

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 8, VOLUMEN 8, Nº 3 SEPTIEMBRE DE 2012

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 \$ 25.000*
Otros profesionales \$ 25.000*

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, Ps. Sandra Saldivia, 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 DUFEY DOMÍNGUEZ

Psicóloga, Magister en Neurociencias (Universidad de Valparaíso), Focusing Oriented Trainer (Focusing Institute, New York), Postítulo en Psicoterapia 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 y 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

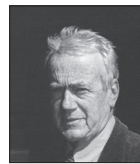
Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

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 JORDÁN 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. Gombereff 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.

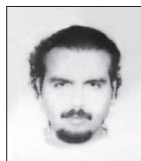
Miembro del Comité Editorial del *Journal of Family Psychotherapy*.



SANDRA SALDIVIA

Profesora Asociada del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción. Psicóloga de la Universidad de Concepción, Doctora en Psicología por la Universidad de Granada, España, y Master

en Cuidados Comunitarios al Enfermo Mental, por la misma Universidad de Granada. Cursó el Magister de Salud Pública en la Universidad de Chile y realizó una estadía Postdoctoral en el *Department of Mental Health Sciences* de University College London (UCL). Realiza docencia de pregrado y postítulo en la Universidad de Concepción y es docente de programas de doctorado de la misma Universidad y de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina, en temas de diseño de investigación, epidemiología y estudios de costo-efectividad. Ha publicado en revistas nacionales e internacionales en temas de epidemiología psiquiátrica, salud mental en atención primaria y evaluación y organización de servicios de salud mental.



PABLO SALINAS

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 de 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: revistagpu@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

232 EDITORIAL

- 232 WERTHER Y LA OXITOCINA: MODULACIÓN BIOLÓGICA DE LAS CONDUCTAS SOCIALES. IMPLICANCIAS PARA LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOTERAPIA
Alberto Botto

236 ACADÉMICAS

- 236 PRIMER CONGRESO DE LA SOCIEDAD CHILENA PARA EL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA
- 246 XX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
- 247 POSTÍTULO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL CORPORAL (PRC) 2013-2014

248 NOVEDADES

- 248 LANZAMIENTO DE SODEPSI EDICIONES

249 COMENTARIO DE LIBROS

- 249 PRESENTACIÓN DEL LIBRO *EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA*
Autor: César Ojeda
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012
Comentarista: *Patricia Cordella*
- 252 PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL
Autor: André Sassenfeld
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012
Comentarista: *Analía Stutman*

257 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

264 ENTREVISTA DE GPU

- 264 LA CRISIS DE LA ÉTICA: ENTREVISTA A ANITA ESCRÍBAR

269 DISCUSIÓN

- 269 LOS POSTULADOS DE LA ONTOLOGÍA DEL LENGUAJE DE RAFAEL ECHEVERRÍA
César Ojeda

280 REVISIÓN

- 280 SÉNECA Y LA CONCEPCIÓN ESTOICA DEL MUNDO
Hernán Villarino

- 287 EL SUFRIMIENTO COMO PROCESO RELACIONAL
Fernando Maureira, Elizabeth Flores

- 292 DIMENSIÓN SIMBÓLICA DE LA CORPORALIDAD: UNA MIRADA DESDE LA PSICOTERAPIA JUNGIANA
M. Susana Toloza

297 PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

- 297 INFIDELIDAD
Patricia Cordella, Paola Pacheco, Paula Ringeling
- 304 NO HAY NADA QUE PUEDA LLAMARSE UN CUERPO SEPARADO DE SU MENTE Y DE LA RELACIÓN CON LOS OTROS: LAS INTERVENCIONES SOMÁTICAS DE D.W. WINNICOTT
Marcela Araneda Castex

310 INTERSUBJETIVIDAD

- 310 SISTEMAS INTERSUBJETIVOS ENCARNADOS: DE LA SUGESTIÓN A LA INFLUENCIA MUTUA
André Sassenfeld J.

322 PSICOPATOLOGÍA

- 322 EL DESCONCERTANTE HABLAR POÉTICO DE LA ESQUIZOFRENIA
Sergio Peña y Lillo
- 326 OBSERVACIONES SOBRE EL DELIRIO EN LA PSICOSIS
Diego Blanco

331 INVESTIGACIÓN

- 331 CARACTERÍSTICAS DE MUJERES DEPRESIVAS CON RIESGO SUICIDA HOSPITALIZADAS EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL GENERAL
Ramón Florenzano, Eny Cataldo, Catalina Sieverson, Carolina Aspillaga, Sol Pastorino

336 PRÁCTICA CLÍNICA

- 336 RESULTADOS DE UNA AUDITORÍA DE FICHAS CLÍNICAS DE LOS EGRESOS DEL AÑO 2008 DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ BARAK": LA FICHA CLÍNICA, LA HISTORIA CLÍNICA (SECTORES DE CORTA ESTADÍA)
Rafael Céspedes Pino

351 HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

- 351 FIGURAS HISTÓRICAS DE LA PSIQUIATRÍA ALEMANA
Enrique Escobar Miguel

WERTHER Y LA OXITOCINA: MODULACIÓN BIOLÓGICA DE LAS CONDUCTAS SOCIALES. IMPLICANCIAS PARA LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOTERAPIA

Alberto Botto

Considerada como paradigma de las devastadoras consecuencias del “mal de amores” la obra de Goethe *Las penas del joven Werther* relata la progresión de un fracaso encarnado en las desilusiones afectivas de su protagonista. Sin embargo, desde entonces, el desarrollo del conocimiento acerca de los fundamentos biológicos de la conducta humana ha permitido identificar con un detalle escalofriante los mecanismos más íntimos de nuestro mundo emocional. En efecto, es posible que en la actualidad, a la luz de los recientes hallazgos respecto a los beneficios de la así llamada “hormona del amor”, otro habría sido el destino del joven despechado. La oxitocina es un neuropéptido que se ha relacionado con una amplia variedad de conductas prosociales observadas en diferentes especies¹. Es sintetizada por un grupo de células hipotalámicas especializadas de los núcleos paraventricular y supraóptico, cumpliendo un doble rol como neurotransmisor/neuromodulador (a nivel central) y como hormona (a nivel periférico), aunque su funcionamiento y sus niveles no necesariamente se encuentran correlacionados. En humanos, los niveles plasmáticos de oxitocina se han vinculado con una serie de condiciones normales y patológicas dentro de las que se cuentan el trabajo de parto y lactancia, las conductas de apego, el contacto afectivo en las relaciones de pareja, el comportamiento social, la confianza, la respuesta sexual, los trastornos del ánimo, la esquizofrenia, el autismo y los trastornos

de la personalidad, específicamente el trastorno de la personalidad límite^{2,3,4}.

