuál marca de un producto elegir; por ejemplo, el paciente puede preferir comprar en una gasolinera debido a los pocos productos para elegir (y a los pocos otros clientes).

No son puntuadas aquí: Las dificultades para tomar decisiones entre diferentes opciones que tienen un gran impacto en el futuro del paciente; por ejemplo, qué trabajo tomar, si comprar algo realmente costoso para lo cual se debe pedir un préstamo.

Ejemplos

- Ella tiene dificultad para tomar decisiones, porque “considera las cosas de muchas maneras”. Ayer tardó 3 horas en decidir qué regalo comprarle al novio.
- En la Facultad de Pedagogía ella cambió la elección de las asignaturas tres veces, pero aun así no pudo saber en definitiva si había tomado o no las opciones correctas.
- Él está “abrumado de opciones”; por ejemplo, él cree que quizás debería hacerse vegetariano a pesar de que le encanta la carne. Tales consideraciones lo llevan a “duplicidades” y a “callejones tontos, sin salida”.
- Cada vez que pienso en algo, tengo un contrapensamiento en el otro lado del cerebro (puntúe aquí también la espacialización de la experiencia [1.8]).

1.10. Incapacidad para discriminar modalidades de intencionalidad

Ocasiones breves o periodos más largos con dificultades de la conciencia inmediata en la modalidad de experiencia que se está viviendo o experimentando. El paciente puede sentir incertidumbre de si su experiencia es una percepción o una fantasía, el recuerdo de un acontecimiento o el recuerdo de una fantasía. Este fenómeno también se aplica a la afectividad: el paciente no puede discriminar entre diferentes afectos, sensaciones o estados de ánimo. Puede experimentar

estados mentales (generalmente negativos) que es incapaz de nombrar o describir (tiene una experiencia que él no conoce; no tiene palabras para ella). Puede sentirse inseguro de si ha hablado en voz alta o si sólo ha sido un pensamiento.

Comentario: Estos fenómenos son probablemente muy frecuentes en las condiciones del espectro esquizofrénico. Nótese que en una experiencia normal, por ejemplo en un acto perceptual, el acto perceptual es consciente de sí mismo de manera inmediata y prerreflexiva, es una instancia de ipseidad. En otras palabras, cuando percibo o pienso algo, no tomo conciencia del hecho de mi percepción o pensamiento mediante algún examen reflexivo y/o introspectivo de mi actual actividad mental ni la comparo con otras posibles modalidades de intencionalidad como, por ejemplo, fantasear. Cualquier experiencia, cualquier acto intencional, es articulado como ipseidad, es decir, es automáticamente consciente de sí mismo. Las dificultades en este dominio apuntan a un desorden profundo de la ipseidad.

1.11. *Perturbación de la iniciativa o de la intencionalidad del pensamiento (C.1.13)*

Una perturbación subjetiva de la iniciativa del pensamiento, de la “energía del pensamiento” y del propósito intelectual. Este síntoma puede ser experimentado subjetivamente como la contraparte observable de la carencia de orientación hacia una meta, en el sentido de la planificación y estructuración mental de una tarea. Las perturbaciones de la iniciativa y de la “energía” del pensamiento también se manifiestan en una capacidad deteriorada para iniciar y estructurar ciertas acciones tales como cocinar, o escribir un ensayo.

1.12. *Perturbaciones de la atención*

Subtipo 1. Ser cautivado por un detalle en el campo perceptivo (C.2.9). Una característica visual particular o una parte del campo visual se destaca del fondo, casi aislado y de alguna manera pregnante, de tal modo que este solo aspecto del campo captura toda nuestra atención. El paciente tiene que mirar fijamente este detalle, aunque no quiera hacerlo (fijación de la percepción, hechizo) y tiene dificultad en quitar la atención fuera de él. El detalle perceptivo no posee por lo general una significación simbólica o psicológica particular (en contraste con la desrealización intrusiva [2.5.2]).

Subtipo 2. Inhabilidad para dividir la atención (A.8.4). Dificultad en manejar demandas que implican más de

una modalidad perceptiva, tal como el procesamiento simultáneo de estímulos visuales y auditivos.

1.13. *Trastorno de la memoria a corto plazo*

Capacidad disminuida de mantener ciertas cosas en la mente por más de algunos minutos. Aun cuando los sujetos comprenden los temas del contenido de una historia o de una conversación, son incapaces de recordarla y contarla. Ellos relatan que son incapaces de leer un libro o ver una película, porque olvidan el principio mientras avanzan.

1.14. *Perturbación de la experiencia del tiempo*

Un cambio fundamental en la experiencia del tiempo, tanto un cambio en el *flujo subjetivo del tiempo* o con respecto al tiempo histórico existencial (tal como *pasado versus futuro*). Los cambios en la velocidad del flujo provocados por sensaciones de placer o aburrimiento no deben ser incluidos aquí.

Subtipo 1. Perturbación de la experiencia subjetiva del flujo temporal: por ejemplo, un sentido del tiempo que avanza acelerado, del tiempo que se enlentece, que se detiene, o del tiempo que pierde su continuidad y que se fragmenta.

Subtipo 2. Perturbación del tiempo existencial: por ejemplo, la vida parece estar restringida al presente, sin proyectos de futuro que la guíen, o el presente es abrumado por un repetitivo y estereotipado volver a vivir un pasado congelado, o la experiencia hacia el futuro se siente como bloqueada o no disponible en absoluto (*especifique la naturaleza exacta del fenómeno*).

1.15. *Discontinuidad de la conciencia de la propia acción (C.2.10)*

Este síntoma consiste en una ruptura de la conciencia de las propias acciones. El paciente relata que no puede recordar un corto periodo, durante el cual realizaba una acción, por ejemplo, o no puede recordar cómo de pronto se encontró en la cocina, o en cierta parte de la ciudad. El síntoma se traslapa con la fuga disociativa.

1.16. *Discordancia entre la expresión intencionada y lo expresado (A.7.2)*

Experiencia subjetiva de no ser capaz de expresarse de acuerdo con las propias sensaciones y emociones. El paciente experimenta que su discurso, comportamiento,

gestos y expresiones faciales no están en línea, o no son congruentes con lo que siente; su expresividad es sentida como desfigurada o distorsionada y de alguna manera fuera de autocontrol.

1.17. Perturbación de la función del lenguaje expresivo (C.1.7)

Experiencia subjetiva de impedimento del discurso, con una actualización o una movilización deficiente de las palabras adecuadas. El paciente reconoce un deterioro y un retardo en su fluidez, precisión o capacidad de las palabras. No puede recordar las palabras exactas o tarda mucho más en movilizarlas. A veces recuerda las palabras que solamente se asocian en forma periférica e imprecisa con el contexto.

El paciente puede afrontar esta perturbación usando expresiones comunes, acostumbradas, bien conocidas, dichos (lenguaje *cliché*), o guardando silencio y evitando la conversación (autismo secundario).

2. Autoconciencia y Presencia

Descripción general del dominio: Un normal sentido de ser (existencia) involucra una presencia del *self* no-reflexiva (*unreflected*) y automática, así como una inmersión en el mundo (natural, automática, autoevidente). El concepto fenomenológico de presencia implica que en nuestras transacciones cotidianas con el mundo, el sentido del *self* y el sentido de estar inmerso en el mundo son inseparables: "El sujeto y el objeto son dos momentos abstractos de una estructura única que es la *presencia*" (Merleau-Ponty, 1962, p. 430).

Esta inmersión no-reflexiva consiste en dos componentes interdependientes (momentos):

1. Presencia del *self* no-reflexiva; autoconciencia; una perspectiva en primera-persona, intacta; "transparencia" o "lucidez" de la conciencia e intacta "mismidad" de la experiencia.
2. Inmersión e inserción no-reflexiva en el mundo.

Existe acuerdo general en fenomenología en que estos dos aspectos están entrelazados mutuamente a nivel fenomenológico. En otras palabras, un trastorno que afecta a uno de los componentes dejará también su impronta en el otro. Podemos hablar de una presencia del *self* (normal) siempre que estemos *directamente* (y por deducción) conscientes de nuestros propios pensamientos, percepciones, sensaciones o dolores; éstos aparecen como un modo de darse en primera-persona, que inmediatamente los revela como propios.

Si la experiencia es dada ante mí en el modo de presentación en primera-persona, entonces es dada como *mi* experiencia y vale como un caso de *autoconciencia básica*. Ser consciente de uno mismo no es, por lo tanto, aprehender un *self* aparte de la experiencia, sino tomar conocimiento de una experiencia en su modo de presentación en primera-persona, esto es, desde "dentro". El sujeto o *self* de la experiencia es *una característica o una función de su modo de darse*. Esta autoconciencia básica (ipseidad) es un *medio* o un *modo* a través del cual las experiencias intencionales específicas, tales como la percepción, el pensamiento, o la imaginación, se articulan a sí mismas. En otras palabras, en una experiencia normal, no hay distancia experiencial entre el sentido del *self* y la experiencia.

La presencia básica del *self* normalmente está presupuesta en la experiencia; en sí misma, no posee cualidades experienciales específicas. Sin embargo, la presencia del *self* perturbada se asocia a menudo con las siguientes características clínicas: lucidez o transparencia disminuida de la conciencia, sentido disminuido de la vitalidad o del sentimiento básico de estar vivo, potencial disminuido de la actividad o de la capacidad de sentir placer, disminución de la capacidad de ser atraído por el mundo, sentido disminuido de la perspectiva en primera-persona (mismidad o "punto cero de orientación"), trastorno de la identidad, y variados grados de alienación.

En la esquizofrenia incipiente la autoconciencia prerreflexiva está distorsionada; esta distorsión involucra una variedad de cambios cualitativos en la experiencia que son diferentes del sopor y de otros fenómenos que ocurren en condiciones orgánicas.

La ansiedad también se explora en esta sección, aunque por sí misma no refleja desórdenes del *self*. Existen importantes razones prácticas para esta inclusión: permite la exploración del sufrimiento, a menudo envuelto en la transformación mórbida del *self* y designado como ansiedad por el paciente, y segundo, el ítem "ansiedad ontológica"; el cual se liga de cerca a los desórdenes del *self*, no puede ser anotado a menos que uno tenga suficiente información referente a la ansiedad.

2.1. Sentido disminuido del *self* básico

Un persistente sentido de vacío interno, una carencia de núcleo interno, una persistente carencia de identidad, una sensación de ser anónimo, como si la persona no existiera o fuera profundamente diferente a los otros (esta diferencia puede ser especificada a veces como una diferencia en la visión de mundo, o como ligada a

una orientación existencial fundamentalmente distinta a la de sus congéneres). Este ítem también incluye una sensación subjetiva de “sobreadaptación”, como, por ejemplo, el sentir, en un momento dado, la necesidad de acomodarse a la opinión de los otros o a su punto de vista, ligado esto a una sensación dominante de no tener su propio punto de vista interno (*innere Haltung; Haltlosigkeit*). La carencia del *self* básico puede estar asociada a una autoimagen negativa generalizada, que el sujeto describe monótonamente como una clase de eterna “vergüenza” o “sentido de inferioridad” (es decir, desprovista de una relación comprensible con los contextos concretos), “ansiedad” o “depresión”; ver el “*regret morbide*” (arrepentimiento mórbido) de Minkowski como un indicador de autismo (ver el comentario del traslape entre 2.1 y 2.2, p. 11).

Subtipo 1. Comienzo en la infancia: registre aquí las experiencias que han ocurrido temprano en la vida, es decir, ya en la niñez temprana o durante la edad escolar (escuela primaria) el paciente se ha sentido profundamente diferente de sus pares.

Subtipo 2. Comienzo en la adolescencia: registre aquí si las experiencias han ocurrido desde la adolescencia hasta ahora.

NOTA: Los subtipos 1 y 2 *no son* mutuamente excluyentes. Con frecuencia la sensación de ser diferente se presenta primariamente como una sensación de aislamiento y/o inferioridad, sensación de ansiedad social, de ser más estúpido que los otros o estos sentimientos son atribuidos a peculiaridades familiares (por ejemplo, a una ocupación extraña del padre). Sólo después de una cierta profundización uno puede lograr que el paciente manifieste estas sensaciones de ser diferente. Estas sensaciones pueden estar asociadas con las características solipsistas descritas en la sección 5 (reorientación existencial).

En caso de duda si la experiencia debe anotarse aquí o, alternativamente, bajo la distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2), puntúela como positiva en ambas.

Ejemplos

- Es como si yo no fuera parte de este mundo; tengo una sensación extraña, fantasmal, como si yo fuera de otro planeta. Es como si no existiera.
- Ella siente que su núcleo interno, su identidad íntima, ha desaparecido.

- Una sensación de vacío total me abruma con frecuencia, como si dejara de existir.
- Un paciente sentía “como si hubiera dejado de existir”; “he perdido el contacto conmigo mismo”.
- Un paciente siente como si fuera un vacío, que está inmóvil, mientras el mundo circundante está en movimiento.
- Durante su adolescencia el paciente intentó con esfuerzo “ganar dignidad humana”. Explicaba el sentido de carecer de dignidad como una sensación de que su propia existencia era como la de un objeto prescindible, como si él fuera una cosa, un refrigerador, y no un sujeto humano.

NOTA: Aquí debería puntuarse también una perspectiva distorsionada en primera persona (2.2.1), en base a la falta del sentido de ser un sujeto.

- Él evita reuniones y discusiones, porque llega a ser dolorosamente evidente para sí mismo que nunca tiene una opinión propia. Él siente que no tiene un núcleo interno estable y tampoco en un punto de vista fijo. Él siempre está de acuerdo con todas las partes en la discusión y al final se confunde.

2.2. Perturbación de la perspectiva en primera persona

Este ítem abarca *por lo menos* tres subtipos del fenómeno:

1. Sentido disminuido o temporalmente retrasado de la mismidad o sentido disminuido de ser un sujeto (de ser un sujeto humano).
2. Distancia fenomenológica persistente entre el *self* y la experiencia (automonitoreo constante).
3. Espacialización del *self*.
(Ver el comentario después de los ejemplos sobre el traslape entre 2.1 y 2.2, p. 10)

Subtipo 1. Los propios pensamientos, sensaciones y acciones pueden aparecer de algún modo impersonales, anónimos, y realizados mecánicamente. El sentido inmediato de “mismidad” del pensamiento, sentimiento y acción puede estar disminuido de una manera aun más explícita (por ejemplo, el paciente dice que sus pensamientos aparecen como si no fueran generados por él, como en ciertas formas de interferencia del pensamiento) o la sensación de mismidad aparece sólo temporalmente retrasada (con un segundo de retraso o un “segundo escindido”).

El paciente puede sentirse como si fuera un objeto, una cosa, sin subjetividad, sin tener más un alma.

Subtipo 2. Puede haber una profunda distancia experiencial (distancia fenomenológica) entre (el sentido de) la experiencia (pensamiento, acción, percepción, emoción) y el sentido del *self*. En una experiencia normal, el sentido del *self* y la experiencia son una y la misma cosa; están completamente fusionados. Además, en una experiencia introspectiva normal, el *self* introspectivo y el *self* que está siendo introspectado son sentidos como uno y lo mismo. En el caso de la distancia (experiencial) fenomenológica, hay un constante auto-monitoreo, por lo cual el paciente se toma a sí mismo como mero objeto de reflexión. Esto se asocia con un dar la espalda al mundo externo y puede impedir que el paciente se involucre de un modo fácil y natural en las interacciones con el mundo (en otras palabras, la experiencia anómala tiene consecuencias tangibles). En la distancia (experiencial) fenomenológica el *self* está, por decirlo así, “observando” sus propios contenidos y actividades mentales y este estado se puede intensificar en dirección al sentido de tener un *self* doble o escindido (ver hiperreflectividad y yo-escindido). Este estado debe ser generalizado² y no aparecer sólo en forma ocasional o ser provocado voluntariamente por el paciente; el paciente debe vivir la distancia fenomenológica tanto como una condición constante o bastante frecuente, o como un problema o aflicción.

NOTA: Ver los ítems en hiperreflectividad (2.6) y yo-escindido (2.7). Los estados de hiperreflectividad descritos más adelante son menos generalizados, menos intensos o estresantes y pueden estar parcialmente sujetos a un control voluntario.

Subtipo 3. El sentido del *self* como un punto absoluto de orientación de la experiencia (es decir, como algo que en sí mismo no tiene una localización precisa pero hacia lo cual todo está espacialmente relacionado [espacio ego-céntrico]) o como un polo, o fuente, o foco de la experiencia o de la acción (yo-consciente) puede sentirse ubicado en una localización espacial específica o tener características de extensión, o a veces sentirse

espacialmente dislocado (en ambos casos, calificar siempre también la espacialización de la experiencia [1.8]).

Ejemplos

Del subtipo 1

- Tengo una sensación como si no fuera yo quien está viviendo el mundo; siento como si otra persona estuviera aquí en mi lugar.
- Mi sensación de la experiencia *como si fuera mi propia experiencia* aparece sólo con un segundo de retraso.
- He tenido “experiencias algo extrañas de una falta de relación entre mí mismo y lo que estoy pensando”.
- Tiene frecuentemente la sensación de que no es ella misma quien realiza sus propias acciones (por ejemplo, escritura) pero sabe que no es el caso.
- Una paciente siente que ella “desaparece”, “se desvanece”, que su voz parece alienada, “como si viniera de un vacío”. (Esta experiencia particular se puede puntuar también como sentido disminuido del *self* básico [2.1], pero aquí, la sensación de mismidad también aparece claramente afectada).
- No me siento realmente como un sujeto humano, como una persona con alma; me siento como una cosa prescindible, como, por ejemplo, un refrigerador.

Del subtipo 2

- Mi perspectiva en primera persona es substituida por una perspectiva en tercera persona (el paciente luego explica que él constantemente debe atestiguar su propia experiencia).
- Siempre me estoy mirando. Es a veces tan pronunciado que apenas puedo seguir lo que están dando en la TV. Incluso durante una conversación con otros, me observo al punto de tener dificultades en comprender lo que están diciendo mis interlocutores.

Del subtipo 3

- Mi propio “yo”, como punto de perspectiva, se siente como si hubiera cambiado de puesto algunos centímetros hacia atrás.

Comentario sobre el traslape: Los dos ítems precedentes “sentido disminuido del *self* básico” (2.1) y “distorsión de la perspectiva en primera persona” (2.2) se traslapan clínicamente en un nivel descriptivo, porque están conceptual y fenomenológicamente relaciona-

² La tendencia introspectiva es frecuente en algunos pacientes esquizofrénicos. El requerimiento del estado generalizado y/o aflicción es introducido aquí para destacar los casos donde la perspectiva en primera persona normal debe ser considerada como severamente perturbada.

dos. Las razones de la separación de los dos son las siguientes: primero, para enriquecer las propiedades descriptivas del EASE y, segundo, para separar las anomalías menos características de aquellas más características. Una puntuación positiva del sentido disminuido del *self* básico puede suceder sobre la base de una evaluación inferencial de quejas vagas acerca de un sentido débil de identidad personal. Por lo tanto, siempre hay un riesgo de que tales quejas provengan de desórdenes de la identidad que afectan al *self* narrativo (por ejemplo, como en los trastornos de personalidad que no pertenecen al espectro), al contrario de los trastornos más fundamentales y más estructurales de la ipseidad y de la conciencia del yo. Por otra parte, la distorsión de la perspectiva en primera persona sólo contiene ítems que reflejan específicamente una estructura anómala de la experiencia (ipseidad y conciencia del yo).

2.3. Otros estados de despersonalización (Auto-alienación, B.3.4 Reducida³)

Una sensación difusa y generalizada de estar alienado de uno mismo, de las propias operaciones mentales, de los pensamientos, emociones y comportamientos, de una manera que no ha sido recogida por otros ítems de esta sección.

La despersonalización descrita aquí pertenece a la gama de fenómenos de autoconciencia perturbada descritos en toda esta sección y con una afinidad particular con los desórdenes del *self* básico y de la perspectiva en primera persona.

Hay dos subtipos: despersonalización melancoliforme y despersonalización inespecífica.

Subtipo 1. Despersonalización melancoliforme: es bien sabido que el cambio de humor melancólico y la concomitante alteración del fluir del tiempo son, por así decirlo, no sentidos por el ego, sino que suceden separadamente, es decir, en una forma disociada. En la depresión no-melancólica y en el duelo el ego está deprimido; no hay distancia entre el sujeto y su tristeza. En la melancolía, por otra parte, el ego no puede identificarse con los cambios internos que ocurren simultáneamente y que consisten en enlentecimiento y/o detención de la vitalidad (inhibición), bloqueo

de la orientación hacia el futuro e inmovilidad del cambio humoral. Puede decirse que el ego es sólo un testigo de la perturbación de sus sentimientos; el sufrimiento melancólico está en no menor grado causado por la incapacidad de entrar en una relación con estas perturbaciones. El paciente tiene la sensación de que está cambiando de alguna manera, que algo malo y grave está complicando su vida interior; él puede parecer sufriendo y confundido o perplejo. Habitualmente se requiere de un esfuerzo adicional en la entrevista para relevar elementos melancólicos típicos. Note que el síntoma debe presentarse como un *fenómeno con características de un estado*. No hay desorden del *self* básico (como fenómeno de rasgo) y no hay perturbación de la perspectiva en primera persona de la mismidad.

Ejemplo

- No me siento a mí mismo, hay algo en mí que me incomoda; no sé lo que es, pero no puedo vivir así (la apariencia del paciente era típica de una persona deprimida con una expresión preocupada, sufriendo. Su estado fue precedido por un periodo hipomaniaco de 4 meses de duración).

NOTA: El diagnóstico diferencial entre el espectro esquizofrénico y la enfermedad afectiva nunca debe basarse sólo en las cualidades de la despersonalización.

Subtipo 2. Despersonalización sin especificar: una sensación de alienación que no se puede especificar más concretamente en términos de anomalías experienciales cualitativas.

Ejemplo

- No me siento a mí mismo, yo me siento cambiado de alguna manera.

2.4. Presencia disminuida

Una capacidad disminuida de ser afectado, incitado, movido, motivado, influido, tocado, atraído o estimulado por los objetos, las personas, los acontecimientos y las situaciones. Esta disminución *no debe* ser entendida como un retiro activo y deliberado, sino más bien como algo que aflige al paciente y obstaculiza su vida. El paciente no se siente del todo participando o enteramente presente en el mundo; puede sentir una distancia con respecto al mundo, la cual se puede acompañar

³ El ítem original B.3.4 de la BSABS es un fenómeno compuesto. Ciertas dimensiones han sido, por lo tanto, cambiadas a otros ítems. Consecuentemente, el presente ítem 2.3 del EASE es una especie de residuo.

por cambios en la percepción del mundo. Este ítem incluye hipohedonia (disminución de la capacidad de experimentar placer tanto físicos como sociales), y también apatía (carencia de sensaciones).

Subtipo 1. Especificada: una persistente sensación de no ser afectado por el mundo externo, de carencia de resonancia, de compromiso espontáneo, imposibilidad de inmersión, quejas de no estar adecuadamente presente en el mundo. Este ítem incluye hipohedonia social, una disminuida reactividad emocional y cognitiva, apatía (es decir, sensación de no tener sensaciones) o una fuerte sensación de que todo es o parece sin sentido (en este último caso, hay una posibilidad de traslape con la pérdida de la evidencia natural [2.12] y la desrealización [2.5]).

NOTA: La hipohedonia social *nunca* debe ser calificada como presente en el caso de una ansiedad social concomitante (2.13.4), a menos que parezcan ocurrir independientemente la una de la otra. Es importante determinar la condición potencial de rasgo o estado de estas experiencias (estas últimas son fuertemente sugestivas del espectro esquizofrénico). También es importante comprobar si hay depresión clínica, especialmente en el subtipo 1.

Ejemplo

- Todo me es totalmente indiferente.

Subtipo 2. No especificada: una persistente sensación, no especificada (casi perceptual) de distancia con respecto al mundo, o la sensación de una barrera entre uno mismo y el mundo (una sensación de estar encerrado en una “caja de vidrio” o de estar detrás de un vidrio). Aunque esta sensación de distancia no puede ser especificada por el paciente con mayores detalles, es decir, en términos de cambios perceptuales o experienciales específicos (por ejemplo, si en el “caso del vidrio” el paciente se siente mirando a través de un vidrio, entonces es subtipo 3).

Subtipo 3. Incluye desrealización o cambio perceptual (sección C del BSABS): como los subtipos 1 y 2 pero acompañado por un cambio explícito en la sensación del tono perceptual (en otras palabras, la sensación de barrera se puede describir por ciertas propiedades explícitas: por ejemplo, se decoloran los colores; los objetos están alejados) o marcado por alteraciones perceptivas más específicas, o desrealización (es decir, todo parece ser irreal, sin vida, mecánico).

Comentario: Los tres subtipos no son mutuamente excluyentes y pueden traslaparse con la desrealización y otros desórdenes del *self*. La diferencia principal entre la presencia disminuida (2.4) (especialmente sus subtipos 2 y 3) y la desrealización (2.5) es que en la presencia disminuida el paciente localiza el sentido o la fuente de cambio primariamente *en sí mismo*, mientras que en la desrealización es por lo general el *ambiente* el que aparece cambiado para el sujeto.

2.5. Desrealización (C.2.11)

Un cambio en la experiencia del entorno: el mundo circundante aparece de algún modo transformado, irreal, y extraño, puede ser comparado con una película en marcha. *Hay una disminución en el sentido más primario de la realidad vivida, pero no una merma de la conciencia de realidad conceptual o de la prueba de realidad.*

La fuente del cambio no se siente localizada primariamente en el paciente.

Subtipo 1. Desrealización fluida (global): es lejos el subtipo más común de desrealización. El cambio es difícil de describir y de especificar en forma explícita. Hay una disolución o una desaparición gradual (o aun una pérdida) de la fisonomía (la *Gestalt*) del mundo circundante: el sentido y el significado del mundo parecen cambiados, confusos o ambiguos. El mundo parece como extraño y alienado, mecánico, sin vida o sin sentido.

Subtipo 2. Desrealización intrusiva: hay un aumento o una acentuación de la fisonomía del mundo o de sus aspectos o componentes aislados; a menudo esto se experimenta junto con un sentirse cautivado por los detalles de la percepción (1.12.1). Los aspectos individuales, aislados, del ambiente (objetos, situaciones) adquieren una cualidad vivencial intrusa o molesta, con un resultado que se hace crecientemente indeterminado y que puede ser experimentado con una creciente carga emocional.

El fenómeno no debe ser inducido de modo voluntario mediante la atención sostenida (un constante mirar fijo), aunque el mirar fijamente puede amplificar la desrealización preexistente.

Ejemplos

Al subtipo 1

- Los alrededores me parecen a mí como irreales, cambiados.
- Las cosas no son más lo que eran antes. Son extrañas, como si fueran meras siluetas.

Al subtipo 2

- “El comportamiento del perro causó una impresión fuerte en mí; era tan salvaje, descontrolado, tan lleno de naturaleza pura, primitivo y manejado por sus instintos, que sentí calor en mi corazón. También ese caballo salvaje, y esa mujer mayor, con su cara marcada por la edad; el paisaje entero era tan auténtico, tan fundamentalmente natural; era todo tan emocionante que sentí una felicidad inmensa” (Matussek, 1952).

NOTA: La desrealización puede estar acompañada por otros y más específicos cambios de la percepción (por ejemplo, un cambio en la cualidad y/o intensidad de los sonidos). En el caso de un claro cambio perceptual, puntúe también la presencia disminuida (2.4.3). La desrealización experimentada a continuación de un ataque de pánico no se debe anotar aquí.

2.6. Hiperreflectividad; Reflectividad aumentada (B.3)

Tendencia excesiva o frecuente, incluso crónica, de tomarse a uno mismo, partes de uno mismo o a aspectos del ambiente como objeto de intensa reflexión. El paciente sufre típicamente de una pérdida de ingenuidad, indulgencia, y naturalidad. Hay un aumento en la tendencia a reflexionar sobre los propios pensamientos, sensaciones y comportamientos, y una inhabilidad para reaccionar y para comportarse espontánea y despreocupadamente; una tendencia excesiva a monitorear la vida interna, mientras que al mismo tiempo se interactúa con el mundo (introspección simultánea⁴). En el caso de la pérdida del sentido común (2.12) (clasificado por separado), hay una tendencia automática y creciente a reflexionar sobre el mundo.

NOTA: La intensidad de la hiperreflectividad en este ítem es menor que en el caso de la distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2.2), donde la condición es tan generalizada e intensa que lleva a una sensación constante de distancia fenomenológica.

Ejemplos

- Tuve que pensar en qué pensar.
- Ella ha sido siempre “auto-reflexiva” y ha pensado siempre sobre sí misma “de una manera existencial”.

⁴ Este término fue tomado de la Psicopatología japonesa (M. Nagai).

2.7. Yo-escindido (*Ich-Spaltung*)

El paciente experimenta su yo, *self*, o persona como estando dividido o de algún modo compartimentalizado, desintegrado en partes semiindependientes, o no existiendo como un todo unificado. Las quejas del paciente deben tener una cualidad experiencial que pueden formar un continuo desde un sentido vago de escisión, una división “como si”, hasta una escisión elaborada de manera delirante. No es suficiente para puntuar este ítem si el paciente está consciente de tener, por ejemplo, un “personalidad multifacética”.

Subtipo 1. Se sospecha yo-escindido: clasifique aquí los casos de yo-escindido que el entrevistador sospeche que están presentes *detrás* de las quejas de los pacientes, aunque no pueda precisar los términos experienciales específicos usados por el paciente; es decir, esta clasificación se basa en las declaraciones que sugieren una escisión, que el paciente no es capaz de conceptualizar en términos explícitos, y resulta, por ende, vago y confuso.

Subtipo 2. La puntuación del yo-escindido se basa en informes de experiencias “como si”.

Subtipo 3. El yo-escindido implica una experiencia espacializada que no tiene una cualidad delirante.

Subtipo 4. El yo-escindido implica elaboración delirante.

Ejemplos

Al subtipo 1

- Después de que lo transfirieran a una habitación individual y lo dejaran solo, el paciente tuvo la idea “ahora nosotros, viejos amigos, estamos juntos y solos”; y la idea lo sorprendió.

Al subtipo 2

- Aproximadamente una vez por semana, tenía una sensación “como si ella fuera dos personas”; “como si pudiera verse a sí misma desde fuera”. Ella se divide en dos partes y vuela, compuesta de esas dos partes.

NOTA: Puntúe también la despersonalización disociativa (2.8).

- Ella dice que sus pensamientos “se dividen a sí mismos”, y que siente una escisión en sí misma. Es una cuestión de pensamientos negativos y positivos.

Ella lo siente como si hubiera dos partes diferentes de ella misma “las que están en guerra una con la otra”.

- Él describe que a menudo no tiene contacto con su lado izquierdo; se siente como si él “fuera una mitad solamente”. Esta sensación puede propagarse hacia lo profundo de su cuerpo.

NOTA: Aquí, puntuar también la despersonalización somática (3.3).

Al subtipo 3

- Su parte derecha es mucho más fuerte, y capaz de poner una fachada. Ella siente un “desequilibrio en los estratos de ambos lados”.
- Ella se siente como un cráneo con algo adentro, “un ser humano pequeño en una cabina”, como si ella tuviera dos cerebros. Una parte de su *self* se siente de alguna manera disociada de su *self* normal y por lo tanto extraña. Los pensamientos que pertenecen a su *self* normal se localizan en la parte anterior del cerebro, mientras que los pensamientos que son extraños están situados en la parte más posterior del cerebro.
- Hay dos lados en ella: uno destructivo y uno positivo. Una vez, cuando estaba en cama, tuvo por algunos segundos una sensación de que se transformaba en dos personas, que ambas estaban acostadas en la cama.

Al subtipo 4

- Una paciente joven (con episodios anoréxicos anteriores) explica que ella siempre “se sintió equivocada”; cada cierto tiempo dejaba de comer para dejar morir de hambre a la parte equivocada (en este caso particular, la declaración se aproxima a una cualidad delirante).

2.8. Despersonalización disociativa (experiencia de estar fuera del cuerpo)

El paciente dice que se siente a veces como si estuviera “fuera” de sí mismo, como una suerte de doble, mirando u observándose a sí mismo y a los otros. La experiencia debe tener el carácter “como si” (subtipo 1), es decir, el paciente *no se percibe a sí mismo realmente* desde afuera, sino solamente imagina el hacerlo para su “ojo interno”; una clase de “experiencia de estar fuera del cuerpo”.

Si hay un instante de autopercepción desde fuera, la experiencia se debe considerar como una alucinación visual disociativa (subtipo 2). Por ejemplo, el paciente

dice que se está viendo literalmente desde el exterior, o viendo su doble a su lado.

Sin embargo, en muchos casos de esta “experiencia de estar fuera del cuerpo”, puede ser imposible captar lo que el paciente realmente quiere decir con la expresión: “mirarse a sí mismo desde afuera”; quizás pueda ser que incluso no sea un proceso imaginativo sino una descripción de distancia experiencial (2.2.2) o una “introspección simultánea” en hiperreflectividad (2.6).

Subtipo 1. Fenómeno imaginario “como si”

Subtipo 2. Alucinación visual disociativa.

2.9. Confusión de la identidad

Una sensación como si el paciente fuera otra persona.

Ejemplos

- “Siento como si yo fuera mi propia madre”.
- Un paciente fue capaz de sentir brevemente como si fuera otra persona, en quien estaba pensando. No sabe si fue una experiencia mental o física.
- Un paciente sintió por un momento como si fuera un perro.