Una variante común (rs53576) en el gen del receptor de oxitocina se ha relacionado con la sensibilidad materna y la empatía como así también con ciertos rasgos caracterológicos y alteraciones neuropsiquiátricas caracterizadas por déficits sociales⁵; sin embargo los mecanismos involucrados no han sido suficientemente esclarecidos. Más aún, el alelo A del gen OXTRrs2254298 se ha asociado con un apego seguro en niños no-caucásicos⁶. En la relación de apego que se establece entre la madre y el niño durante los primeros

¹ Insel Th, Young L. The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience* 2001; 2: 129-136.

² Gimpl G, Fahrenholz F. The oxytocin receptor system: structure, function and regulation. *Physiol Rev* 2001; 81(2): 629-683.

³ Stein D, Vythilingum B. Love and attachment: the psychobiology of social bonding. *CNS Spectr* 2009; 14(5): 239-242.

⁴ Fonagy P, Luyten P. A Developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology* 2009; 21: 1355-1381.

⁵ Tost H, Kolachana B, Hakimi Sh, Lemaitre H, Verchinski B, Mattay V, Weinberger D, Meyer-Lindenberg A. A common allele in the oxytocin receptor gene (OXTR) impacts prosocial temperament and human hypothalamic-limbic structure and function. *PNAS* 2010; 107(31): 13936-13941

⁶ Chen F, Barth M, Johnson S, Gotlib I, Johnson S. Oxytocin receptor (OXTR) polymorphism and attachment in human infants. *Frontiers in psychology* 2011; 2: 1-6.

meses de vida, las señales que éste envía a su cuidadora (como sonreír o llorar) son un poderoso estímulo para la conducta materna, activando circuitos cerebrales como el dopaminérgico y el oxitocinérgico. De esta manera se ha visto que madres que presentan un apego seguro muestran una mayor activación en áreas cerebrales relacionadas con la recompensa y regiones hipotálamo-hipofisarias que modulan la liberación de oxitocina⁷. Por otra parte, en el mismo estudio se demostró que la respuesta periférica de oxitocina ante las señales del niño fue significativamente mayor en madres con apego seguro y se correlacionó positivamente con una activación cerebral en ambas regiones, lo que sugiere que las diferencias individuales en el estilo de apego de la madre podrían estar relacionadas con los sistemas dopaminérgicos y oxitocinérgicos. En un ensayo de imaginería focalizado en la compasión (Compassion Focused Imagery, CFI), se demostró un efecto positivo de la oxitocina; sin embargo se encontraron importantes diferencias individuales. Aquellos participantes con un alto nivel de autocrítica, baja seguridad social y apego inseguro mostraron un menor efecto de la oxitocina en comparación con placebo, lo que indica que los efectos de la oxitocina sobre la afiliación pueden depender del estilo de apego y la autoevaluación⁸. Por otra parte, se ha visto que la depresión subclínica se asocia con elevados niveles plasmáticos y salivales de oxitocina, lo que podría estar mediado, en parte, por un aumento del estrés⁹. De esta manera se piensa que la oxitocina podría potenciar el efecto del soporte social sobre la respuesta al estrés¹⁰. Sin embargo los estudios no son concluyentes. Otros ensayos no han encontrado diferencias respecto a los niveles plasmáticos de oxitocina entre pacientes depresivos monopolares y bipolares; más aún, han reportado una disminución de oxitocina en la depresión (con una diferencia dada por el

género, siendo significativamente menor en mujeres) y un efecto nulo de los medicamentos antidepresivos sobre sus niveles plasmáticos¹¹.

Uno de los impedimentos para encontrar evidencia sólida ha sido consecuencia de las dificultades metodológicas con que se ha topado la investigación clínica. Como se mencionó, los niveles plasmáticos de oxitocina no siempre reflejan en forma fidedigna su funcionamiento en el cerebro, por lo que hasta el momento no existen datos que relacionen en forma directa sus niveles centrales con los periféricos y un determinado trastorno. Otras mediciones como en líquido cefalorraquídeo, orina o saliva han encontrado similares limitaciones. Como una manera de evaluar el funcionamiento central, se ha utilizado la administración intranasal de oxitocina debido a que presenta una vía directa hacia el cerebro.

Los estudios en el campo multidisciplinario de las neurociencias sociales apoyan la hipótesis de que la oxitocina juega un importante rol en el desarrollo del "cerebro social" y la "cognición social" influyendo sobre el comportamiento, la respuesta al estrés y el procesamiento de los estímulos sociales¹², incluyendo la elaboración de las percepciones y atribuciones de la conducta ajena –dentro de lo que se denomina la "teoría de la mente"–. Sin embargo una de las áreas más interesantes para la biología humana es el efecto que la oxitocina tiene sobre la formación de la memoria social selectiva, un aspecto esencial en el mantenimiento de los vínculos de apego, los que, según este modelo, pudieran entenderse como una compleja red de memorias relacionadas con otros¹³.

La perspectiva evolucionaria respecto al rol de la oxitocina en el apego y la sociabilidad –basada en estudios etológicos, la psicología del desarrollo y las neurociencias– ha encontrado un amplio linaje de péptidos de la familia de la oxitocina-vasopresina relacionados con la conservación intraespecífica de un sistema de conductas basado en redes neuronales que son el fundamento de las hipótesis prosociales de dichas sustancias.

⁷ Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague P. Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology* 2009; 34: 2655-2666.

⁸ Rockliff H, Karl A, McEwan K, Gilbert J, Matos M, Gilbert P. Effects of intranasal oxytocin on "Compassion Focused Imagery". *Emotion* 2011; 11(6): 1388-1396.

⁹ Holt-Lunstad J, Birmingham W, Light K. The influence of depressive symptomatology and perceived stress on plasma and salivary oxytocin before, during and after a support enhancement intervention. *Psychoneuroendocrinology* 2011; 36: 1249-1256.

¹⁰ Heinrichs M, Baumgartner Th, Kirschbaum C, Ehlert K. Social support and oxytocin interacts to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 1389-1398.

¹¹ Ozsoy S, Esel E, Kula M. Serum oxytocin levels in patients with depression and the effects of gender and antidepressant treatment. *Psychiatry research* 2009; 169: 249-252.

¹² Insel Th. A neurobiological basis of social attachment. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 726-735.

¹³ Brown S, Brown R. Selective investment theory: recasting the functional significance of close relationships. *Psychol Inq* 2006; 17: 1-29.