NOTA: La confusión de identidad estaría a menudo asociada con un sentido disminuido del *self* básico (2.1), distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2) y transitivismo (4.0).

2.10. Sentido de cambio en relación con la edad cronológica

Una sensación básica de ser considerablemente más viejo o más joven que la edad cronológica real, no claramente comprensible por las relaciones e interacciones sociales.

Ejemplos

- Él puede sentirse más joven y en segundos puede sentirse como otra persona.

NOTA: Clasifique también confusión de la identidad (2.9).

- Durante una conversación, ella dice que se siente como una niña de 5 años. En la sesión siguiente, ella repite que se sentía como una niña pequeña.

2.11. Sentido de cambio en relación con el género

Subtipo 1. Temor ocasional de ser homosexual o que los otros lo consideren como tal.

Subtipo 2. Sensación como si fuera del sexo opuesto o una confusión del propio sexo.

2.12. Pérdida del sentido común/perplejidad/pérdida de la evidencia natural

Es una pérdida o una carencia en la aprehensión automática, prerreflexiva del significado de los acontecimientos diarios, de las situaciones, de las personas y de los objetos.

Hay diversos dominios en los que esta característica puede manifestarse. El paciente puede ser incapaz de captar el significado de las cosas y situaciones cotidianas (por ejemplo, puede preguntarse sobre los colores de los semáforos), no puede entender las reglas (tácitas) del comportamiento o de las interacciones humanas, o puede tornarse demasiado intrigado o preocupado por cuestiones semánticas. La naturalidad del mundo y de las otras personas se va perdiendo, lo que lleva por lo general a cierto grado de hiperreflectividad. La reacción del paciente es de perplejidad, curiosidad, asombro, e intenta comprender o hacerle frente (con la reflexión). Este síntoma *no debe* ser calificado si el cambio principal tiene que ver con un temor persecutorio de tipo paranoide que invade el mundo en su totalidad (*Wahnstimmung*). El racionalismo y el geometrismo mórbido son suficientes pero no necesarios para puntuar este síntoma.

Explicación de los términos

Racionalismo Mórbido. Se refiere a una actitud general del paciente, quien considera que los movimientos, los asuntos y las acciones humanas están dirigidos por reglas específicas, principios rígidos y esquemas: "El padre compra un ataúd a su hija moribunda como regalo de cumpleaños, porque el ataúd es algo que ella va a necesitar" (Parnas & Bovet, 1991).

Geometrismo. Preocupación por arreglos espaciales del mundo como simetría, aspectos matemáticos o numéricos del mundo; corresponde a una cierta obsesividad rígida, sin vida.

Traslape de racionalismo mórbido y geometrismo. Ambos representan una falta de flexibilidad artificial versus el dinamismo automático y adaptativo propio de la vida (ver Minkowski).

Ejemplos

- Todos los pensamientos acerca de la existencia se han mezclado en pedazos en mi sistema mental. No entiendo la vida. La imagen completa de la vida ha cambiado. ¡Tantas preguntas, tan pocas explicaciones! ¿Por qué estamos viviendo?
- Él plantea que "nada es relativo" en el sentido que no encuentra ninguna conexión entre las cosas del mundo.
- El idioma representa para ella un mar confuso y aplastante de una variación casi infinita de significado.
- Un paciente comenzó a dudar del significado de las palabras más comunes. Compró un diccionario para aprender estos significados desde el comienzo.
- Un paciente reflexionaba siempre sobre las características del mundo que eran evidentes de suyo: ¿por qué la hierba es verde?, ¿por qué los semáforos tienen tres colores?, ¿por qué tenemos dos ojos?

2.13. Ansiedad

Subtipo 1. Ataques de pánico con síntomas vegetativos: el paciente experimenta ataques de ansiedad severa, que se prolongan desde unos minutos hasta horas, acompañados al menos de dos de los siguientes síntomas: temblor, ahogo, palpitaciones, vértigo, hiperventilación, y miedo a morir. Esto puede también estar acompañado de miedo a la desintegración mental o a perder la razón, seguido por desrealización, o por sensaciones de autorreferencia. Tales ataques pueden ser provocados de una manera no específica por estímulos externos (por ejemplo, al quedarse solo).

Subtipo 2. Ansiedad psíquica: una severa sensación de ansiedad psíquica o de tensión, acompañada quizás por miedo a la desintegración mental, pero *sin* síntomas autonómicos.

Subtipo 3. Ansiedad fóbica: cualquier tipo de ansiedad que sea provocada por estímulos específicos tales como lugares abiertos, alturas, habitaciones pequeñas, o ciertos animales (se excluyen las situaciones sociales).

Subtipo 4. Ansiedad social: inseguridad provocada por encuentros sociales, mirada sostenida de los otros, contacto físico cercano, fiestas, aglomeraciones (puede incluir autorreferencia).

Subtipo 5. Ansiedad generalizada difusa y flotante: ansiedad, tensión interna, afecto displacentero indescriptible. La ansiedad es casi constante, y puede ser provocada por una multitud de estímulos o surgir sin razones aparentes, haciendo la vida y las relaciones con los otros casi intolerables; es sentida como una constante carga o fuente de sufrimiento (ver también ansiedad ontológica, 2.14).

Subtipo 6. Ansiedad paranoide: ansiedad de cualquier tipo ligada a ideación paranoide: ser explotado, acosado, manipulado, no respetado.

NOTA: En caso de traslape, clasifique todos los subtipos relevantes.

2.14. Ansiedad ontológica

Una sensación persistente de inseguridad, debilidad, inferioridad, indecisión, baja tolerancia a la ansiedad, de un bajo grado de ansiedad flotante (sin objeto), o de un sentimiento sutil, generalizado de la inminencia de algo malo. El estilo de vida de una persona con inseguridad ontológica está relacionado más con el instinto de *autoconservación* que con el de *autorrealización*. El mundo y los otros no son sentidos como fundamentos existenciales seguros e invariantes, sino como enigmáticos, no fiables, amenazantes. El paciente tiene la sensación persistente de estar expuesto, y una necesidad de protegerse o de ocultarse. Tales sensaciones de inseguridad ontológica están casi siempre asociadas a una perturbación profunda de la identidad, de ambivalencia, de pérdida de la evidencia natural, o de hiperreflectividad.

NOTA: Esta característica debe ser calificada conservadoramente, y puede ser detectada usualmente sólo en base a una entrevista que incluya información sobre el funcionamiento social, interpersonal, educativo, profesional, los intereses, las motivaciones, y además la exploración de la experiencia subjetiva. Por lo tanto, el síntoma se debe anotar como presente sólo en adición a la ansiedad (2.13.1; 2.13.2) o a la ansiedad intensa difusa y flotante (2.13.5); debe haber evidencia simultánea de por lo menos uno de los siguientes ítems: ambivalencia (1.9), sentido disminuido del *self* básico (2.1), distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2), despersonalización (2.3), desrealización (2.5), hiperreflectividad (2.6) o perplejidad (2.12).

2.15. Disminución de la transparencia de la conciencia

Una sensación intensa y recurrente de no estar completamente alerta, despierto, consciente, como si hubiera una cierta falta de claridad y/o un impedimento interno. También sensaciones de presión interna, bloqueo, opacidad. Los actos de conciencia o *del modo mismo de ser consciente* aparecen peculiarmente desvanecidos, disminuidos o ineficientes.

Si el paciente se queja de un tipo de estado mental globalmente desagradable, pero no descriptible en detalle, o de una sensación global de presión, opresión, bloqueo, y similares y localiza estas sensaciones en su cabeza, mente o cerebro, entonces la transparencia disminuida se debe puntuar como presente, pero esto siempre que las quejas *no sean* causadas por un "pensamiento forzado" concomitante (1.3). Las experiencias de transparencia disminuida *no deben* ser registradas si aparecen como secundarias, por ejemplo ligadas a pensamiento forzado, estados alucinatorios, agotamiento mental, depresión clínica, trastorno afectivo estacional, trastorno orgánico-cerebral (por ejemplo, epilepsia) o a consumo de drogas.

NOTA: La claridad *no* se utiliza aquí en el contexto del *delirium*, donde se sabe que ella falta. La transparencia disminuida es muy difícil de detectar durante la entrevista; con frecuencia está acompañada por otros desórdenes del *self*.

Ejemplos

- Siento la conciencia fragmentada.
- Es como un bloqueo universal y continuo, una tensión.
- Me siento siempre despierto "a medias".
- Tengo a menudo la sensación de no haber dormido lo suficiente.
- No tengo autoconciencia.
- Con frecuencia tengo una extraña sensación brumosa en mi cabeza.

Viñeta típica 1: "Yo tengo una sensación como si mi cerebro se encogiera". (Pregunta: ¿Cómo? Descríbalo por favor): "Es como una presión constante dentro de mi cabeza, como si hubiera algo malo adentro, y a veces también como un anillo o una correa alrededor de mi cabeza. Esto me impide pensar y ver de manera adecuada".

Viñeta típica 2: Un paciente dice que siempre tiene "mareos"; lo que significa que está "sólo en contacto parcial

con el mundo, sólo un 60-70%. Es como si no hubiera un hoyo (ninguna apertura) hacia el mundo". Hay una falta de transparencia entre yo mismo y el mundo. Él enfatiza: "No tiene nada que ver con la percepción, las impresiones perceptivas o con los sentidos".

NOTA: En este caso, debe anotarse presencia disminuida, subtipo 2, "caso del vidrio" (2.4.2), pero también transparencia disminuida, porque la experiencia del paciente parece implicar una disminución de la transparencia de la conciencia en tanto medio de experiencia (por ejemplo, su insistencia en el hecho que el problema no está localizado en los procesos senso-perceptivos).

2.16. Disminución de la iniciativa (A.4)

Una sensación intensa de que toda la actividad está requiriendo esfuerzo, que hay dificultad para iniciar la acción. En otras palabras, no es suficiente anotar este ítem en base a la inactividad o a la apatía. El paciente tiene que describir su incapacidad para iniciar la acción (por ejemplo, se sienta 3 horas, preparándose para ir a la oficina de correos).

Criterios de exclusión: los mismos que en la vitalidad disminuida (2.18).

2.17. Hipohedonia

Hedonia significa capacidad de experimentar placer. Marcada y frecuente disminución de la capacidad para experimentar placer frente a la estimulación perceptual "física" o intelectual del entorno inmediato (la anhedonia social se anota en otra parte [2.4]).

NOTA: En contraste con la presencia disminuida (2.4) descrita anteriormente, nos estamos ocupando aquí de sensaciones del *self* asociadas a estados corporales o mentales circunscritos en relación con la estimulación directa proveniente del ambiente (por ejemplo, placer disminuido en saborear la comida, en tomar un baño caliente, ausencia de placer sexual) o en lo referente a las actividades físicas o intelectuales previamente placenteras (por ejemplo, el deporte o la lectura de libros). Esta definición sigue la definición psiquiátrica contemporánea estándar. Con todo, es probablemente dudoso que la hipohedonia ocurra alguna vez en forma individual, como un fenómeno aislado, vale decir, sin relación con la disminución de la vitalidad (2.18), de la presencia disminuida (2.4), o de la distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2). En el caso de traslape, se deben calificar todos los ítems relevantes.

Ejemplos

- He perdido la capacidad de sentir placer. Antes me gustaba correr; ahora ya no me interesa.
- No puedo sentir placer. Nada me estimula.

2.18. Disminución de la vitalidad

Una marcada y a menudo recurrente fatiga mental o física inexplicable, apagamiento de la vivacidad inmediata, disminución de la energía, de la espontaneidad, del "ímpetu".

Subtipo 1. Vitalidad disminuida como estado, que ocurre durante la(s) exacerbación(es) caracterizadas por la coexistencia con otros síntomas, tales como apatía, inactividad, quedarse en cama y otros síntomas, como rumiaciones o sensaciones de cambios corporales.

Subtipo 2. Vitalidad disminuida como rasgo, que se presenta de forma más o menos marcada o como algo a menudo recurrente y *como una característica relativamente aislada*.

Criterios de exclusión

Estos fenómenos no se deben calificar como presentes si son explicables por otras perturbaciones más primarias o que incluyen fenómenos como pensamiento forzado (1.3), rumiaciones hiperreflectivas (1.6), depresión clínica (que incluye melancolía y depresión mayor tratada exitosamente con antidepresivos), trastorno orgánico-cerebral o efectos farmacológicos secundarios.

Sentimientos de intencionalidad disminuida o ausente (apatía; es decir, sentimientos dirigidos específicamente a alguien, por ejemplo la familia, los hijos) son registrados arriba como presencia disminuida (2.4). Puntuar ambos en caso de duda.

Ejemplos

- No tengo energía, ninguna chispa interna.
- Me siento totalmente vacío.
- Me siento siempre cansado y agotado; he visto a un doctor, pero él no pudo encontrar ninguna alteración somática.
- He perdido toda forma de deseo. No tengo contacto conmigo mismo, me siento como un zombi.
- Perdí mis sentimientos, me he transformado casi en otra persona.

3. Experiencias corporales

Descripción general del dominio: Una sensación normal de unidad y coherencia psicofísica, un interjuego u oscilación normal del cuerpo como “vivido desde dentro”, como sujeto o alma (*Leib* espiritual, no-espacial) y del cuerpo como objeto (*Körper* espacial y físico). En otras palabras, nuestra experiencia del cuerpo no es de éste como un objeto o un sujeto. Es ambas al mismo tiempo.

3.1. Cambio morfológico (D. 9)

Usualmente sensaciones paroxísticas (“como sí”) o percepciones de disminución o constricción de partes individuales del cuerpo, o experiencias de partes del cuerpo o del cuerpo entero que se vuelve más delgado, más corto, contracturado, alargado, presionado o disminuido.

Subtipo 1. Sensaciones que afectan la totalidad del cuerpo o parte de éste y por lo general de forma paroxística.

Subtipo 2. El paciente percibe un cambio morfológico en su cuerpo; ve, por ejemplo, sus manos como alargadas (ilusiones de cambio corporal).

3.2. Fenómenos especulares (C.2.3.6)

Éste es un grupo de fenómenos que tienen en común un frecuente e intenso mirarse en el espejo o un evitar la propia imagen especular, o un mirarse sólo ocasionalmente, percibiendo entonces un cambio facial.

Los pacientes perciben cambios de su propia cara, también buscan tales cambios, y por lo tanto, se examinan en el espejo frecuente e intensamente. Pueden sorprenderse o asustarse por lo que ven, e incluso tender a evitar los espejos. A veces se miran en el espejo para asegurarse de su propia existencia. Puede ser también que miren fotos de sí mismos para encontrar su propia identidad.

NOTA: En ese caso puntúe también un sentido disminuido del *self* básico (2.1).

Subtipo 1. El paciente solamente busca cambios en el espejo o se mira con frecuencia por una razón no especificada, pero no hay percepción definida de cambio.

Subtipo 2. El paciente *percibe* su propio rostro cambiado o deformado de alguna manera.

Subtipo 3. Otros fenómenos que pueden pertenecer a esta categoría (por ejemplo, asegurarse de la propia existencia).

Ejemplos

Al subtipo 1

- En el último tiempo ella se ha sentido de algún modo extraña, no realmente ella misma, quizás fuera de sí misma. Ayer tuvo que mirarse en el espejo para comprobar si su cara había cambiado o no.

NOTA: Aquí debería registrarse también la despersonalización psíquica (2.3).

Al subtipo 2

- Ella tuvo la sensación de que su cara parecía como de bruja, y entonces no le gustó verse en el espejo.
- Ella vio que los músculos de su cuello resaltaban extrañamente.
- Cuando ella se miró en el espejo, se fijó en el ojo, al que vio de pronto como una bola en su cabeza. Fue algo “surrealista”, y sintió que su cara había sido cambiada.

3.3. Despersonalización somática (extrañamiento del cuerpo) (D.1.1)

El cuerpo, o alguna de sus partes, se perciben como extrañas, alienadas, sin vida, aisladas, separadas unas de otras, dislocadas o inexistentes.

Ejemplos

- Cuando me miro la parte inferior del cuerpo, la siento constantemente como torcida y desplazada hacia la izquierda, comparada con el resto del cuerpo.
- Tengo la sensación de que mis antebrazos izquierdo y derecho han intercambiado posiciones.
- Tengo la extraña sensación de que es el cuerpo de otra persona.
- Es como si su cuerpo fuera ajeno. Él sabe que es su cuerpo, pero se siente “como si no estuviera unido”, se siente como si su cabeza sólo estuviera pegada a su cuerpo.
- Ella siempre se siente extraña, “como si hubiera un hombrecito en su cabeza, observando este gran robot”. A veces ella mira sus brazos y sus manos, y tiene la sensación de que no son suyos.

NOTA: En contraste con el cambio morfológico (3.4) donde hay una sensación o ilusión de un cambio morfológico *específico*, aquí estamos tratando con experiencias difusas, globales.

Hay casos donde la despersonalización somática (3.3) y el cambio morfológico (3.1) no son claramente distinguibles el uno del otro. Si es así, puntúe ambos como positivos.

3.4. *Desencaje y escisión psicofísicos*

El cuerpo se siente como si realmente no encajara, como demasiado pequeño o demasiado grande o de algún modo incómodo o cambiado. Esto está asociado usualmente, aunque no siempre, a una sensación de que la mente y el cuerpo no encajan, o que no pertenecen uno al otro, como si estuvieran desconectados de alguna manera, o fueran independientes entre sí.

NOTA: No puntúe aquí desagrado en relación a aspectos específicos o concretos de la propia apariencia, por ejemplo el peso o la altura.

Ejemplos

- Él carece de una “saludable aceptación” de su cuerpo, le resulta difícil “poseerlo, cuidarlo, sin tener sensaciones de inferioridad y vergüenza”. Es difícil para él “estar simplemente en su cuerpo”.
- Ella tiene dificultad en reconocer que está en su cuerpo, y puede pensar “es extraño que yo esté aquí”.
- Él habla de una “falta de coherencia” o de una división entre la parte física, visible para los otros, y él mismo, es decir, todo lo que sucede en su mente. Él siente que su cuerpo es una propiedad compartida, algo anónimo, distanciado de él.

3.5. *Desintegración corporal*

Sensaciones de disolución o desintegración corporal, como si se separara, o se desintegrara corporalmente en pedazos o desapareciera.

NOTA: Esta experiencia puede estar ligada a desórdenes de demarcación, pero está puesta aquí en beneficio de la entrevista.

3.6. *Espacialización de experiencias corporales*

Predomina la experiencia del cuerpo o sus partes como objetos físicos (físico/espacial), a expensas de experiencias corporales vivas, espirituales, no espaciales.

El paciente puede experimentar aquí una clase de acceso introspectivo inusual a las partes del cuerpo normalmente mudas o a los procesos fisiológicos (por ejemplo, el paciente siente sus órganos internos o sus procesos fisiológicos).

Ejemplos

- Siente su útero como si no fuera suyo, como si estuviera separado de alguna manera.

NOTA: La despersonalización somática (2.8) también se puntúa aquí.

- Puedo sentir la sangre correr debajo de mi piel.

3.7. *Experiencias cenestésicas (D.1; 3–9; 11–14)*

Sensaciones corporales inusuales de adormecimiento y de rigidez: una sensación de insensibilidad, entumecimiento o adormecimiento (por ejemplo, en las manos, en los pies o en otras partes del cuerpo).

Sensaciones corporales inusuales de dolor en un área distinta, no comparable a los dolores premórbidos conocidos.

Sensaciones corporales que migran vagando a través del cuerpo.

Sensaciones corporales eléctricas, sensaciones de ser electrocutado.

Sensaciones térmicas (sensaciones de calor y de frío).

Sensaciones corporales de movimiento, de tracción o de presión dentro del cuerpo o en su superficie.

Sensaciones de pesadez, ligereza o vacío anormal, de caer o de hundirse, de levitación o elevación; estas sensaciones afectan al cuerpo entero o sólo a partes de él.

Sensaciones vestibulares.

Disestesias provocadas por estímulos sensoriales o táctiles: molestias, es decir, dolor que es provocado por un estímulo acústico. Tacto que se siente desagradable y doloroso.

Crisis Disestésica: estados paroxísticos que duran segundos o minutos y comprenden sensaciones de menoscabo corporal, perturbaciones neurovegetativas y miedo a morir.

3.8. Perturbaciones motoras

Subtipo 1. Pseudo-movimientos del cuerpo (D.10): el paciente experimenta pseudo-movimientos de su cuerpo o de partes de él, como por ejemplo de los miembros (no confundir con interferencia motora, donde ocurren movimientos reales).

Ejemplo

- Sensación de que el cuerpo se balancea o que la pierna salta.

Subtipo 2. Interferencia motora (C.3.1): descarrilamientos motores o verbales que ocurren sin o en contra de la voluntad del paciente, y típicamente interfieren con las acciones motoras intencionadas o con el discurso. Tales descarrilamientos son parte de comportamientos usualmente voluntarios (movimientos pseudo-espontáneos, por ejemplo, espasmo de la mirada, movimientos estereotipados, automatismos), y no son considerados por el paciente como creados o influidos por fuerzas externas.

Subtipo 3. Bloqueo motor (C.3.2): impedimento o completo bloqueo de las acciones motoras intencionadas. Ocurre como un paroxismo. Completo bloqueo (*Bannungszustände*) que puede aparecer en forma repentina, como un ataque o un paroxismo, y desaparecer rápidamente. El paciente está completamente consciente, pero no puede moverse ni hablar. Estos bloqueos se pueden considerar como contraparte del síndrome de automatismo (C.3.1).

Subtipo 4. Sensación de paresia motora (D.2.): una sensación repentina de debilidad o paresia de los brazos o de las piernas en uno o ambos lados del cuerpo. Estas "sensaciones de paresia" pueden llevar a cojear o a que se caigan las cosas de las manos, a no poder sostener las herramientas y tener que detener el trabajo. Además de las variantes de corta duración, también ocurren sensaciones de paresia duraderas (que persisten por semanas).

Subtipo 5. Desautomatización del movimiento (C.3.3): las acciones habituales, cotidianas (tales como vestirse, lavarse, afeitarse, peinarse), que en el pasado se han llevado a cabo en forma más o menos automática, no se pueden realizar más o solamente con gran esfuerzo de voluntad. Tardan más tiempo y tienen que ser realizadas con atención máxima y muy consciente.

Las acciones parcialmente automatizadas (por ejemplo andar en bicicleta, tejer o trabajar en la cocina) también están perturbadas. Las rutinas de acción que habían estado disponibles sin esfuerzo se pierden más o menos por completo.

3.9. Experiencia mimética (resonancia entre el propio movimiento y el movimiento de los otros) (C.2.3.7)

Pseudomovimientos de objetos y de seres humanos percibidos, que son experimentados en particular cuando el propio paciente está en movimiento. Por lo tanto, él intentará con frecuencia evitar moverse. O el paciente o el objeto o persona se mueven primero, o ambos simultáneamente, y el paciente siente como si hubiera un extraño enlace entre los dos.

NOTA: La experiencia mimética tiene afinidades con la experiencia solipsista (dominio 5). Se ubica aquí en beneficio de la entrevista, ahora enfocada en el cuerpo y el movimiento.

4. Demarcación/Transitivismo

Descripción general del dominio: Pérdida o permeabilidad del límite sí mismo-mundo. Estos desórdenes se ligan de cerca con los desórdenes de la conciencia de sí mismo y de la presencia, pero debido a su naturaleza sintomática más articulada se enumeran aquí por separado.

4.1. Confusión con el otro

El paciente se experimenta a sí mismo y a su interlocutor como siendo mezclado o invadido, en el sentido que él pierde la noción de cuáles pensamientos, sentimientos y expresiones fueron originados en quién. Él puede describirlo como una sensación de invasión, impuesta de un modo inespecífico, pero desagradable o que provoca ansiedad. En el grado extremo de esto último, también puntúe 4.3, subtipo 1.

4.2. Confusión con la propia imagen especular

Una sensación de incertidumbre respecto a quién es quién o quién está dónde, cuando mira en su propio espejo o su imagen reflejada en otra parte (por ejemplo, en el vidrio de una tienda), o cuando mira retratos y pinturas.

4.3. Contacto corporal amenazante

Subtipo 1. Una sensación de ansiedad o inquietud extrema al estar cerca o ser tocado por otro, incluso por una persona cercana, o al ser abrazado. El contacto corporal se siente como una amenaza a la propia autonomía y a la existencia misma. Las relaciones sexuales pueden resultar insoportables.

NOTA: No clasifique este síntoma cuando parece causado por una actitud paranoidea y suspicaz.

Subtipo 2. Una sensación de desaparición, de aniquilación personal, o de dejar de existir, al ser expuesto a un contacto cercano con otro, por ejemplo, durante una relación sexual.

4.4. Pasividad del humor (*Beeinflussungsstimmung*)

Una sensación o humor difuso de estar en una posición, de algún modo pasiva, peligrosamente expuesto, a merced del mundo, de una manera inespecífica y no concreta. Es una suerte de opresión por algo negativo que puede suceder en forma inminente, sin ninguna especificación temática (se traslapa con el humor delirante). La sensación íntima de ser un sujeto autónomo y volitivo disminuye, lo que puede hacer necesario, a veces, calificar también la distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2). El paciente no tiene ninguna experiencia o idea delirante concreta de influencias externas, aunque sí siente como si estuviera de alguna manera oprimido por el mundo externo.

4.5. Otros fenómenos transitivos

Otras sensaciones de delimitación corporal inadecuada (también frente a objetos inanimados), una sensación generalizada de estar de alguna manera “demasiado abierto o ser demasiado transparente”, o de tener la “piel extraordinariamente delgada”, sin ninguna barrera, o un estado en el cual el paciente está en exceso preocupado por los mecanismos exactos de las relaciones y/o influencias sí mismo-mundo y sí mismo-otros, o la sensación de tener una “capa extra” especial que cubre la superficie de su cuerpo.

Las variedades de percepción aumentada, donde el paciente se queja de tener una escasa barrera contra los estímulos sensoriales (principalmente ópticos) también se deben anotar aquí.

5. Reorientación existencial

Descripción general del dominio: El paciente experimenta una reorientación fundamental con respecto a su visión de mundo metafísica y/o a su jerarquía de valores, proyectos e intereses. En rigor, las experiencias anómalas de la autoconciencia son enactuadas y así expresadas existencialmente.

Experiencias de tipo solipsista (Ítems 5.1-5.6)

El paciente siente de cierta manera como si fuera un sujeto *único* (literalmente o en el sentido de la centralidad) en el mundo, puede tener una sensación efímera de poseer habilidades o poderes extraordinarios (como si fuera un creador), puede experimentar el mundo externo como una ficción de su propia imaginación (el mundo llega a ser mente-dependiente), y el paciente puede sentir un acceso experiencial a las capacidades constitutivas de su propia mente (acceso experiencial a su “inconsciente cognitivo”).

5.1. Fenómeno de autorreferencia primaria (C.1.17)

El sujeto detecta un vínculo inmediato entre sí mismo y los acontecimientos externos o las otras personas, un vínculo que *no* es explicado ni mediado por una actitud paranoidea preexistente, sensaciones de insuficiencia, crisis de pánico precedentes o culpabilidad depresiva. En otras palabras, estamos tratando aquí con *fenómenos de autorreferencia primarios que no pueden ser reducidos psicológicamente* (es decir, explicados en términos de otros mecanismos).

Ejemplos

- En una fiesta todo le parecía que se originaba en él o que era dependiente de él.
- Al ver a un grupo de pasajeros que bajaban del autobús, ella tuvo la sensación de que realizaban una cierta clase de parodia de su estado actual.
- Mientras él bebía una taza de café, tuvo la idea que las nubes se asemejaban a un hombre que bebía una taza de café.

5.2. Sensación de centralidad

Sensaciones fugaces de ser el centro del universo.

Ejemplo

- Un antiguo médico recordaba que cuando trabajaba en un pequeño hospital de provincia, tenía a

veces un sentimiento pasajero de “como si” él fuera el único médico verdadero en todo el mundo y el destino de la humanidad dependiera de él.

5.3. Sensación como si el campo experiencial del sujeto es la única realidad existente

Ejemplo

- Un paciente tenía a veces la sensación como si sólo existieran los objetos de su propio campo visual. Otras personas y lugares parecían no existir. Él lo consideraba luego como un sin sentido.

5.4. Sensaciones “como si” de poseer un extraordinario poder creativo, un extraordinario insight de las dimensiones ocultas de la realidad, o un extraordinario insight de la propia mente o de la mente de los otros

5.5. Sensación “como si” de que el mundo vivido no es verdaderamente real, que existe, como si fuera de algún modo aparente, ilusorio o engañoso

Ejemplos

- Él percibe a las otras personas como robots y todas las cosas son como un pote grande de moléculas; luego empieza a preguntarse si el mundo es real.
- Cuando niña sentía que el “el mundo entero había sido construido sólo para ella”, como un escenario.

5.6. Ideas mágicas (por ejemplo, ideas que implican causalidades inmateriales), vinculadas con el modo subjetivo de la experiencia (5.1-5.5)

Ejemplo

- Él tuvo la impresión que podía controlar el clima, como si éste cambiara con su estado de ánimo.

5.7. Cambio existencial o intelectual

Nueva o inusual preocupación por temas existenciales, metafísicos, religiosos, filosóficos o psicológicos. No puntúe aquí en caso de estados hipomaniacos o maniacos.

Temas frecuentemente reportados: fenómenos sobrenaturales, religión (especialmente de Oriente), experiencias místicas, filosofía; temas trascendentales, meditación, psicología, rituales antiguos, símbolos, la reencarnación, la vida por venir, la lucha entre el bien y

el mal, la paz y la comunicación universales, el sentido de la existencia, el destino de la humanidad, la salvación, aproximaciones alternativas a la ciencia, ideas relacionadas con salud y nutrición.

Ejemplos

- Nuevas ideas e intereses invadieron gradualmente mi vida y el pensar en ellas me absorbía; dejaron una marca en mi vida entera.
- Muy ocupado con pensamientos sobre cómo ser suficientemente bueno.
- Él tuvo que redefinir y analizar todo lo que había estado pensando.
- Necesité nuevos conceptos para comprender el mundo y la existencia humana.

5.8. Grandiosidad solipsista

El paciente, en el discurso o en el comportamiento, muestra una actitud de superioridad respecto a sus congéneres, la que está claramente asociada a sus sensaciones de poseer capacidades o *insights* extraordinarios (5.4). Los otros son vistos como imbéciles e ignorantes, que sólo persiguen aspectos materiales (o superficiales) de la existencia. Esta actitud tiene a menudo un leve matiz manierístico.

REFERENCIAS

1. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M: Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen. Berlin, Springer, 1987 (Danish transl PHandest, MHandest, Copenhagen, Synthélabo, 1995)
2. Handest P, Parnas J: Clinical characteristics of 50 first-admitted ICD-10 schizotypal patients. *Br J Psychiatry* 2005; 187(suppl): 49–54
3. Matthyse S, Holzman PS, Gusella JF, Levy DL, Harte CB, Jørgensen Å, Møller L, Parnas J: Linkage of eye movement dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: additional evidence. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2004; 128: 30–36
4. Merleau-Ponty M: *Phenomenology of Perception*. London, Routledge and Kegan, 1962
5. Møller P, Husby R: The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull* 2000; 26: 217–232
6. Parnas J: Self and schizophrenia: a phenomenological perspective; in Kircher T, David A (eds): *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press, 2003, pp 127–141
7. Parnas J, Bovet P: Autism in schizophrenia revisited. *Compr Psychiatry* 1991; 32: 1–15
8. Parnas J, Cannon T, Jacobsen B, Schulsinger H, Schulsinger F, Mednick SA: Life-time DSM III-R diagnostic outcomes in offspring of schizophrenic mothers: the results from the Copenhagen High Risk Study. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 707–714

9. Parnas J, Handest P: Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 121–134
10. Parnas J, Handest P, Sæbye D, Jansson L: Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 126–133
11. Parnas J, Jansson L, Sass LA, Handest P: Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: a pilot study of first admissions. *Neurol Psychiatry Brain Res* 1998; 6: 107–116
12. Parnas J, Zahavi D: The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis; in Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (eds): *Psychiatric Diagnosis and Classification*. World Psychiatric Association's Series on Evidence and Experience in Psychiatry. Chichester, Wiley, 2002, pp 137–162
13. Sass LA, Parnas J: Self, consciousness, and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003; 29: 427–444

Apéndice A
EASE- CRITERIO DE PUNTUACIÓN

Frecuencia/severidad		Puntaje
Ausencia	ausencia (definitivamente ausente o nunca experimentado)	0
Presencia cuestionable	quizás experimentado, pero sólo en pocas ocasiones, o de modo muy poco intenso durante la vida del paciente	1
Presente		
Leve	definitivamente experimentado, por lo menos tres veces en total (generalmente con mayor frecuencia), pero en ocasiones irregulares; el síntoma no constituye un problema grave o una fuente de estrés para el paciente	2
Moderado	el síntoma está presente diariamente o por extensos periodos (ej. por lo menos diariamente en una semana, dos veces al año) o con frecuencia pero esporádicamente durante por lo menos 12 meses (puede constituir un problema o una fuente de estrés)	3
Severo	casí constantemente presente (ej. diariamente durante las 2 últimas semanas); típicamente estresante, fuente de sufrimiento y disfunción	4
No clasificable	falta información que permita hacer una valoración	en blanco