En humanos, la oxitocina ha mostrado efectos beneficiosos en diversos trastornos de ansiedad (estrés postraumático, fobia social, ansiedad de separación), enfermedades del ánimo, esquizofrenia, autismo, disfunción sexual y en el trastorno de personalidad limítrofe¹⁴. De manera más especulativa se ha propuesto el uso de oxitocina como “agente potenciador” en las terapias de pareja¹⁵. En psicoterapia se ha propuesto que la oxitocina tendría un efecto positivo sobre la función reflexiva, favoreciendo la mentalización y el cambio psíquico¹⁶. De esta manera, el rol de la oxitocina en la formación de memoria social podría favorecer el aspecto relacional en las intervenciones psicoterapéuticas¹⁷. El impacto que la oxitocina pudiera tener sobre los tratamientos de diversos cuadros clínicos seguramente se verá corroborado cuando dispongamos de preparados orales que aseguren su acción a nivel central –por el momento, sus formas simples administradas oral o parenteralmente son rápidamente degradadas por peptidasas en el plasma y en el intestino–; hasta que eso no ocurra, los dispensadores intranasales seguirán representando la alternativa más viable¹⁸.

Sin embargo en la actualidad existe escasa evidencia del rol de la oxitocina en la población psiquiátrica. Las limitaciones de dichos estudios se deben en primer lugar a las dificultades metodológicas derivadas

de los inconvenientes para medir la oxitocina a nivel central, de la poco fiable correlación entre los niveles plasmáticos y los cerebrales, y de la variabilidad de sus efectos debido a la interacción con otras hormonas y neurotransmisores. Por otra parte, la dosificación de la oxitocina aún no está completamente establecida. Su funcionamiento se basa en un patrón de liberación pulsátil relacionada con el contexto (trabajo de parto, amamantamiento, orgasmo, inicio de las conductas de apego) lo que podría ser un obstáculo al momento de planificar una administración de dosis única. Por último, aún no se ha establecido su seguridad a largo plazo ni sus posibles efectos adversos.

En conclusión, los hallazgos en torno a los efectos de la oxitocina abren un campo para el estudio de nuevas moléculas relacionadas ya no con síntomas específicos (como delirios, crisis de pánico o desánimo) sino con funciones más complejas propias de los sistemas motivacionales (que abarcan un espectro que va desde la normalidad a la patología) y que subyacen a los trastornos clínicos. Así ocurre con el sistema de apego, de rabia, de búsqueda, entre otros. Quién sabe si –por esas cosas del destino– unas cuantas dosis de oxitocina administradas en la bella nariz de Lotte hubiesen salvado a Werther del derrumbe emocional que acabó con su vida. Lo que sí es cierto es que nos habría privado de la lectura de esa inmortal obra.

¹⁴ MacDonald K, MacDonald T. The peptide that binds: a systematic review of oxytocin and its prosocial effects in human. *Harv Rev Psychiatry* 2010; 18: 1-21.

¹⁵ Ditzen B, Schaer M, Gabriel B, Bodenmann G, Ehlert U, Heinrichs M. Intranasal oxytocin increases positive communication and reduces cortisol levels during couple conflict. *Biol Psychiatry* 200; 65: 728-731.

¹⁶ Domes G, Heinrichs M, Michel A, Berger Ch, Herpetz S. Oxytocin improves “Mind-Reading” in humans. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 731-733.

¹⁷ Heinrichs M, Baumgartner T, Kirschbaum C, Ehlert U. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 1389-1398.

¹⁸ Born J, Lange T, Kern W, McGregor G, Bickel U, Fehm H. Sniffing neuropeptides: a transnasal approach to the human brain. *Nat Neurosci* 2002; 5: 514-516.

OBITUARIO

SERGIO PEÑA Y LILLO^{1,2}

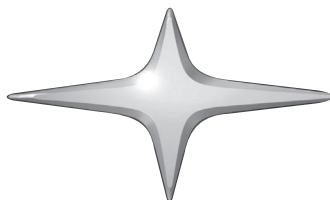
Hace unos días ha dejado de existir el Profesor Dr. Sergio Peña y Lillo Lacassie. Fue uno de los psiquiatras más productivos de Chile y planteó públicamente sus puntos de vista respecto de la enfermedad mental, la medicina y la psicoterapia, y también, acerca de temas éticos, estéticos y religiosos. Algunos de sus múltiples libros fueron éxito de ventas. Sus opiniones han provocado polémicas y el público general ha seguido con gran interés a este colega de pensamiento claro y definido. De larga trayectoria como académico y como investigador clínico, hizo de la escritura un segundo oficio al lado de la práctica profesional. Sin embargo, sus aportes son poco conocidos por las generaciones actuales de psiquiatras, cosa que no sorprende, si se toma en cuenta la difundida tendencia nacional de creer que nos conocemos y que nada tenemos que aprender de nuestros colegas más cercanos. Sergio Peña y Lillo fue Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Chile y Miembro Honorario de la Academia de Medicina del Instituto de Chile. En repetidas oportunidades presenté la crónica de sus aportes a la psiquiatría a SONEPSYN, con la finalidad de que fuera considerado para la distinción de “Maestro de la Psiquiatría Chilena”. Por razones incomprensibles ese reconocimiento nunca le fue otorgado. Me consta que lo deseaba profundamente. Espero que permanezca en el lugar que corresponde a sus convicciones religiosas. Quiero manifestar, a nombre de Sodepsi, las condolencias a su familia y a los centenares de pacientes que hoy sufren su pérdida.

CÉSAR OJEDA
Presidente
Sodepsi

¹ El año 2005 Gaceta de Psiquiatría Universitaria le realizó una entrevista al Dr. Peña y Lillo que apareció bajo el título de “Sergio Peña y Lillo: La angustia, la enfermedad y el hombre” (Rev GU 2005;1;3: 240-253) y puede revisarse en la página web de la revista.

² En este número de GPU se incluye un trabajo que el Dr. Peña y Lillo envió hace pocos meses al comité editorial de la revista donde fue un permanente colaborador.