Nivel de presencia	Puntaje	Presente ahora ej. 2 semanas	Asociado con consumo de drogas	Factores provocadores específicos	Elaboración psicótica
Ausencia					
Presencia cuestionable					
Leve					
Moderado					
Severo					

Apéndice B

LISTA DE ÍTEMES EASE

- | | | | |
|--------|--|--------|--|
| 1 | Cognición y flujo de conciencia | 2.4.2 | Subtipo 2: distancia respecto del mundo |
| 1.1 | Interferencia del pensamiento | 2.4.3 | Subtipo 3: como en subtipo 2 más desrealización |
| 1.2 | Pérdida de la ipseidad del pensamiento (“Gedankenenteignung”) | 2.5 | Desrealización |
| 1.3. | Pensamiento forzado | 2.5.1 | Subtipo 1: desrealización fluida global |
| 1.4. | Bloqueo del pensamiento | 2.5.2 | Subtipo 2: desrealización intrusiva |
| 1.4.1 | Subtipo 1: bloqueo | 2.6 | Hiperreflectividad; reflectividad aumentada |
| 1.4.2 | Subtipo 2: desvanecimiento | 2.7 | Yo- escindido (“Ich-Spaltung”) |
| 1.4.3 | Subtipo 3: combinación | 2.7.1 | Subtipo 1: sospecha de yo-escindido |
| 1.5. | Eco silencioso del pensamiento | 2.7.2 | Subtipo 2: experiencia “como si” |
| 1.6 | Rumiaciones-obsesiones | 2.7.3 | Subtipo 3: experiencia espacializada concreta |
| 1.6.1 | Subtipo 1: rumiaciones primarias | 2.7.4 | Subtipo 4: elaboración delirante |
| 1.6.2 | Subtipo 2: rumiaciones secundarias | 2.8 | Despersonalización disociativa (experiencia de estar fuera del cuerpo) |
| 1.6.3 | Subtipo 3: obsesiones verdaderas | 2.8.1 | Subtipo 1: fenómeno “como si” |
| 1.6.4 | Subtipo 4: pseudoobsesiones | 2.8.2 | Subtipo 2: alucinación visual disociativa |
| 1.6.5 | Subtipo 5: rituales/compulsiones | 2.9 | Confusión de la identidad |
| 1.7 | Pensamiento sonoro | 2.10 | Sentido de cambio en relación con edad cronológica |
| 1.7.1 | Subtipo 1: interno | 2.11 | Sentido de cambio en relación con el género |
| 1.7.2 | Subtipo 2: equivalentes | 2.11.1 | Subtipo 1: temor ocasional de ser homosexual |
| 1.7.3 | Subtipo 3: interno como síntoma de primer orden | 2.11.2 | Subtipo 2: sensación como si fuera del sexo opuesto |
| 1.7.4 | Subtipo 4: externo | 2.12 | Pérdida sentido común/perplejidad/evidencia natural |
| 1.8 | Espacialización de la experiencia | 2.13 | Ansiedad |
| 1.9 | Ambivalencia | 2.13.1 | Subtipo 1: ataques de pánico con síntomas vegetativos |
| 1.10 | Incapacidad para discriminar modalidades de intencionalidad | 2.13.2 | Subtipo 2: ansiedad psíquica |
| 1.11 | Perturbación de la iniciativa/ intencionalidad del pensamiento | 2.13.3 | Subtipo 3: ansiedad fóbica |
| 1.12 | Perturbaciones de la atención | 2.13.4 | Subtipo 4: ansiedad social |
| 1.12.1 | Subtipo 1: cautivación por detalles | 2.13.5 | Subtipo 5: ansiedad generalizada difusa y flotante |
| 1.12.2 | Subtipo 2: inhabilidad para dividir la atención | 2.13.6 | Subtipo 6: ansiedad paranoide |
| 1.13 | Trastorno de la memoria a corto plazo | 2.14 | Ansiedad ontológica |
| 1.14 | Perturbación de la experiencia del tiempo | 2.15 | Disminución de la transparencia de la conciencia |
| 1.14.1 | Subtipo 1: perturbación del tiempo subjetivo | 2.16 | Disminución de la iniciativa |
| 1.14.2 | Subtipo 2: perturbación del tiempo existencial (temporalidad) | 2.17 | Hipohedonia |
| 1.15 | Discontinuidad de la conciencia de la propia acción | 2.18 | Disminución de la vitalidad |
| 1.16 | Discordancia entre expresión y expresado | 2.18.1 | Subtipo 1: tipo estado |
| 1.17 | Perturbación de la función lenguaje expresivo | 2.18.2 | Subtipo 2: tipo rasgo |
| <hr/> | | | |
| 2. | Autoconciencia y presencia | 3. | Experiencias corporales |
| 2.1 | Sentido disminuido del <i>self</i> básico | 3.1 | Cambio morfológico |
| 2.1.1 | Subtipo 1: comienzo en la infancia | 3.1.1 | Subtipo 1: sensación de cambio |
| 2.1.2 | Subtipo 2: comienzo en la adolescencia | 3.1.2 | Subtipo 2: percepción de cambio |
| 2.2 | Perturbación perspectiva en primera-persona | 3.2 | Fenómenos especulares |
| 2.2.1 | Subtipo 1: mismidad/subjetividad | 3.2.1 | Subtipo 1: buscar cambios |
| 2.2.2 | Subtipo 2: distancia experiencial (automonitoreo) | 3.2.2 | Subtipo 2: percepción de cambio |
| 2.2.3 | Subtipo 3: espacialización del <i>self</i> | 3.2.3 | Subtipo 3: otros fenómenos |
| 2.3 | Despersonalización psíquica (autoalienación) | 3.3 | Despersonalización somática (extrañamiento del cuerpo) |
| 2.3.1 | Subtipo 1: despersonalización melancoliforme | 3.4 | Desencaje y escisión psicofísicos |
| 2.3.2 | Subtipo 2: despersonalización sin especificar | 3.5 | Desintegración corporal |
| 2.4 | Presencia disminuida | 3.6 | Espacialización (objetivación) de experiencias corporales |
| 2.4.1 | Subtipo 1: no ser afectado | | |

-
- | | | | |
|-------|---|-----|--|
| 3.7 | Experiencias cenestésicas | 5. | Reorientación existencial |
| 3.8 | Perturbaciones motoras | 5.1 | Fenómeno de autorreferencia primaria |
| 3.8.1 | Subtipo 1: pseudo-movimientos del cuerpo | 5.2 | Sensación de centralidad |
| 3.8.2 | Subtipo 2: interferencia motora | 5.3 | Sensación como si el campo experiencial del sujeto es la única realidad existente |
| 3.8.3 | Subtipo 3: bloqueo motor | 5.4 | Sensaciones "como si" de poseer un extraordinario poder creativo, un extraordinario <i>insight</i> de las dimensiones ocultas de la realidad, o un extraordinario <i>insight</i> de la propia mente o de la mente de los otros |
| 3.8.4 | Subtipo 4: sensación de paresía motora | 5.5 | Sensación "como si" de que el mundo vivido no es verdaderamente real, que existe, como si fuera de algún modo aparente, ilusorio o engañoso |
| 3.8.5 | Subtipo 5: desautomatización del movimiento | 5.6 | Ideas mágicas enlazadas con el modo subjetivo de la experiencia |
| 3.9 | Experiencia mimética (resonancia entre el propio movimiento y el movimiento de los otros) | 5.7 | Cambio existencial o intelectual |
-
- | | | | |
|-------|--|-----|-------------------------|
| 4. | Demarcación/transitivismo | 5.8 | Grandiosidad solipsista |
| 4.1 | Confusión con el otro | | |
| 4.2 | Confusión con la propia imagen especular | | |
| 4.3 | Contacto corporal amenazante | | |
| 4.3.1 | Subtipo 1: sensación desagradable, ansiedad | | |
| 4.3.2 | Subtipo 2: sensación de desaparición, aniquilación | | |
| 4.4 | Pasividad del humor ("Beeinflussungsstimmung") | | |
| 4.5 | Otros fenómenos transitivos | | |
-

Apéndice C

COMPARACIÓN EASE/BSABS

EASE		BSABS
1.1	Interferencia del pensamiento	C.1.1
1.3.	Pensamiento forzado	C.1.3
1.4.	Bloqueo del pensamiento	C.1.4
1.6.1	Rumiaciones primarias	C.1.2 (parcial)
1.6.2	Rumiaciones secundarias	C.1.2 (parcial)
1.6.3	Obsesiones verdaderas	B.3.2 (parcial)
1.6.4	Pseudoobsesiones	B.3.2 (parcial)
1.6.5	Rituales/compulsiones	B.3.2 (parcial)
1.9	Ambivalencia	A.5
1.10	Incapacidad discriminar modalidades de intencionalidad	C.1.15/A.6.2 (parcial)
1.11	Perturbación iniciativa/ intencionalidad del pensamiento	C.1.13
1.12.1	Cautivación por detalles	C.2.9
1.12.2	Inhabilidad para dividir la atención	A.8.4
1.13	Trastorno de la memoria a corto plazo	C.1.9
1.15	Discontinuidad conciencia de la propia acción	C.2.10
1.16	Discordancia entre expresión y expresado	A.7.2
1.17	Perturbación función lenguaje expresivo	C.1.7
2.2.2	Distancia experiencial	B.3.4 (parcial)
2.3.2	Despersonalización sin especificar	B.3.4 (parcial)
2.4.1	No ser afectado	A.6.3 (parcial)
2.5.1	Desrealización fluida global	C.2.11
2.5.2	Desrealización intrusiva	C.2.11
2.6	Hiperreflectividad; reflectividad aumentada	B.3.1
2.13.2	Ansiedad psíquica	D.15 (parcial)
2.13.3	Ansiedad fóbica	B.3.3
2.16	Disminución de la iniciativa	A.4
2.17	Hipohedonia	A.6.3 (parcial)
2.18.1	Disminución de la vitalidad tipo estado	A.3.1 (parcial)
2.18.2	Disminución de la vitalidad tipo rasgo	A.3.1 (parcial)
3.1.1	Cambio morfológico, sensación de cambio	D.9
3.2.2	Fenómenos especulares, percepción de cambio	C.2.3.6 (parcial)
3.3	Despersonalización somática	D.1.1
3.7	Experiencias cenestésicas	D.1; D.3-9; D.11-14
3.8.1	Pseudomovimientos del cuerpo	D.10
3.8.2	Interferencia motora	C.3.1
3.8.3	Bloqueo motor	C.3.2
3.8.4	Sensación de paresía motora	D.2
3.8.5	Desautomatización del movimiento	C.3.3
3.9	Experiencia mimética	C.2.3.7
5.1	Fenómeno de autorreferencia primaria	

A beneficio de la exhaustividad, debe notarse que hay ciertos traslapes naturales entre los ítems EASE y BSABS; no obstante, las definiciones no necesitan ser exactamente idénticas. En general, los ítems EASE se describen con detalle más de tipo fenomenológico. Con el propósito de comparación, se presentan las listas de ítems de ambas escalas. Esto permite evaluar las semejanzas entre los estudios usando diversos instrumentos.

FORO-PANEL

EL PODER DEL LENGUAJE Y EL LENGUAJE DEL PODER EN CONTEXTOS EDUCACIONALES

(Rev GPU 2011; 7; 4: 468-479)

Eduardo Llanos¹

Quisiera hacer dos aclaraciones preliminares. La primera es que, si bien me atenderé al temario ya acordado –*el poder del lenguaje y el lenguaje del poder en contextos educacionales*–, creo que son tantas sus raíces y tan numerosas sus ramificaciones, que abordarlo requeriría una jornada completa y muchas ponencias. En mi caso, lo enfocaré mediante una combinación de testimonio, de reporte empírico y de reflexión desde la práctica docente, a partir de mis disciplinas de origen, es decir, la psicología y la literatura.

La segunda aclaración tiene que ver con algo que conversábamos con los otros ponentes hace unos minutos durante el descanso; me refiero a las enormes potencialidades del cine para motivar y propiciar aprendizajes y metaaprendizajes significativos. Ocurre que he desarrollado un modelo de trabajo –que distingue seis dimensiones de análisis y seis niveles de comprensión–, del que me gustaría contarles algo, porque ha resultado fructífero y quizás pueda servir a alguno de los presentes. Pero como se trata de un agregado de última hora, me concentraré en el tema principal y sólo al final me referiré en cinco minutos al aprovechamiento educacional del cine.

I

Entrando en materia, digamos que es casi un lugar común lamentar el enorme déficit en el desarrollo lingüís-

tico de nuestra población juvenil; pero, por desgracia, diversos datos e indicios acreditan que ese diagnóstico no es simple alarmismo. Para empezar, están las investigaciones internacionales acerca de la comprensión lectora, cuyos resultados permiten una visión comparativa. Por pavoroso que parezca, esos estudios indican que el 80% de la población chilena no comprende lo que lee; es decir, sólo alcanza los niveles primero o segundo, que son los más elementales: quienes están en esos rangos quizás no puedan preparar una mamadera para un bebé a partir de una receta escrita, ni hacer funcionar un electrodoméstico siguiendo un instructivo básico.

Y hay todavía otros datos adicionales, que suelen pasar inadvertidos. Por ejemplo, los dos mejores niveles –es decir, aquellos compatibles con los estudios superiores– sólo son alcanzados por el 2% de nuestra población; sin embargo, un 8% de las personas evaluadas tenía “estudios universitarios”. Eso indicaría que apenas la cuarta parte de quienes estudian en la universidad está en condiciones de lograr una comprensión propiamente universitaria y/o profesional como para obtener real provecho de las aulas. Para decirlo más “poéticamente”, *tres cuartas partes de los investigados pasaron por la universidad, pero la universidad no pasó por ellos.*

Por si fuera poco, hay otra investigación según la cual los gerentes chilenos tienen menos comprensión lectora que los obreros alemanes y escandinavos.

¹ Universidad Diego Portales.

Lo más grave de todos esos datos son ciertas implicaciones, que por desgracia no hemos meditado lo suficiente. Una consecuencia relevante es la siguiente: *si no lee, la persona no amplía ni profundiza el vocabulario activo, de modo que difícilmente desarrollará las capacidades verbo-simbólicas más propiamente humanas*. En suma, no diversificará su conceptualización, no accederá a la abstracción y tampoco podrá sostener una comunicación rica y matizada. A su vez, la comunicación fluida y flexible constituye ni más ni menos que la base tanto del desarrollo cognitivo como de la salud mental.

Y es que, en gran medida, los humanos conceptualizamos e interactuamos gracias al lenguaje, no a pesar de él: las palabras son nuestro gran trampolín hacia la abstracción y la convivencia. Desde luego, sin ellas no cabe soñar –ni hacer soñar a otros– en un salto cualitativo ni en educación ni en calidad de vida. Y no hace falta aclarar que si no logramos mejoramientos en esos planos, habremos cortado irremisiblemente el puente hacia un desarrollo sustentable.

Como se puede apreciar, estamos ante un círculo vicioso bastante dramático. Para detenerlo es indispensable captarlo de cerca, porque sólo así sentiremos motivación suficiente para enmendar el rumbo de las políticas educacionales. Y eso no vale sólo para nosotros, sino para cualquiera que vaya a tomar medidas, no importa en qué nivel lo haga o lo intente. De seguro, las autoridades y las cúpulas –directivas y educacionales– tienen información sobre los déficits del país; pero captarlos en terreno (“desde el lugar de los hechos”) da una comprensión más cercana. Pues una cosa es *deter* un círculo vicioso y otra muy distinta es *revertirlo hasta transformarlo en círculo virtuoso*.

Intentemos entonces comprender cómo se produce el ciclo y cómo se vicia. En la práctica docente uno nota que alguien con un lenguaje insuficiente alcanza una comprensión lectora también insuficiente, ya que en esto no hay milagros. Ahora bien, quien lee sin comprender y percibe que su esfuerzo es vano –es decir, quien *comprende que no comprende*–, suele terminar frustrándose y perdiendo motivación para seguir leyendo. Finalmente, *al no leer, la persona desecha el único salvavidas que podía rescatarla del remolino*. Porque así como los males de la democracia se superan con más y mejor democracia, también las dificultades de la lectura se solucionan con más y mejor lectura.

Aclaro que no me mueve un ánimo alarmista, pero me siento en el deber de recordar lo que diversas investigaciones muestran inequívocamente: para alcanzar una comprensión siquiera mediana de un texto de dificultad también mediana (digamos un escrito descriptivo o narrativo), se necesitan *unas veinte mil palabras*

de vocabulario pasivo, pues de lo contrario la lectura se va entrecortando y se pierde el interés (y, por cierto, ni hablar del famoso “placer del texto”, esa consigna de Barthes que en el Chile de hoy resultaría ilusa). Añadamos que para textos más complejos, como los argumentativos o de teoría abstracta, *se requiere dominar un vocabulario pasivo de cincuenta mil palabras, y hay quienes plantean que en realidad se necesitan cien mil*. Se ve a las claras que estamos lejos –y muy lejos– de los estándares internacionales.

Probablemente ustedes se han enterado de otra investigación, hecha sobre muestras de jóvenes rioplatenses y chilenos, que descubrió que a esa edad los chilenos manejan un vocabulario activo de 750 palabras, mientras en Buenos Aires o Montevideo los jóvenes se manejan con 2.500, y me parece que en Europa la cifra se eleva a 5000.

Una vez más, hay que salir al paso de una lectura ingenua de estos datos: lo que ocurre con nuestros jóvenes no es meramente que no logren ser elocuentes o que sean demasiado lacónicos. Formularlo de ese modo sólo agravaría las dificultades y sería trivializar el problema. Por supuesto, la precariedad verbal provoca un habla entrecortada y penosamente lenta o reiterativa; sin embargo, lo realmente triste es que, por encima de todo eso, *la pobreza del lenguaje determina también una pobreza del pensamiento y del psiquismo como globalidad*.

Y en un ambiente de confusión y sonambulismo generalizado, no debería extrañarnos que la farándula y los “opinólogos” seduzcan a audiencias cada vez más masivas. Debido a ese esmog cognitivo que envuelve a nuestra cultura, las creencias infundadas cuentan tanto como los conocimientos serios, las opiniones valen lo mismo que los argumentos y las discusiones razonadas equivalen a debilidad, pues para muchos lo “corajudo” sería arrostrar los desacuerdos lanzando puñetazos, cuchilladas o balazos.

Por ahí asoma una consecuencia más de fondo todavía: junto con afectar los procesos cognitivos de la población, *la precariedad lingüística afecta también la convivencia social, porque el lenguaje es el último refugio de la gregaredad humana*. Ser ciudadano y ejercer como tal presupone compartir ciertas reglas y ciertos códigos intersubjetivos, y eso es indisoluble del lenguaje. Al fin y al cabo, quien ni siquiera se da la molestia de averiguar lo que la mayoría siempre entendió por tal o cual palabra, ¿por qué habría de interesarse en empatizar con los otros o siquiera en respetarles sus derechos?

Los que operamos en las aulas sabemos que la situación es así de sombría. La indolencia, el individualismo y el inmediateísmo campean sin gran contrapeso.

Desde luego, todos hemos notado que para muchos jóvenes el uso del lenguaje puede ser muy caprichoso; sólo que eso no nos inquieta mayormente ni nos inspira acciones o medidas concretas. Por ejemplo, corrigiendo pruebas o trabajos de los estudiantes, cualquier docente capta que confunden palabras de sonido similar (como *eminente / inminente, imputar / amputar, suspicaz / perspicaz*), y también que usan indistintamente términos afines, pero desentendiéndose de las diferencias justamente cuando más importan los matices. Así, asumen erróneamente que son sinónimos plenos *tener y poseer, dar y otorgar, hacer, efectuar y realizar, agresividad y violencia*, etc. Pues bien, si uno les hace notar que no incurrieron meramente en un “error de forma” o en una “impropiedad semántica”, sino que terminaron comprometiendo la adecuación conceptual, muchos alegan: “Pero es que yo uso así esa palabra”; o bien arguyen: “Es que para mí significa eso”.

No parecen comprender –y quizás nosotros tampoco les ayudamos a comprender– que aducir una semántica personal podría a lo sumo *explicar* los errores de escritura, pero jamás *justificarlos*. A veces les pregunto si de veras creen que es un argumento válido invocar una semántica individual, y qué imaginan que ocurriría si en la vida normal todos nos sintiéramos con el derecho de asociar las palabras a significados personales, prescindiendo de las acepciones compartidas. “Pensemos –les propongo– qué pasaría si cada uno asumiera que *arrendar* es lo mismo que *comprar*, *pagar* es sinónimo de *cobrar*, *permitir* equivale a *prohibir*, *aprobar* es idéntico a *reprobar*, *aprender* da lo mismo que *memorizar*, *crear* coincide con *plagiar*, etc. ¿Serían viables las transacciones económicas, los grandes acuerdos, los programas de gobierno, la educación, la propia cultura? ¿Podríamos acaso cultivar el amor o la amistad? ¿Podría funcionar siquiera el almacén de la esquina?

Induciendo reflexiones de ese tipo procuro que comprendan que el subjetivismo verbal originaría no sólo un malentendido crónico y generalizado, sino también un caos político y económico. Desde luego, no hemos llegado aún a una situación tan extrema. Nuestros jueces todavía distinguen entre *falta* y *delito*, *engaño* y *mentira*, *dolo* y *fraude*, *hurto* y *robo*, *timo* y *estafa*. Pero nuestros políticos y nuestros periodistas no siempre manejan bien distinciones elementales, como la dupla *legalidad / legitimidad* o incluso *creer / saber*. Por supuesto, muchas palabras tienen similitudes semánticas innegables, *pero esas similitudes invitan a la distinción, no a la confusión*.

En esa línea quisiera compartir algo que he venido practicando desde hace unos veinte o veinticinco años. Se trata de proponer ejercicios breves y elementales

de semántica “silvestre”, pero razonada; una diversión espontánea y colectiva que se hace en la sala de clases. Precisamente porque me aterran las implicancias sociocognitivas de la precariedad verbal y conceptual, entrego al inicio de mis cursos –enseño básicamente psicología, pero a veces también literatura– un listado de *errores comunes* en la escritura y otro listado de *distinciones relevantes* que están en la base del entendimiento común. He traído aquí algunos ejemplos para alumnos de psicología, pero que valen también en cualquier ámbito: ¿Son lo mismo *introvertido, retraído, callado, parco, reticente, tímido, poco comunicativo*? ¿Equivalen *avaro, tacaño, mezquino, cicatero*? ¿En qué se distinguen *narcisista, egocéntrico, egoísta, ególatra, individualista*? ¿Qué tan afines son *ambicioso y codicioso, inteligencia y lucidez, imaginación y fantasía, creatividad y originalidad, orgullo y vanidad*? Por otro lado, a veces les pido que hagan distinciones incluso más primarias, como la dupla *deseo / necesidad*, que se confunde tan a menudo y con resultados tan lamentables. Por ejemplo, a veces uno *desea* chocolate, mayonesa o cigarrillos, pero rara vez los *necesita*; en algunos conflictos una parte *desea* liquidar o humillar a la contraparte, pero no *necesita* hacerlo (y de seguro todos *necesitamos* aprender a resolver conflictos de modo razonable y justo, aunque no lo deseemos).

Por supuesto, mientras más natural resulte el contexto en que uno introduce la distinción, más interés despierta. Por ejemplo, recuerdo un par de ocasiones, mientras comentábamos la película iraní *Niños del Cielo* y luego la brasileña *Estación Central* –ambas muy recomendables–, les preguntaba si suscribirían lo que ciertos personajes decían a propósito del protagonista de cada una de esas películas. En los dos casos había al menos algún personaje que en determinada escena decía que el niño protagonista era “obstinado”, “testarudo” o “porfiado”; sin embargo, observando mejor las conductas y las actitudes de esos niños, uno podía recurrir a otros vocablos para describirlos. Les mostraba entonces que no es una diferencia ‘formal’ caracterizar a esos niños como “tenaces” o “perseverantes”, porque esos últimos conceptos se ajustaban mejor a lo observable y por lo tanto facilitaban una comprensión más precisa de esos protagonistas. Por cierto, en otros casos cabría hablar no ya de simple porfía, sino de “contumacia” o “empecinamiento”, etcétera.

Lo que trato de compartir con ustedes es que, en primer lugar, los alumnos empiezan a interesarse en matices semánticos cuando los aterrizamos en contextos pragmáticos, pasando desde el significado abstracto de las expresiones al efecto que ellas podrían provocar en los receptores.

En segundo lugar, me parece relevante destacar el *procedimiento* usado para promover el aprendizaje: en estos casos, mientras abordamos distinciones aparentemente tan sencillas, los estudiantes participan activamente y al mismo tiempo logran aprendizajes significativos. Por ejemplo, descubren que los significados son sumamente variables, pero no al extremo de ser caprichosos. Cuando Saussure definía al signo lingüístico por su naturaleza “arbitraria”, lo que subrayaba era la *convencionalidad* de las palabras, porque pese a las *connotaciones* subjetivas que cada cual asocia a un vocablo, subsiste y prevalece un núcleo de *denotaciones* objetivas o al menos intersubjetivas.

Así, mientras descubren que las palabras son el resultado de acuerdos tácitos de innumerables generaciones que necesitaban contar con ellas como medios sencillos para referirse a algo (concreto como una cosa o abstracto como un concepto), los estudiantes comprenden que, sin referencias ni referentes socialmente compartidos, el fantasma de la incompreensión asoma por todas partes, haciendo inviable la convivencia y la civilización misma.

Por último, los alumnos también empiezan a captar que el diccionario sólo resuelve una parte de nuestras discusiones, porque a menudo no ofrece definiciones precisas de cada vocablo. Y esto me lleva a otro asunto: el uso ingenuo de los diccionarios de sinónimos e ideas afines. Creer que uno puede consultarlos para sustituir una expresión por otra es un error muy frecuente. En rigor, la mayoría de esos diccionarios sólo ofrece listados acumulativos, sin mayores explicaciones. Por supuesto, hay algunos *diccionarios razonados* de sinónimos e ideas afines, pero en su mayor parte datan del siglo XIX y no se los reedita ni mucho menos se los actualiza (pienso en José Joaquín de Mora, López de la Huerta, Roque Barcia); en cambio, en países como Francia, un mismo sello (por ejemplo Larousse) puede tener tres o cuatro diccionarios razonados de sinónimos e ideas afines, todos los cuales explican las diferencias de significado mediante ejemplos y comparaciones.

Ahora bien, si no se dispone de un buen diccionario explicativo y comparativo, las distinciones entre ideas afines o falsos sinónimos pueden intentarse mediante un procedimiento alternativo: el de imaginar enunciados comunes en la vida cotidiana. Por ejemplo, a veces enfrente a los estudiantes a preguntas como la siguiente: “¿Es lo mismo ‘contestar’ y ‘responder’?” En la mayor parte de los casos responden Sí. Les pido entonces que exploremos juntos algunas situaciones y enunciados concretos para ver si se pueden conmutar ambas palabras. Por ejemplo: “Me llamaron, y *respondí*” equivale a “Me llamaron, y *contesté*”. En casos como ése

se podrían usar indistintamente los dos verbos. Pero luego voy pidiéndoles que busquen nuevas situaciones y que verifiquen si los vocablos que estamos comparando son intercambiables en todas ellas. Cuando la diferencia no surge espontáneamente, yo mismo me encargo de poner algún ejemplo que facilite la toma de conciencia semántico-pragmática y los conduzca a una distinción más fina. Por ejemplo, “Mi hijo quebró el vidrio del vecino; yo *respondo* por él”, constituye un enunciado perfectamente aceptable, pero no resulta conmutable por “Mi hijo quebró el vidrio del vecino; yo *contesto* por él”. Definitivamente, ambas oraciones no denotan lo mismo, porque en el primer caso *responder* alude a asumir un compromiso, idea que está ausente en el segundo (de hecho, es distinto ser *responsable* que ser *contestatario*). O bien decimos que un músculo *responde* al estímulo, pero no que *contesta*, etcétera.

En fin, lo que quiero recalcar es que, razonando sobre la base de ejemplos, los alumnos desarrollan la conciencia semántica y se motivan para adquirir una mayor precisión. Al mismo tiempo, cultivan el raciocinio y descubren que la inteligencia se ejerce si se ejercita; de paso, descubren que el entrenamiento es más entretenido y fructífero si se hace en grupo. Por esas vías uno puede ir mostrando la conveniencia y aun la necesidad de mantenerse más alerta a la semántica de la vida cotidiana.

Otra consecuencia virtuosa es que empiezan a hacerse amigos del diccionario. Éste es un logro colateral, pero nada menor, ya que hasta en la universidad la consulta del diccionario es infrecuente. Por ejemplo, cada disciplina cuenta con diversos diccionarios temáticos o disciplinares, pero incluso los académicos prescinden de ellos. Sólo en castellano hay, digamos, unos treinta diccionarios de psicología útiles, otros cincuenta de filosofía, veinte o treinta de lingüística, veinte o más de antropología y arqueología, etc. Confieso que a mí me gustan mucho, porque me deparan gratas sorpresas. Por ejemplo, hojeando un diccionario de física, me capturó la distinción entre *plasticidad* y *elasticidad*, que hasta entonces yo no había pensado (y todavía me pregunto por qué hablamos de *artes plásticas* para referirnos a algunas disciplinas que trabajan con materiales rígidos, sin *plasticidad*). Después descubrí que en física existe otro término afín: la *resiliencia*, que se refiere a la capacidad de ciertos materiales para soportar el trato duro o abrasivo, manteniendo la forma original o recuperándola rápidamente. Ocurre que la psicología tomó en préstamo ese término para aludir metafóricamente a la capacidad de ciertas personas de soportar las adversidades y aprender e incluso fortalecerse a partir de ellas.

Por esa vía yo les mostraba a los alumnos, e intento mostrar a los colegas, la necesidad imperiosa de trabajar en los cimientos. En términos analógicos, diría lo siguiente: a nadie se le ocurriría que un pintor pudiera desarrollarse como tal si carece de colores, ya sea porque es ciego o porque vive en el claroscuro; tampoco se nos ocurre que alguien pueda ser un buen dibujante si no parte de las líneas, de los trazos. Pues bien, *no es posible pensar sin conceptos, y los conceptos están dados por el lenguaje*. Pensar equivale a componer una partitura en el pentagrama del lenguaje, usando las palabras como notas y articulándolas en una secuencia. Y nadie progresa como músico sobre un piano de sólo tres o cuatro teclas.

Pero incluso esa metáfora es incompleta, porque el lenguaje rebasa con mucho el simple “teclado” o vocabulario. Todo lenguaje es bastante más que el mero repertorio de palabras. También cuenta con *reglas* de combinación, o sea una sintaxis y una gramática —a menudo implícita— que determinan lo pensable. Por tanto, al tratar con descuido a las palabras, de un modo o de otro estamos también aporreando el pensamiento. Así lo prueban a diario los titulares de los periódicos y las noticias de televisión, donde son muy comunes noticias como éstas: “Hubo un atraco millonario en tal o cual lugar y el ladrón no logró ser aprehendido”. Una vez más, les pregunto a los alumnos qué paradoja es esa, pues si el periodista afirma que el ladrón “no logró ser aprehendido”, deja entender que, después de robar, ese ladrón intentó que lo aprehendieran, puesto que para lograr algo es requisito intentarlo. En otras palabras, estos medios nos cuentan que el delincuente robó y luego intentó hacerse aprehender, pero ni siquiera lo consiguió. Un receptor despierto debería quedar perplejo o haciéndose muchas preguntas. ¿Se trataba de un delincuente paradójico? ¿Se arrepintió del robo? ¿Y qué pasó con los afectados, con el público y con la policía: por qué no “accedieron” a tomarlo preso?

Y hay noticias aun peores: “Asaltaron a bella joven —da lo mismo que sea bella o no, pero el periodismo siempre destaca ese rasgo—. Afortunadamente, no logró ser violada”. Como ven, la idea es la misma: de seguro el periodista quería reportar que el delincuente intentó violarla, pero que afortunadamente no lo consiguió; sin embargo, en realidad afirma que el intento fallido fue de ella, pues intentó hacerse violar y no lo consiguió. Si hubiera una cierta asistencia legal para esos casos y yo fuera el abogado de esa joven, procuraría compensarla cobrándole una gran millonada a esos canales de televisión y a esos diarios, porque la han ofendido doblemente: insinúan ante el país que la bella muchacha es una especie de ninfómana miste-

riosa, incapaz de motivar siquiera a un delincuente. De paso, deslizan un enigma, porque uno se pregunta qué motivos pudo tener el asaltante para declinar el ofrecimiento sexual de la joven...

Más allá de estos casos de humorismo involuntario, la indiferencia frente al lenguaje debería *preocuparnos* y *ocuparnos*. Parafraseando un poco a Ezra Pound —gran poeta y gran crítico, pero muy mal ideólogo—, digamos que un país sin lenguaje no puede tener buenas leyes, ya que no se puede legislar sin palabras. A su vez, un país sin buenas leyes no puede tener buena justicia, y quizás ni siquiera pueda concebirla. Por cierto, un país sin justicia es un país sin paz social, y un país sin paz social es un país invivable e inviable; a lo sumo es un territorio, pero no una patria. Nuestra primera patria sería entonces el lenguaje, una patria que por cierto amamos, pero que también podemos y debemos someter a una revisión descarnada e incluso apasionada.