ACADÉMICAS



PRIMER CONGRESO DE LA SOCIEDAD CHILENA PARA EL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA

ENCUENTRO NACIONAL DE REFLEXIÓN Y CRÍTICA

CENTRO DE EVENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES, USACH
22 AL 25 DE MAYO 2013

EVENTO INDEPENDIENTE DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

CUPO MÁXIMO: 350 PERSONAS

PRESIDENTE: Dr. Juan Pablo Jiménez
DIRECCIÓN: Dr. César Ojeda
TESORERÍA: Dr. Jorge Cabrera
SECRETARIA EJECUTIVA: Dra. Gery Carrasco

DIRECTORES:

LÍNEA I "NEUROCIENCIAS": Dra. Grisel Orellana, Dr. Pedro Maldonado
LÍNEA II "PSICOPATOLOGÍA Y CLÍNICA": Dr. Francisco Bustamante, Dr. César Ojeda
LÍNEA III "PSICOTERAPIA": Dra. Patricia Cordella, Dr. Alberto Botto
LÍNEA IV "PSICOFARMACOLOGÍA": Dra. Alejandra Armijo, Dr. Jorge Cabrera
ACTIVIDADES ABIERTAS: Ps. Michelle Dufey, Ps. André Sassenfeld

ADMINISTRACIÓN GENERAL: CyC Salud Limitada
DIRECCIÓN TÉCNICA: Digimagen Limitada

AUSPICIA:
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago

**PARTICIPACIÓN ABIERTA A TODOS LOS GRUPOS DEL PAÍS
VEINTE ESPACIOS DE 2 ½ HRS. A LLENAR CON LAS PROPUESTAS DE LOS INTERESADOS**

(Formulario disponible en www.sodepsi.cl)

MODALIDADES

Talleres

Simposios

Presentación de Casos

Trabajos Libres con 30 min. de exposición



PRIMER CONGRESO DE LA SOCIEDAD CHILENA PARA EL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA

ENCUENTRO NACIONAL DE REFLEXIÓN Y CRÍTICA

Santiago 22 al 25 de Mayo 2013

ACTUALIZACIONES CRÍTICAS

PROGRAMA

LÍNEA I :“NEUROCIENCIAS”

Coordinadores:
Dra. Grisel Orellana
Dr. Pedro Maldonado

MIÉRCOLES 22 DE MAYO 2013

SIMPOSIO I

Aportes de la genética en la comprensión clínica y terapéutica de las Enfermedades Psiquiátricas.

09:00 - 09:30

Genética y complejidad clínica (fenotípica) en las enfermedades psiquiátricas

Dra. Luisa Herrera, PhD (ICBM, Facultad de Medicina)

09:30 - 10:00

Genética y complejidad clínica (fenotípica) en las enfermedades psiquiátricas

Dra. Luisa Herrera, PhD (ICBM, Facultad de Medicina)

10:00 - 10:30 Café

10:30 - 11:00

Genética y depresión

Dr. Hernán Silva

11:00 - 11:30

La compleja interrelación entre genética y factores ambientales en el desarrollo de la adicción al alcohol

Prof. Yedy Israel, PhD (F. Cien. Quím. & Farm; F. Medicina)

11:30 - 12:30
Mesa Redonda
Presente y futuro de la genética de las enfermedades mentales.

JUEVES 23 DE MAYO 2013

SIMPOSIO II

Actualización en el aporte de la Corteza Prefrontal en la comprensión clínica y terapéutica psiquiátrica.

09:00 - 09:30
Anatomía funcional de la Corteza Prefrontal, concepto de funciones ejecutivas y modelos de organización conductual
Dra. Andrea Slachevsky, MD, PhD, (ICBM, Facultad de Medicina)

09:30 - 10:00
T. Borderline y Corteza Prefrontal
Dr. Jaime Silva PhD UFRO

10:00 - 10:30 Café

10:30 - 11:00
Trastornos de la atención y Corteza Prefrontal
Dr. Francisco Aboitiz PhD PUC

11:00 - 11:30
Conciencia y Corteza Prefrontal
Dr. Eugenio Rodríguez PhD PUC

11:30 - 12:30
Mesa redonda
Evaluación clínica de la Corteza Prefrontal en psiquiatría.

VIERNES 24 DE MAYO 2013

SIMPOSIO III

Aportes de las neurociencias en la comprensión clínica y terapéutica de las Esquizofrenias.

09:00 - 09:30
Social cognition in schizophrenia: from the neurobiological basis to clinical remediation
Prof. Sophia Vinogradov UCSF

09:30 - 10:00
El lenguaje como marcador biológico de las esquizofrenias
Dr. Eduardo Durán

10:00 - 10:30 Café

10:30 - 11:00
Reactividad pupilar como un marcador para los estados mentales. Implicaciones para la investigación de la psiquiatría
Dr. Pedro Maldonado PhD.

11:00 - 11:30
Neurociencias Cognitivas en *Ultra High Risk* y Primer Episodio de Esquizofrenia
Dra. Grisel Orellana

11:30 - 12:30

Panel Esquizofrenia: el principio, el cambio, el futuro.

13:15 - 14:00

Plenary Session

“Evidence of the effectiveness of neurocognitive rehabilitation in schizophrenia”

Prof. Sophia Vinogradov UCSF

LÍNEA II :“ PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA”

Coordinadores:

Dr. Francisco Bustamante

Dr. César Ojeda

MIÉRCOLES 22 DE MAYO 2013

SIMPOSIO I

Psicopatología: historia y situación actual

09:00 - 09:30

La psicopatología en la historia del pensamiento occidental (hasta el pensamiento moderno)

Dr. Hernán Villarino

09:30 - 10:00

Psicopatología fenomenológica: crónica de un fracaso

Dr. César Ojeda

10:00 - 10:30 Café

10:30 - 11:00

Psicopatología psicoanalítica.

Ps. Jaime Coloma

11:00 - 11:30

La “semiología subjetiva” de la psiquiatría actual.

Dr. César Ojeda

11:30 - 12:30

Mesa redonda

JUEVES 23 DE MAYO 2013

SIMPOSIO II

La Histeria y sus cambios: ejemplo de la influencia cultural en la Psicopatología y la Clínica.

09:00 - 9:30

Poder, Género y Religión: La Histeria en la Grecia Clásica y los inicios del Cristianismo.

Dr. Cristián de Bravo D. Filósofo

Dr. Gonzalo Diaz L. Filósofo, Candidato a PhD.

09:30 - 10:00

La Histeria en la modernidad: primero enfermedad, luego trastorno, ahora ...

Dr. Marcello Girardi M. Psiquiatra, Psicoanalista

10:00 - 10:30 Café

10:30 - 11:00

¿Qué ha pasado con la Histeria en el psicoanálisis?

Dr. Oscar Feuerhake M. Psiquiatra, Psicoanalista

11:00 - 11:30

La Histeria abolida: Desde el DSM-III a nuestros días

Dr. Pablo Santa Cruz G. Psiquiatra, Psicoterapeuta.

11:30 - 12:00

Mesa redonda

VIERNES 24 DE MAYO 2013

SIMPOSIO III

Crisis de las taxonomías, muerte y resurrección del Diagnóstico psiquiátrico

09:00 - 09:30

Modelos diagnósticos "no-DSM": la escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard

Dr. Francisco Bustamante

09:30 - 10:00

¿Qué es y hacia dónde va el Trastorno Afectivo Bipolar?

Dr. Sergio Barroilhet

10:00 - 10:30

¿Hay una luz al final del túnel? Lo que nos depara el futuro

Dr. Matías Correa

10:30 - 11:00 Café

11:00 - 11:30

(Por confirmar)

11:30 - 12:00

Mesa redonda

LÍNEA III :“ PSICOTERAPIA”

Coordinadores:
Dra. Patricia Cordella
Dr. Alberto Botto

MIÉRCOLES 22 DE MAYO 2013

SIMPOSIO I

Nada de cuál ni para quién sino por qué. Definiendo la psicoterapia desde la antropología a las neurociencias

09:00 - 09:30

¿Qué cura en la psicoterapia?
(Por confirmar)

09:30 - 10:00

La investigación en psicoterapia: aportes y desafíos
Ps. Alemka Tomicic

10:00 - 10:30 Café

10:30 - 11:00

Neurobiología y psicoterapia: ¿un encuentro posible?
Dr. Alberto Botto

11:00 - 11:30

La inclusión del contexto en la psicoterapia
Dr. Sergio Bernales

11:30 - 12:30

Mesa redonda

JUEVES 23 DE MAYO 2013

SIMPOSIO II

Explorando los límites de la psicoterapia

09:00 - 09:30

Historia del cuerpo en Chile
Dr. Rafael Sagredo

09:30 - 10:00

El cuerpo onírico: vivencias corporales de los sueños
Dr. León Cohen

10:00 - 10:30 Café

10:30 - 11:00

El cuerpo en la narración
Sra. Diamela Eltit

11:00 - 11:30

Cuando el cuerpo toma el significado
Dra. Patricia Cordella

11:30 - 12:00

Mesa redonda

VIERNES 24 DE MAYO 2013

SIMPOSIO III

Aportes de la cultura a la comprensión del trabajo terapéutico

09:00 - 09:30

El encuentro con el otro: aportes de la filosofía en la comprensión de la intersubjetividad
Dr. Jorge Acevedo

09:30 - 10:00

Literatura, identidad y curación
(Por confirmar)

10:00 - 10:30

Cultura, hermenéutica y psicoanálisis
(Por confirmar)

10:30 - 11:00 Café

11:00 - 11:30

Ética de la psicoterapia
Ps. María Luz Bascuñán

11:30 - 12:00

Mesa redonda

LÍNEA IV :“ PSICOFARMACOLOGÍA”

Coordinadores:

Dr. Jorge Cabrera
Dra. Alejandra Armijo

MIÉRCOLES 22 DE MAYO 2013

SIMPOSIO I

Trastornos de Ansiedad: Manejo terapéutico de los trastornos de ansiedad para la integración social

09:00 - 09:30

Neurobiología de los trastornos de ansiedad
Dr. Roberto Amon

09:30 - 10:00

Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad
Dr. Eugenio Olea

10:00 - 10:30 Café

10:30 - 11:00

Terapia conductual en los trastornos de ansiedad
Dr. Alejandro Gómez

11:00 - 11:30

La angustia en la patología psiquiátrica
(Por confirmar)

11:30 - 12:00

Mesa redonda

JUEVES 23 DE MAYO 2013

SIMPOSIO II

Trastornos del ánimo: El trastorno bipolar a través del ciclo de vida

09:00 - 09:30

Neurobiología del trastorno bipolar

Dr. Danilo Quiroz

09:30 - 10:00

El trastorno bipolar en la adolescencia

Dr. Ricardo García

10:00 - 10:30 Café

10:30 - 11:00

Manejo trastorno bipolar en el embarazo y puerperio

Dr. Jorge Cabrera

11:00 - 11:30

Tratamiento del trastorno bipolar en la tercera edad

Dra. Sonia Medina

11:00 - 12:00

Mesa redonda

VIERNES 24 DE MAYO 2013

SIMPOSIO III

Esquizofrenia: Estrategias terapéuticas para disminuir la discapacidad

09:00 - 09:20

Actualización de la neurobiología de la esquizofrenia

Dra. Alejandra Armijo

09:30 - 10:00

Avances en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia.

Dra. Verónica Larach

10:00 - 10:30

La reforma en salud mental y su impacto en el tratamiento de la esquizofrenia.

Dr. Mauricio Gómez.

10:30 - 11:00 Café

11:00 - 11:30

Esquizofrenia y la dimensión nosológica.

Dr. Hernán Silva

11:30 - 12:00

Mesa redonda



FICHA DE POSTULACIÓN ACTIVIDADES LIBRES

Convocatoria:

Se convoca a profesionales, investigadores y académicos de diversa formación y experiencia, con independencia del lugar de trabajo, a la presentación de talleres, simposios, presentación de casos y trabajos libres. Se considerará el espectro más amplio y abierto posible de temáticas de la Psiquiatría y la Psicoterapia actual, con énfasis en interdisciplinariedad, innovación y apertura a enfoques no tradicionales y originales.

Comité académico:

Cuerpo directivo Sodepsi

Fecha límite para envío de las postulaciones:

31 de enero de 2013

| 1.- DATOS PERSONALES | |
|---|----------------|
| 1.1.- Nombre completo de autores (agregar filas si es necesario) | 1. 2. 3. |
| 1.2.- Afiliación | 1. 2. 3. |
| 1.3.- Dirección | 1. 2. 3. |
| 1.4.- Teléfono autor de contacto | |
| 1.5.- Email autor de contacto | |

2.- DATOS DE LA PRESENTACIÓN

2.1.- MODALIDAD DE PRESENTACIÓN (marque con una X)

| | | |
|---|--------------------------|--|
| Talleres | <input type="checkbox"/> | |
| Simposios | <input type="checkbox"/> | |
| Presentación de casos | <input type="checkbox"/> | |
| Trabajos libres (30 mins. de exposición) | <input type="checkbox"/> | |

2.2.- REQUERIMIENTOS TÉCNICO (marque con una X)

| | | |
|--------------------|--------------------------|--|
| Datashow | <input type="checkbox"/> | |
| Video | <input type="checkbox"/> | |
| Otro (especificar) | <input type="checkbox"/> | |

2.3.- TÍTULO DEL TRABAJO

2.4.- RESUMEN

(500 palabras mínimo-1.000 palabras máximo).

Debe contener según el formato de la presentación:

- Fundamentación
- Metodología (En el caso de los talleres describir metodología a implementar)
- Evidencia (si corresponde)
- Conclusiones (si corresponde)

XX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“Actualizaciones en dependencias: Ampliando Miradas”

Fecha: Del 25 al 26 de Octubre de 2012.

Lugar: Universidad Mayor, sede Huechuraba. Camino La Pirámide 5750, Huechuraba – Santiago.