Ahora bien, cuando la pasión entra en fricción con el lenguaje suelen surgir nuevas palabras o expresiones válidas y creativas. Sin notarlo, siempre estamos adoptando y validando con el uso expresiones que en su inicio fueron neologismos. Así, todo el mundo entiende qué es un *dantesco* incendio, aunque nadie piensa en el Dante; del mismo modo, no necesitamos haber leído directamente a Kafka para captar qué son un proceso o un sistema *kafkianos*. Y hay otros casos más impresionantes; por ejemplo, alguna vez leí que la palabra *beso* no existiría sin Catulo, pues fue él quien la introdujo al latín.

La literatura cumpliría entonces una función renovadora de la lengua. Quisiera poner este énfasis porque la pedagogía tiene que abordar la cara y el sello de este asunto. Por un lado, cada docente debe apuntar al objetivo menos grato y más convergente: conseguir que los estudiantes entiendan que el lenguaje es un terreno compartido, una cancha rayada donde operan reglas ya establecidas y que no cabe ignorarlas gratuitamente. Por otro lado, y al mismo tiempo, el docente debe lograr que los alumnos reciban cada día y en cada clase una invitación para innovar de modo convincente. Y es que, si se imponen ciertos vocablos, si llegan a prevalecer ciertos usos o algunas reglas nuevas, es porque esas innovaciones terminaron convenciendo por su mayor eficacia o por su mayor expresividad. Así que una tarea muy relevante de la educación consiste en mostrar simultáneamente estos dos aspectos de la tarea pendiente que tenemos todos con el lenguaje: *aprender a hablar y escribir “correctamente” y también “creativamente”; aprender a expresarnos en sintonía con el colectivo y, al mismo tiempo, con lealtad a nuestra condición de individuos únicos e irrepetibles*.

Y con esto quisiera hilvanar otra reflexión. Creo que el desarrollo de la conciencia lingüística, metalingüística y pragmalingüística, constituye una labor transversal y por tanto no es una tarea exclusiva del profesor de castellano. No comprender la necesidad de un trabajo mancomunado y sinérgico equivale a hipotecar nuestra educación. Así como no esperamos que la capacidad de abstracción la desarrolle sólo el profesor de matemáticas, porque es tarea de todos, y así como tampoco esperamos que la profundidad del pensamiento la fomente sólo el profesor de filosofía, asimismo debemos asumir que la enseñanza convergente y divergente del lenguaje es una misión compartida. Cultivar el pensamiento y fomentar la imaginación son dos caras de una misma moneda, verso y reverso de una misma *paideia*. Se trata de objetivos pedagógicos y también andragógicos. Los especialistas deben tener mayor protagonismo en esas tareas, pero jamás un rol exclusivo ni excluyente.

II

Quisiera ahora reflexionar acerca de las potencialidades del cine y su aprovechamiento por parte de los educadores.

Por años vengo trabajando y elaborando un modelo y una práctica docente –que finalmente se ha transformado también en una práctica de investigación–, que consiste en visionar una película apreciándola con la mejor atención posible y estimulando después la argumentación y el aprendizaje cooperativo. Para orientar ese trabajo, propongo a los alumnos explorar seis dimensiones. Las tres primeras requieren observar y reflexionar acerca de los personajes, distinguiendo las dinámicas *interpersonales*, los procesos *intrapersonales* (que no son observables, pero sí inferibles o al menos conjeturables) y las dinámicas *transpersonales* (ya que ciertos personajes experimentan transformaciones o adoptan alguna posición ético-existencial, trascendiendo así su nivel de *ser*).

Junto a esas tres dimensiones o planos (*interpersonal*, *intrapersonal* y *transpersonal*), propongo explorar también otras tres, que me parecen al menos tan relevantes como las primeras y que requieren hacerse cargo de la película como obra de arte (es decir, privilegiando lo filmico por sobre lo cinematográfico). En primer lugar, está la dimensión *ideológica* –y a veces *contraideológica*–, cuya exploración demanda a los alumnos ser más críticos, ya que mayoritariamente las películas –y de seguro esta misma ponencia– operan con presuposiciones ideológicas que casi siempre pasan inadvertidas. Luego está la dimensión *simbólica*, que requiere ir haciéndose más sensible a la significación y, de paso,

ir interiorizando una mirada sistémica, pues los símbolos adquieren significados diversos según el contexto en que aparecen. Por ejemplo, en tal o cual película se muestra un árbol, o una nube o simplemente agua; pero ese árbol no es sólo un árbol, la nube no es sólo una nube pasajera ni el agua es meramente agua; también pueden trasuntar metafóricamente algún rasgo de cierto personaje o de la situación, etc. Como los símbolos suelen ser múltiples y muy polisémicos, los alumnos van desarrollando esa sensibilidad sistémica a lo largo del semestre. Finalmente, hay una última dimensión relativa a la estética fílmica, que nos interpela para que nos tornemos más perceptivos respecto a cuán convincentes son los guiones, las actuaciones, los diálogos, qué tan acertados son los efectos especiales, los acompañamientos musicales, las locaciones...

A esas seis *dimensiones* (interpersonal, intrapersonal, transpersonal, ideológica, simbólica y estética), he agregado últimamente seis *niveles* de comprensión. Comencé a distinguir estos niveles a partir de los cuatro grados de interpretación que propuso el Dante (literal, alegórico, moral y místico), y traté de enriquecerlos con los niveles de comprensión postulados por las investigaciones pedagógicas y cognitivas sobre la lectura, más los seis niveles de productos intelectuales propuestos por Guilford y los cuatro grados de apropiación introducidos por Gardner y Perkins en su propuesta de una enseñanza para la comprensión. Así, aprovechando, sintetizando y adaptando éstas y otras propuestas previas, elaboré una jerarquía de seis niveles de comprensión del film, que por cierto se pueden extrapolar sin mayores dificultades a la lectura.

–Un primer nivel es la lectura *descriptiva*, que se alcanza cuando los alumnos logran contar la película describiendo lo que pasó; es decir, *quién hizo qué a quién, cuándo, cómo, dónde, para qué y con qué resultados*.

–Un segundo nivel es la *lectura inferencial*, que supone hacerse cargo de aquello que la película no muestra, pero que es posible inferir o colegir.

–Un tercer nivel es la *lectura interpretativa*, en que intentamos profundizar nuestra comprensión yendo más allá de lo inferible, pero asumiendo que nuestras hipótesis o nuestras conjeturas son falibles; es decir, procurando que los estudiantes pierdan el miedo a interpretar –puesto que vivimos interpretando–, pero que al mismo tiempo descubran y refinan una cierta ética de la interpretación, pues nadie tiene derecho a atribuir intenciones ni significados arbitrariamente o por el solo placer de sentirse perspicaz. Como futuros psicólogos, cientistas sociales o profesores, ellos deben asumir que en muchos casos la obra no se completa sin una interpretación; pero también deben saber que

cada interpretación debe ser fundada, plausible e iluminadora (es decir, debe ayudarnos a comprender, jamás confundirnos).

En esos primeros tres niveles invierto a lo menos un semestre, y en el semestre siguiente me concentro en los otros tres.

–El cuarto nivel es la *valoración*, en que los alumnos ejercen el derecho a emitir juicios evaluativos sobre la película (o el libro) como globalidad o bien acerca de algún pasaje, aspecto o personaje. La idea es que se sientan con derecho a opinar valorativamente, pero luego de haber hecho el esfuerzo preliminar de alcanzar los tres niveles previos.

–Un quinto nivel es la *introspección*. Para alentarla sugiero a los alumnos que se autoexploran en relación con la película, pues una obra de arte genuina normalmente nos interpela de diversos modos, aunque no seamos conscientes de ello. Por ejemplo, puede desafiar nuestros prejuicios, enrostrarnos nuestras incongruencias o hipocresías y, por lo mismo, puede suscitar nuestras resistencias más o menos mecánicas.

–El sexto y último nivel es la *derivación creativa o heurística*. Aquí los invito a asumir la película como un puente hacia la propia creatividad o al menos hacia la imaginación. Porque, como decía Valéry, una obra del espíritu se dirige al espíritu y sólo a él. Por supuesto, se la puede emplear con otros fines, pero el más importante es la estimulación del propio espíritu.

Es todo por ahora. Muchas gracias.

PREGUNTAS DEL PÚBLICO

[Público] ¿Estamos preparados hoy los docentes para hacernos cargo de los temas, las ideologías, los miedos que se pueden transmitir a través de un film? Imagino una clase con la película “La lengua de las mariposas”, en donde no sólo se abordan temas de cómo educar o sobre qué educar, sino que se instalan temáticas de diversos ámbitos de lo humano. ¿Se puede confiar en la transmisión de saberes del docente?

[E. Llanos] Creo que sin duda hay ámbitos, en cualquier obra de arte y por supuesto en el cine, que se prestan más o que se prestan menos al ejercicio docente o al aprovechamiento docente. Pero el asunto de lo ideológico –como tema o más bien como dimensión implícita de una obra de arte– debe ser puesto de relieve, porque de lo contrario se soslaya, y cuando una ideología no resulta detectable, puede resultar más perniciosa, más antihumana. Y no me refiero a las *doctrinas explícitas*, que por último están argumentadas y que, por tanto, pueden ser discutidas racionalmente

y eventualmente refutadas; me refiero a la *ideología implícita*, que casi por definición se funda en premisas falsas, en argumentos falaces o en razonamientos defectuosos, pero convincentes, que rara vez se orientan al bien común, ya que responden a intereses parciales. De ahí que sea tan necesario estimular el pensamiento crítico y el autocrítico.

Por lo mismo, al abordar el plano ideológico, hay que poner atención en los mensajes implícitos antes que en los explícitos. Por ejemplo, en el caso de la película mencionada en la pregunta, es muy claro que en “La lengua de las mariposas” la mujer cumple roles muy secundarios, lo cual sugiere cierto machismo de la época. También es muy claro que en esa película –tal como la recuerdo– hay toda una dinámica de interculturalidad: por ejemplo, la niña en que se fija el hermano del protagonista, es de aspecto oriental, al parecer es *china*, y eso la sitúa al margen, por debajo de las otras mujeres, que ya están marginadas. En un nivel más macro, el propio pueblo está al margen, pues pertenece a Galicia, es decir, casi colindante con Portugal. Así que la dinámica centro / periferia se invierte, porque para la banda local es más fácil ir a tocar a Portugal que desplazarse a Madrid o Barcelona. También es claro –aunque mucho menos perceptible– que en esa película hay otro asunto “ideológico” que tiene que ver con nuestra relación con los animales: hay un personaje que, hastiado porque el perro de su amada le era hostil mientras hacía el amor con ella casi a campo abierto, finalmente vuelve una noche resentido de que la amada ya no lo cotice, y simplemente lo mata clavándole un palo en las fauces. La escena misma se elude, pero se ve el resultado. Pues bien, ocurre que hay una nueva corriente, la *ecocrítica*, que nos enseña precisamente a preguntarnos acerca de si el modelo de mundo que muestra la obra de arte es o no compatible con la sustentabilidad de la vida humana. Por supuesto, eso presupone una pregunta ecológica, pero también implica mostrar que muchas veces hay en juego cuestiones que están aparentemente naturalizadas y que sin embargo tienen un fundamento meramente ideológico, no racional ni justo. De hecho, es ideológica la relación que nosotros establecemos con los animales, pues nos creemos dueños de sus vidas o superiores a ellos, y asumimos que por lo tanto tenemos derecho a matarlos. O sea, lo ideológico puede llegar muy lejos y va más allá del poder meramente político, si bien lo político suele ser su centro.

Desde el punto de vista de la pregunta, lo central era si podíamos tener o no confianza en que los docentes están, en estos momentos, capacitados. Yo quisiera replantear el asunto: lo que nos debería importar es

que esas personas tengan autoconfianza, pero una autoconfianza realista. Eso llevará al profesor a agenciarse cada día nuevas instancias de formación. Creo que ni siquiera los críticos de cine más renombrados están en condiciones de erigirse en autoridades o receptores ultracapacitados para detectar los innumerables mensajes, dimensiones y planos que contiene y connota un film; del mismo modo, una obra artística o literaria es lo suficientemente inagotable como para que ningún profesor sienta que dijo la última palabra sobre ella. De lo que se trataría más bien es de sembrar en los profesores una confianza en que sus capacidades de comprensión son el resultado de un proceso continuo, porque cada cual puede progresar todos los días. Uno puede ver una buena película diez veces y descubrir cada vez algo nuevo y relevante. Por lo mismo, uno puede aspirar no sólo a saber más acerca de esa obra, sino sobre todo a transmitir esa confianza en el conocimiento como producto de la perseverancia y del cariño. Porque de tanto amar una obra, uno la contempla más veces y cada vez con mejor atención; en ese sentido, lo nuevo que uno descubre en ella proviene del amor. Cuando uno “visita” o “revisita” una película con alumnos, y uno ya la ha visto, el alumno aprende vicarialmente que uno está aprendiendo todavía, y por lo tanto capta que para leer hace falta releer, para comprender requiere pensar de nuevo, percibir de nuevo, observar de nuevo. Y sin duda cualquier profesor está en condiciones de emitir ese metamensaje lateral –no literal– de humildad, de paciencia y de goce.

Entonces yo reformularía la pregunta: ¿estamos en condiciones de asumir que el otro también puede y debe tener confianza en su propia modificabilidad, en su capacidad para renovar el acto o el intento de comprender? Yo tendría más preocupación por eso; por ejemplo, me preocuparía mucho si los docentes tienen gran confianza en sus aprendizajes previos, pero sin incrementar su confianza en los aprendizajes venideros, tanto de ellos mismos como de sus alumnos. Esos nuevos aprendizajes podrían –y quizás deberían– aportar algunas sorpresas.

En esta mesa comparto con un filósofo; él sabe perfectamente bien que las grandes obras de filosofía a menudo están hechas del visitar y visitar obras de otros filósofos, casi siempre previos, que finalmente inspiraron una visión distinta. Pero fue a fuerza de leer y releer esas obras que el nuevo filósofo descubrió un vacío en ellas; sólo así descubrió un aspecto todavía perfectible, y así es como se origina a partir de eso una nueva filosofía.

Insisto: yo me preguntaría si estamos en condiciones de tener y sostener esa confianza. La confianza en

un proceso que es abierto, cuyos frutos no son inmediatos, pero casi siempre resultan promisorios.

[Público] La comunidad sabe sobre la potencialidad del cine y sus diferentes usos que usted sucintamente mencionó. ¿Cree que debería entrar en el mundo macro de cada establecimiento, un programa de obras dramáticas que puedan integrarse? Por ejemplo, *Yerma*, de Federico García Lorca, está filmada. ¿Se puede analizar las dimensiones que usted expuso apoyándose en una obra como *Yerma*?

[E. Llanos] Sí, incluso sin apoyo fílmico también. Bueno, García Lorca cuenta con varias obras filmadas, como *Bodas de Sangre* y *La casa de Bernarda Alba*. Por supuesto, *Yerma* es una gran obra, y ninguna gran obra debería ser preterida o invisibilizada a causa de un sustituto fílmico. La gracia estaría en conseguir que, viendo la película, el alumno hiciera el juego de comparar ambos géneros: el fílmico y el escrito (en este caso, el drama).

Tuve la suerte de tener en segundo medio (cuando tenía 14 años) a un profesor que resultaba inmejorable para esos fines; de hecho tuvimos que leer una obra de él. Era el dramaturgo Fernando Cuadra Pinto, autor de “La niña en la palomera”. Con él aprendimos a leer, y en ese tiempo no había –por suerte– ninguna posibilidad de acceder a una película o a un DVD que reemplazara las obras incluidas en el programa. Precisamente, comenzamos el curso analizando bajo su guía “*Bodas de Sangre*”. Creo que nos marcó a todos, porque recuerdo que en las primeras interrogaciones acerca de la trama, los personajes y todo lo demás, él hacía preguntas que nosotros no hubiéramos anticipado de ninguna manera (unas básicas y otras nada básicas, como qué simboliza la luna en tal escena o qué simboliza el caballo en tal otra). A mí me marcó mucho eso de leer con atención *genuina*, no ingenuamente; pero puedo confesar que en la interrogación oral obtuve apenas un 5,0, y esa fue la mejor nota... Sin embargo, aunque nos asustábamos, casi todos captábamos el mensaje de fondo: *hay que leer con más atención, sin apresuramiento y sin esperar resultados pedestres o frívolos*. En mi caso, descubrí algo más: el placer de aplicar la atención para comprender más y así ir transformándome en un lector cómplice, en un interlocutor personal de cada autor, un lector capaz de detectar ciertos guiños suyos que operan como invitaciones para que cada uno se transforme en co-creador de la obra.