INVITADA INTERNACIONAL

Brenda Schaeffer PhD.

Especialista certificada en adicciones. Conferencista internacional en amor adictivo. Formada en Psicología Evolutiva, Gestalt, Análisis Transaccional, adicciones sexuales, análisis existencial, transpersonal y terapias corporales. Reconocida por su libro ¿Es amor o adicción?, el que ha sido publicado en 5 idiomas.

INVITADOS NACIONALES

Ps. Susana Ifland

Ps. Ana María Aron

Ps Andrea Machuca

Dr. Humberto Guajardo

Ps. José Luis Rojas

Ps. Paula Repetto

Ps. Marco Barrientos

Ps. Max Moller

Ps. Claudia Ramírez

Dr. Humberto Guajardo

Sra. Diana Kushner

Ps. Cecilia Brahm

Ps. Paulo Egeneau

Ps. Jimena Kalawski

Ps. Camila Del Solar

Ps. Jorge Christian Feutchmann

Ps. Marcela Luarte

Ps. Víctor Olivares

Ps. Rodrigo Molina

Dr. Daniel Martínez

Ps. Mónica López

Ps. María Inés Pesqueira

Dr. Martín Arcilla

Ps. Beatriz Gazmuri

Ps. Miguel Arias

Dr. Luis Tapia

ORGANIZA

Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Ricardo Matte Pérez 492, Providencia – Santiago

Fono: (56 2) 2090286

congreso@scpc.cl

www.scpc.cl



■ Centro de Estudios en Psicoterapia
■ Relacional Corporal invita a

PSICOTERAPIA RELACIONAL CORPORAL (PRC)[®]

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE POST-TÍTULO EN 2013 - 2014
ACREDITADO POR COMISIÓN NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS

DIRIGIDO A

PSICÓLOGOS, PSIQUIATRAS. PROFESIONALES DE LAS ÁREAS
DE SALUD Y EDUCACIÓN (SIN OPCIÓN DE ACREDITACIÓN).

DURACIÓN Y FRECUENCIA DEL PROGRAMA

2 AÑOS. 8 HRS. SEMANALES, DÍA VIERNES

REQUISITOS

ENTREVISTA PERSONAL

ARANCEL

MATRÍCULA: 4 UF

VALOR TOTAL DEL PROGRAMA: 200 UF

Equipo Docente

Marcela Araneda

Psicóloga Clínica (PUC)
Supervisora Clínica Acreditada

Leila Jorquera

Psicóloga Clínica (U. de Chile)
Mag. © Salud Mental Infantil (UDD)

Madeleine Porre

Psicóloga Clínica (U. de Chile)
Mag. Psicología Clínica
Analítica Junguiana (UAI)

André Sassenfeld

Psicólogo Clínico Acreditado (U. de Chile)
Mag. Psicología Clínica
Analítica Junguiana (UAI)



www.cuerporelacional.cl

psicoterapiarelacionalcorporal@gmail.com

NOVEDADES

LANZAMIENTO DE SODEPSI EDICIONES

El sábado 21 de julio se realizó, en dependencias del Hotel Director, la presentación de Sodepsi Ediciones, oportunidad en que se lanzaron oficialmente de los libros *“En Búsqueda de la Razón Oculta”* del Dr. César Ojeda y *“Principios Clínicos de la Psicoterapia Relacional”* del Ps. André Sassenfeld. En la reunión se anunció también la creación de su sitio web: www.sodepsiediciones.cl.

Sodepsi Ediciones pertenece a la Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría, corporación sin fines de lucro, cuyos fines son impulsar el desarrollo y la difusión de la psiquiatría en todas sus vertientes: psiquiatría de adultos, psiquiatría infantil, psiquiatría comunitaria y social, psiquiatría teórica y otras.

Además, impulsará el desarrollo de las disciplinas afines a la psiquiatría, como la psicología clínica, la psicoterapia, la psicofarmacología, la neurobiología, las disciplinas dedicadas a la evolución, al neuro-desarrollo y a la genómica, entre otras.

Sodepsi Ediciones publica textos de autores nacionales relevantes para los objetivos de la corporación y realiza la difusión y la venta de manera electrónica a través de su sitio web. Sodepsi Ediciones es independiente de empresas comerciales.

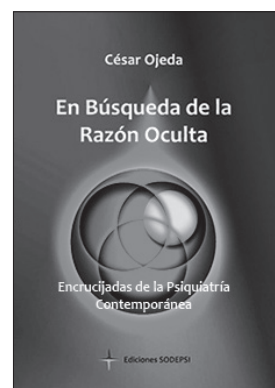
PRESENTACIÓN DEL LIBRO

EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA

Autor: César Ojeda

Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012

(Rev GPU 2012; 8; 3: 249-251)



Patricia Cordella

El Dr. Ojeda titula esta colección de reflexiones como una “búsqueda”. ¿Trata, acaso, de invitarnos a una aventura? Por otra parte, entendemos que iremos a buscar algo oculto, no manifiesto a simple vista, algo que requerirá ciertas competencias logradas o por lograr para alcanzarlo. Se activa entonces algún arquetipo: el caza-tesoros; el sabio; el investigador. ¿Será la razón el tesoro en cuestión? ¿Será que embarcados en ella podremos atravesar los mares negros, muertos, pacíficos o mediterráneos de la esquiva naturaleza humana?

¿Por esto el valor y la invitación cobran sentido en el texto?

El Dr. Ojeda en este libro nos invita a pensar acerca de nuestro quehacer psiquiátrico cotidiano. ¡Menudo quehacer éste en nuestros días! No son pocas las disciplinas que terminan confluyendo en este lago, una especie de Babel líquida y conceptual que nos interpela exigiendo sentido.

El Dr. Ojeda nos presenta 24 notas como 24 afluentes. Estos afluentes no son respuestas, son más bien preguntas enunciadas, construidas con diferentes ideas tomadas de una cierta masa crítica conceptual mínima necesaria para organizar los datos de nuestro oficio.

La lectura de este libro nos conducirá en un paseo ameno lleno de detalles y datos interesantes por senderos que alcanzan, rodean o atraviesan diferentes teorías: por allí la teoría evolucionaria, más allá el fundacional psicoanálisis, por acá las actuales ciencias cognitivas y la filosofía de la mente, y un poco más atrás la filosofía existencialista (el Dr. Ojeda ha sido un

estudioso de Heidegger); el paseo incluye la actualidad en genética, la necesaria antropología y la popular neurobiología. Parece necesaria esta colección de saberes para ponerse al día.