Con esto quiero destacar otro punto. Creo que la estimulación del estudiante pasa por un realismo en la evaluación, y yo agradezco que Fernando Cuadra me haya puesto un 5,0 y no un 7,0 en esa evaluación inicial, porque no supe responder bien dos de las siete

preguntas, de modo que no merecía mejor nota. Asimismo, también agradezco de corazón mi paso por el departamento de Estudios Humanísticos, donde tuve clases como las de Castor Narvarte, que eran simplemente abrumadoras. Allí uno terminaba descubriendo que había muchísimos niveles de comprensión y apropiación de un texto; uno creía leer bien, lo que seguramente era una creencia relativamente correcta si uno se comparaba con el alumnado promedio; pero lo relevante es que la lectura que él proponía resultaba incomparablemente mejor y no meramente distinta de la nuestra; era más abarcante y también más profunda; más analítica y al mismo tiempo más sintética; *más abstractiva y por eso mismo más atractiva*. Yo agradezco muy sinceramente y en público a docentes como Castor Narvarte o Jorge Guzmán o Genaro Godoy o Juan de Dios Vial Larrain, porque no me complacieron con notas generosas, sino justas; ellos me estimularon mostrándome cuán distante estaba aún de una meta relevante. Así aprendí que la educación es un proceso de perfeccionamiento continuo, y creo que esa idea constituye una de las principales enseñanzas que el arte puede ofrecerle a la educación. No esperamos que el maestro de pintura, a la hora de organizar una exposición, seleccione simples manchas de sus alumnos; tampoco esperamos que al finalizar su curso un maestro de música convoque con orgullo a la comunidad para escuchar solamente cómo sus alumnos se ejercitan en distinguir una nota de otra, sino para presenciar alguna ejecución más compleja. Así, por muy inicial que sea un curso, debería culminar exigiendo un desempeño relativamente complejo, como elaborar un ensayo o siquiera una monografía proporcional a los objetivos del curso.

El arte fomenta la paciencia del mediano y del largo plazo; nos enseña a mirar nuestros logros parciales contrastándolos contra un telón de fondo más ambicioso. Profundizando en la formación artística, la persona nota que van perdiendo sentido ciertas dicotomías ingenuas, como “forma” versus “contenido” o “proceso” versus “producto”. Y es que el arte nos enseña integrando la sensibilidad y la abstracción, la intuición y el razonamiento, la inspiración y la autodisciplina, la naturaleza y la cultura. He ahí su secreto.

A su vez, la educación tiene mucho de ciencia, pero también mucho de arte; se la puede mejorar bastante con ciertas técnicas, pero también requiere espiritualidad o al menos una vocación genuina. Por eso la educación hipoteca su futuro y se desvirtúa cuando apuesta solamente a uno de esos dos polos. *Casi siempre cabe distinguir, pero casi nunca conviene separar; necesitamos integrar, no confundir; se trata de respetar las diferencias, no de anularlas.*

En el caso que usted menciona, creo que sin duda se podría incluir el trabajo con cine (por ejemplo, Shakespeare está abundantemente filmado); pero yo sugeriría que nunca se reemplace el texto y que siempre se incluyan preguntas que exijan al alumno la lectura para disfrutar y comparar. Por lo demás, siempre habrá diferencias entre el texto y el film; por último, algunos pasajes se pueden ver filmados para cotejar cómo resuelve el cineasta un problema que el escritor resolvió con palabras. Además, mediante esos cotejos y esas exploraciones los estudiantes van desarrollando habilidades más transversales, como la curiosidad, la capacidad de asombro, la perspicacia, la creatividad. Todo eso nos ilustra mucho acerca del arte y de las posibilidades de comunicación.

[Público] Quería hacer un alcance. Creo que hay algo a lo que no se ha dado importancia y es el valor que tiene la superación en los alumnos. Normalmente se le da el premio a los tres primeros lugares y el resto es como si no contara. Por ejemplo, hay alumnos que tienen un 4,5 y luego se sacan un 5,0, y tanto para los profesores como para los padres pareciera que eso no tiene importancia. Es decir: “Te sacaste un 5, pero te podrías haber sacado mucho mejor nota”. El niño está recibiendo una crítica y no una felicitación, y dice: “¿Qué saqué con mejorar mi nota, si estoy recibiendo más de lo mismo?”.

¿Qué sucedería si yo reconozco en el niño esa situación y le digo: “¿Qué bien que vas mejorando!”? Ellos necesitan sentirse aprobados y su autoestima también sube.

[E. Llanos] Quiero responder contando una experiencia a propósito de esto mismo. Hace mucho tiempo –casi tres décadas– vengo ponderando el metaaprendizaje, el aprender a aprender. Hoy todo el mundo habla de eso, pero todavía resulta poco claro cómo identificar indicadores confiables del metaaprendizaje y cómo estimularlo. En mi caso, me resisto a meterme en esta maratón de popularidad (que es la educación chilena) poniendo buenas notas, digamos de 5 hacia arriba. Aplico un nivel de exigencia más bien alto y utilizo la escala de 1 a 7, de modo que casi siempre hay alumnos que obtienen notas muy bajas; así que mi desafío es que comprendan por qué obtuvieron esas calificaciones tan bajas. Procuero mostrar las enormes diferencias que hay entre ciertos “aprendizajes” mecánicos o meramente memorísticos y un aprendizaje profundo, relevante y extrapolable. Como los promedios de notas de mis cursos oscilan en torno al 4,0 ó 4,1, y dado que cerca de un 30% reprueba los cursos, debo lograr que el alumno comprenda qué está sucediendo y que no se desmotive. Porque hay que recordar que vivimos en una cultura de la inmediatez, que no propicia precisamente la paciencia. Entonces premio el metaaprendizaje y lo hago

de la siguiente manera: entre la primera y la segunda prueba bonifico con una décima de premio a quien se haya superado en tres décimas, porque superarse en tres décimas en mis pruebas no es tan fácil. De pronto un alumno obtuvo un 2,0 en la primera prueba, pero en la segunda obtiene un 3,0, y en tal caso ese 3,0 ya es un 3,3, puesto que por cada tres décimas de alza bonifico con una décima más. Y al fin del curso hago un ranking de quienes obtuvieron más décimas adicionales de bonificación, y es increíble cómo eso estimula.

A menudo pregunto a los alumnos: ¿cuánto se superó una persona que pasó del 2,0 al 3,0? La mayor parte hace el cálculo mecánicamente y responde: 50%. Pero eso es falso; matemáticamente, el progreso entre la nota 2 y la nota 3 es un 100%, porque la escala no parte de 0, sino de 1,0; es decir, la nota mínima parte ya de diez décimas. Por tanto, obtener un 2,0 implica estar 10 décimas por encima del 1,0, mientras que lograr un 3,0 significa merecer 20 décimas por encima del 1,0. Y está claro que 20 es exactamente el doble de 10, así que quien sube su rendimiento desde un 2 a un 3 no se supera en un 50%, sino en un 100%. Con ese tipo de recursos les enseño a valorar lo pequeño que es propio. Porque no caben muchas dudas respecto a que si un estudiante obtuvo un 2,0, no copió –o si copió, lo hizo muy mal–; es decir, esa persona puede decir con relativo orgullo: “Éste es un 2,0 mío, y el 3,0 siguiente también es mío, y si el profesor me lo subió a 3,3, eso no es un regalo, sino el reconocimiento a mi progreso real”.

Siguiendo estrategias motivacionales y realistas de esa índole, he logrado casos de superación extraordinarios. He visto que de pronto un alumno que está repitiendo por tercera o cuarta vez la asignatura, vuelve a hacer el curso conmigo, aunque en principio debería aborrecerme. Y es que el joven termina entendiendo que yo no tengo nada contra él, sino al contrario: intento darle una idea realista de su nivel real de logro, empleando parámetros que no nos suman a él y a mí en el autoengaño ni menos en la complicidad. Y la mayoría comprende que todavía tiene pendientes varios niveles de aprendizaje y que lo mejor para él es saberlo y tener cartas de navegación claras y un horizonte nítido hacia el cual avanzar.

Me parece que esto debe ser considerado un asunto central, porque los datos muestran que en los años ‘70 el promedio de la enseñanza media en Chile era 4,6, mientras que hoy es un 5,8; sin embargo, nadie puede garantizar que los aprendizajes hayan mejorado en esa misma proporción, y más bien hay indicios de lo contrario. Es decir, estamos utilizando la escala de notas que nominalmente sigue siendo de 1 a 7, pero en el 90% de los casos va del 5 al 7. Y eso repercute no sólo en

el aprendizaje, sino en la cultura y en nuestros hábitos ciudadanos.

Por ejemplo, en algún momento (hacia 1975) se pensó que era muy dañino para la autoimagen y la autoestima del alumno, repetir en las fases más tempranas, y entonces se impuso la aprobación automática de primero a cuarto año de enseñanza básica. El motivo invocado puede ser muy noble –si es que era noble, porque también podía tratarse de una astucia política para aparecer con estándares de repetición menos impresentables ante las audiencias mundiales como la UNESCO y otras de esa índole–; pero aun asumiendo que esa aprobación automática obedecía a buenas razones, parece que nadie pensó sistémicamente, previendo las consecuencias. Porque esa medida tuvo otras repercusiones, otros efectos colaterales. Para empezar, el alumno de primero a cuarto año está formando hábitos, y si le aseguramos una aprobación automática, él no logra percibir qué sentido tiene formar hábitos de estudio o desarrollar cierta autodisciplina elemental.

En definitiva, hay que pensar sistémicamente la educación. Cuestiones como la que usted propone, que yo secundo absolutamente, son muy centrales. Hay que pensar entre todos y a veces en voz alta, compartiendo. Por ejemplo, he propuesto más de una vez que adoptemos como hábito compartir al menos una vez al semestre algunas buenas prácticas que hayan funcionado para fomentar el aprendizaje. Esas buenas prácticas pueden ser recursos creativos, medidas, estrategias y hasta trucos ingeniosos para motivar y evaluar con mayor validez, confiabilidad y utilidad. Pero nunca he logrado, en ninguna universidad, que se instaure un ritual colectivo de esa clase. Se toman y se dan cursos de invierno, de verano, de todos los tipos, dictados por personas acreditadas o que se supone que tienen mucho que enseñar a los docentes; pero nadie asume que el profesor puede aprender de los colegas y también enseñar a otros pequeñas cosas como éstas, que sumadas pueden implicar una batería de recursos muy amplia.

Todos podemos aprender de nosotros mismos y de los colegas, codo a codo.

[Público] ¿Podría hablarnos de sublimación, poesía y heurística?

[E. Llanos] No por nada Freud pensaba que la *sublimación* es el mecanismo de defensa fundamental a partir del cual se genera la civilización, la cultura. Si yo no sublimo, termino afrontando mis problemas a golpes, matando al otro. Y la obra de arte es quizás el mayor ejemplo de sublimación, pero desde ese punto de vista yo diría que nos falta entender que la sublimación tiene un aspecto neurótico –cuando es mera represión– y un

aspecto creativo, y en esa ambigüedad hay que aprender a moverse, porque la mayor parte de las veces las obras presentan lo uno y lo otro.

[Público] ¿Y qué sería lo neurótico en el arte? ¿Cómo podemos identificarlo?

[E. Llanos] Por ejemplo, imaginemos que soy un artista enamorado de una vecina. Puedo mantenerme atado a mi propia neurosis, sin dar el paso hacia adelante. Entonces me limito a escribirle poemas o a dibujarla en silencio y hasta me da vergüenza saludarla. Y si soy incluso más neurótico, hasta la ataco en público, porque practico el mecanismo de defensa de la “formación reactiva”, para que nadie sospeche que estoy enamorado de ella. Eso sería claramente neurótico, al margen de cuán “buenos” resulten los poemas, los dibujos o los cuadros creados a partir de esa represión. En cambio, lo sensato, lo razonable, lo natural sería acercarse a la musa e intentar una relación con ella. Y es que un artista nos reconecta también con lo natural, porque opera desde la experiencia, no desde la represión o la evasión.

[Público] Usted mencionó la heurística, pero no me quedó muy claro en qué consiste. ¿Podría explicar?

[E. Llanos] La heurística tiene la misma raíz que la famosa frase “Eureka”, dicha por Arquímedes; es decir: *lo hallé, lo encontré; también, lo busqué*. La heurística como disciplina estudia los heurísticos, o sea, los principios y procedimientos de búsqueda que, sin necesariamente garantizar el hallazgo de una solución, al menos hacen mucho más probable ese hallazgo.

En cambio, los algoritmos sí garantizan el hallazgo de la solución, obviamente en caso de estar bien aplicados; por ejemplo, una fórmula matemática es un algoritmo que, si se lo comprende bien y se siguen correctamente todos los pasos, nos permite solucionar un problema o despejar una incógnita.

Ciertamente, los heurísticos no pueden ofrecer tantas garantías como los algoritmos; pero ocurre que muchos problemas no son susceptibles de un tratamiento algorítmico; por ejemplo, no hay una fórmula infalible para resolver una pena de amor o un desencuentro interpersonal, ni para organizar la trama de una novela o para componer un cuadro. En casos de esa índole, cuando la simple lógica resulta impotente o inaplicable, los métodos, mecanismos, dispositivos o procedimientos heurísticos sí suelen ser de gran provecho, porque elevan la probabilidad de hallar buenas respuestas y en menos tiempo.

En el plano del cine en particular, yo proponía como última dimensión la heurística, porque se puede

ver cine con vistas a incrementar la propia creatividad o al menos la imaginación. Concretamente, les pido a los alumnos –que ya han pasado por varios cursos previos– que desarrollen la imaginación, que la ejerzan y la ejerciten imaginando escenarios alternativos. Por ejemplo: *¿Qué hubiera pasado si en tal o cual escena el personaje no hubiera muerto o hubiera tomado tal otra decisión? ¿Qué pasaría si filmáramos esta película veinte años después? ¿Cómo sería una película opuesta a ésta?* Les pido que utilicen la película casi como un karaoke y que vayan imaginando variantes. Bueno, la metáfora del karaoke es más provocativa que elocuente; más bien se trataría de un antikaaraoke, un dispositivo que pone a prueba nuestra capacidad para concebir variantes creativas o al menos plausibles.

La literatura se enseña en los colegios con el fin de que el alumno se ponga en contacto con las obras de imaginación “más perfectas”². La filosofía se enseña así también: *leamos esto porque éste es un pensamiento tan redondamente elaborado y bien formulado que vamos a aprender mucho de él*. Y junto con conocer su contenido puedo aprender un modo de pensar o al menos de argumentar. Diría que ésa es una dimensión básica de la enseñanza: aprovechar las enseñanzas laterales –no sólo las literales– de las obras o de los acontecimientos, ya se trate de filosofía, literatura o matemáticas. Porque en las matemáticas también hay aprendizajes laterales, también caben la heurística y la creación de variantes.

Se me vino a la memoria una anécdota. Ocurre que un profesor de primaria tenía a todos sus alumnos muy inquietos, y entonces les dio una tarea:

–*Sumen de uno a cien, o sea: 1 más 2 es 3; 3 más 3 es 6; 6 más 4 da 10, y así sucesivamente. Cuando lleguen a 100 me cuentan la cifra a que llegaron.*

Bueno, el profesor pudo seguir haciendo su trabajo, pero de pronto notó que un niño estaba mirando el techo.

–*¿Y tú? –le pregunta–, ¿acaso no vas a hacer la tarea?*

–*Ya la hice.*

–*¿Cómo? ¿Ya terminaste?*

–*Sí.*

–*Pero no te demoraste nada... ¿Y qué resultado te dio?*

–*5.050.*

–*¡Correcto! ¿Y cómo lo hiciste?*

–*Muy simple, profesor. Sumé por pares, partiendo por el primer número y el último: 1 más 100 son 101.*

² *Post dictum*: Quise decir “más logradas”.

Después sumé el segundo con el penúltimo: 2 más 99 también son 101. Después sumé el tercero con el antepenúltimo: 3 más 98 también son 101. Así que descubrí que de 1 a 100 se forman 50 pares y todos suman 101. Entonces multipliqué 50 por 101 y eso me dio 5.050.

Bueno, ese niño era Gauss, el futuro matemático, y estaba practicando espontáneamente la heurística –aunque en este caso fue más bien un algoritmo–.

Así que siempre podemos desarrollar la imaginación, y en eso la poesía y la psicología tienen mucho que decir. Por ejemplo, las metáforas nos preparan subliminalmente para algo clave en el aprendizaje de las matemáticas: *asumir la convertibilidad*, es decir, que una misma relación o un mismo valor se puede

“expresar” de varias maneras diferentes. Sin interiorizar la convertibilidad, sería imposible desarrollar capacidad matemática.

Pero ya no tengo más minutos...

NOTA: La actividad se efectuó en el Centro Patrimonial Recoleta Domínica de Santiago, entre el 14 y 15 de octubre 2009. El conjunto de todas las ponencias fue publicado como *XI Seminario Patrimonio Cultural. El poder del lenguaje y los lenguajes del poder II*. (Dibam, Santiago, 2010, 161 pp. La transcripción de la ponencia (pp. 114-123) y del diálogo con el público (pp. 128-136) fue una gentileza de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos (DIBAM), que por cierto agradezco. En esa publicación se deslizaron algunas erratas que acá se han enmendado.