La práctica médica en salud mental requiere un continuo remozar del espacio comprensivo. ¿Cómo opera el sano? ¿Cómo el enfermo? La psiquiatra así como la psicología son disciplinas-puente desde y hacia las cuales circulan concepciones, creencias y juicios derivados de otras áreas del saber. Hay una tendencia a la negantropía, al orden y la coherencia en matrices teóricas. Estas teorías las utilizamos en psiquiatría para operar en, sobre y con nuestros pacientes. La supervivencia de estas teorías tiene, justamente, relación con el valor de uso de las mismas; la claridad con que logran sustentar nuestro quehacer y por sobre todo su capacidad de integrar dimensiones y dar claridad a la complejidad con la cual trabajamos.

El Dr. Ojeda en esta colección de notas nos invita a recorrer por entre sus inquietudes, las nuestras. Son varias las dimensiones que deben anudarse a la hora de operar como psiquiatras y varios los temas, por lo tanto, que han ido conformando nuestra especialidad. La psiquiatría, como cualquier rama de la medicina, tiene como objetivo rescatar lo enfermo y sanarlo.

A diferencia de un hepatólogo que puede situar y disecar su órgano para estudiarlo, nuestra dificultad es que la mente enferma o sana no tiene una localización anatómica. La mente parece implicar no sólo el cuerpo de quien consulta sino de quienes lo contextualizan,

incluido el nuestro como operadores-observadores-participantes. Por esto, delimitar incluso nuestra unidad de análisis es un tema de controversia.

Este no-lugar de la mente hace de la psiquiatría una especialidad compleja, sin casa material, sin lesión anatómica demostrable (en muchas ocasiones) y de la clínica la gran herramienta médica. En algún sentido hemos quedado como herederos de Hipócrates, incesantes buscadores de explicaciones y causas. Por eso de quien venga tomamos ideas y hasta las matemáticas nos auxilian a la hora de explicar complejidad o de medir las evidencias empíricas.

El autor entonces de *Detrás de la razón oculta* nos invita a encontrar razones con esta selección de artículos, algunos inéditos, otros editados en nuestra revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria, en la firme creencia que pensar y escribir lo pensado se da de suyo en este quehacer médico.

Describiré brevemente estos recorridos mostrando las preguntas expuestas.

Todo comienza con una pregunta esencial: ¿Porque somos infelices? Frase que recuerda el título de un libro escrito por otro connotado psiquiatra nacional, el Dr. Peña y Lillo, que ha sido un *best seller* si tomamos en cuenta que lleva diecisiete ediciones. Se nos propone pensar la existencia como una tensión entre dos polos: el temor y la felicidad. Queda sugerido que el hombre es infeliz porque teme, pero es ese mismo temor el que lo lleva a la felicidad, puesto que sólo superándolo la alcanza.

Sigue preguntando: ¿La infelicidad es evolutiva o cultural? Así comienza esta reflexión en la relación evolución-cultura (evo-devo) ¿Qué existe de evolutivo en esta condición? ¿Qué de cultural? ¿Es posible que una especie feliz mute a otra especie infeliz? ¿Por qué se extingue una especie si forma parte de un equilibrio armónico? Darwin, nos dirá el Dr. Ojeda, no responde esta pregunta y deja abierta la discusión evolucionaria. Nos sugiere que la naturaleza simplemente sucede, sin plan alguno. Es la cultura quien diseña antes y los grava con finalidades. Hay información biológica e información semiótica. Biosfera y semiosfera.

Pero continúan las preguntas ¿se tiene conciencia del temor y la felicidad? Y antes que eso ¿Qué es la conciencia? ¿Quiénes son los que han pensado y escrito acerca de esto? Entonces nos presenta a Dennett y lo critica a través de Husserl, Ricoeur, Descartes, así como al contemporáneo Edelman, quienes desde la filosofía, la lingüística, la lógica y la neurobiología se acercan a comprender y explicar esta fugaz conciencia.

En la nota cinco la conciencia se propone desde el psicoanálisis francés lacaniano. ¿Somos el lenguaje?

¿De eso se trata? Esta escuela de deriva lingüística (basados en Saussure) que retoma la *talking-cure* como un real centro de su operar, nos propone que el inconsciente no puede sino estructurarse como un lenguaje y contener el conjunto de haberes y saberes de una lengua. Es decir, cada persona es convención colectiva de significado y es también ese pequeño desplazamiento personal del sí mismo. Somos “casi” semejantes a la cultura y por lo tanto “casi” nos podemos comunicar entre unos y otros. Deriva por esto la posibilidad de comprender a otro y al mismo tiempo la imposibilidad de hacerlo. Allí se construye el nosotros.

Este “nosotros” es un colectivo distribuido. Se trata de algo que compartimos, una cuna, una estructura que nos contiene. El Dr. Ojeda en la nota seis nos cuenta cómo fue la experiencia personal de encontrarse con el pensamiento de un antropólogo que postula la lógica en la que el “nosotros” se organiza. ¿Somos eso, estructura? Así nos presenta a Levi-Strauss y nos cuenta cómo el estructuralismo en su época universitaria lo impactó irrumpiendo en la escena intelectual. Al fin se entendía el yugo, la domesticación preformateada, las matrices culturales con lógicas binarias. Se entendía el destino fundacional: la contradicción.

Pero, sigue el autor en sus notas, (nota 7) la conciencia y el inconsciente no son sólo estructuras culturales y lenguaje, son también biología, la otra orilla, y es justamente esta biología la que permite realizar el aprendizaje de las formas culturales. Desde una *Aplysia* de 20.000 neuronas tomaremos modelos biológicos enraizados en el genoma y será Kandel quien nos mostrará que no hay despliegue genómico alguno sino en la necesidad de adaptarnos al ambiente. Cada cual se escribe en esta lectura. Del medio ambiente donde opera como ser vivo. Por otra parte, en todo lo relativo al aprendizaje y la memoria serán las ciencias cognitivas las disciplinas destinadas a comprender la inteligencia guiadas por el sueño de crear máquinas inteligentes que se relacionen con nosotros.

Pero en verdad: ¿Podemos replicarnos en máquinas? Este tema será analizado en las nota nueve, doce y trece. No es fácil crear sistemas que se comuniquen como humanos. No sólo porque son rígidos y helados sino porque entre los humanos se organiza una comunidad de destino, una verdad común que favorece la comunicación existencial. Algo que las máquinas no pueden hacer es crear comunidad, ser solidarias y generosas entre ellas. Tampoco pueden dudar epistemológicamente. No existen conversaciones entre ellas que construyan o destruyan certezas ontológicas que redireccionen la toma de decisiones. Una máquina es esencialmente determinada mientras nosotros somos esencialmente indeterminados.

Otras reflexiones en forma de notas que nos ofrece este libro están relacionadas con la praxis psiquiátrica misma ¿Cómo se organizan los sistemas de clasificaciones psicopatológicas? ¿Cómo distinguimos entre conducta, rasgo y dimensión de modo de hacerla operativa en la clínica? Porque la cuestión misma del oficio es, por una parte, comprender los fenómenos, y por otra saber intervenirlos. De alguna forma, que no es mágica aunque a veces lo parece, hay un mudar dolor / temor por felicidad.

Es por esto que la psiquiatría ha sido una disciplina de traslados incansable, destinada a buscar en los campos vecinos los frutos que éstas ofrecen, disponerlos en su mesa e intentar explicar lo enfermo. Y es por esto que el especialista requiere de una alfabetización que le permita conocer no sólo en tercera persona, es decir, desde la ciencia médica, biológica, los datos y modelos a usar, sino que además pueda leer en clave fenomenológica, en primera persona. Aunque sabemos que entenderemos los fenómenos de manera insuficiente, la verticalidad materialista nos propone saber tanto de física como de química, biología, comportamiento, estructura social y cultura para poder integrar materia con formas. Esta integración teórica se hace aún más necesaria a la hora de entender el operar intersubjetivo donde es necesario integrar la experiencia del otro con el “en cada vez mi” como lo leeremos en la Nota 19.

La psiquiatría, nos sugiere el autor, se encuentra en una especie de era especular, se han activado los mecanismos de la semejanza y analogía para hacer calzar los numerosos descubrimientos neurobiológicos con las teorías del desarrollo, el psicoanálisis, las funciones superiores. Esto ha producido cuantiosos diálogos entre modelos y teorías que antes eran antagonistas apareciendo posiciones-síntesis que colaboran en la comprensión de la naturaleza humana.

Los especialistas ya estamos de acuerdo en que no nos sirve utilizar sólo un modelo médico en el cual diagnóstico nosológico e indicación farmacológica sean el centro de nuestro quehacer. La cuestión va más allá. Ese más allá podríamos decir se trata de la práctica psicoterapéutica entendida con amplitud: desde una escucha atenta y comprensiva hasta un análisis de diván. Al parecer, sostener la atención en el relato,

acompañar la narrativa con creación de imágenes co-construidas, abrir los canales empáticos y dejar que otro nos ocupe con su existir, por un rato, son prácticas vinculares por las cuales muchos están y estamos dispuestos a pagar. El Dr. Ojeda pone en cuestión estas prácticas y nos propone pensar en cuál es nuestro rol cuando intervenimos más allá de hacer un diagnóstico e indicar un tratamiento farmacológico. Se pregunta: ¿Cuánto de nuestras creencias van induciendo al paciente a tener una idea de sí mismo que tal vez no le pertenezca y no lo ayude? ¿Cuánto de contenedores y ordenadores sociales (por no decir guardalíneas o policías) tenemos los psiquiatras?

Otro aspecto que abordan estas notas dice relación con los pares, los colegas y los modos de conexión que tenemos entre nosotros: reuniones, cursos, congresos, y más impersonalmente a través de revistas científicas. Desde estas últimas nos enteramos de las preguntas que se hacen los investigadores, de los intentos por resolverlas; de sus resultados y las proyecciones sobre nuestro quehacer. Pero, ¿cómo se cocinan los artículos? ¿Quién paga el gas en las cocinas? se pregunta el autor. Porque sabemos que un artículo tiene fuerza de verdad y alto impacto en modelar conductas de los profesionales. Esta sumatoria de actos médicos, en particular los que terminan en una receta, nos conecta con un mundo poco explorado por nosotros, el mundo de los negocios. Parte de nuestro quehacer se resume en una indicación farmacológica, es decir, en la orden de adquirir un producto (pocas profesiones tienen este poder) que activa la maquinaria económica que hay detrás de los laboratorios que los fabrican y publicitan. El Dr. Ojeda ha sido activo en estas materias, promoviendo la reflexión y la controversia a través de la revista *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*.

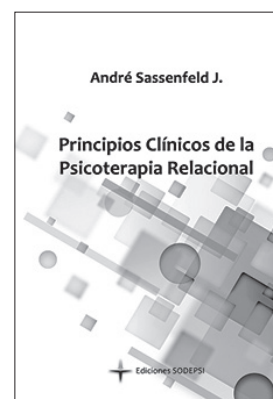
En resumen, este libro es la compilación de las meditaciones que realiza un colega inquieto, no dispuesto a ceder tan fácilmente ante lo evidente, que manifiesta sus preguntas inspirado en sus lecturas; su práctica; su propia búsqueda y las interesantes conversaciones que sostiene con muchos de nosotros. Bueno, ahora las podemos leer, paladear y comprender en un solo volumen desde la pluma docta de este autor.

Santiago de Chile, Julio 2012

PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

Autor: André Sassenfeld
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012

(Rev GPU 2012; 8; 3: 252-256)



Analía Stutman¹

Antes de comenzar a hablar del libro me pareció interesante hacer una breve presentación de André Sassenfeld, ya que, conociendo algo de su biografía profesional, se puede entender mejor su motivación como autor de un libro como el que escribió.

André se sumergió en sus tiempos de estudiante de psicología en los enfoques experienciales gestálticos y humanistas, probando y comprobando en sí mismo los efectos de esta propuesta clínica para luego adentrarse a través de su magister, en la psicología junguiana, que le permitió apreciar el psicoanálisis desde una ruta diferente a la que solemos tener los interesados en psicoanálisis, que partimos desde los enfoques clásicos impartidos en las universidades, que no son tan diversos. De ahí comenzó a hacer sus integraciones con los enfoques que tomaban lo corporal como elemento central e ineludible del vínculo terapéutico, aspecto que nosotros –los formados más clásicamente– esquivábamos, creyendo que la salida a lo corporal, estaba más cerca de un *acting out* o *acting in*, que de una integración psique-soma dentro de sesión.

Todo esto se fue conjugando con su curiosidad por la filosofía y el reencuentro con su lengua de infancia, el alemán, con la cual volvió a releer a los filósofos alemanes mientras paralelamente fue profundizando su interés en la meditación y el yoga, o como lo llamamos

desde estos horizontes clínicos, el mindfulness. Un capítulo especial en su formación lo tuvo el estudiar con Juan Francisco Jordán y Marta del Río, quienes –atreviéndose a desafiar el establishment– realizaban cursos sobre psicoanálisis relacional e intersubjetivo, en un tiempo en que eso no era nada de frecuente y muy poco conocido para muchos de quienes nos formamos con ellos.

André va a proponer como lente para la lectura de su libro la motivación por presentar los conceptos y autores con un “estilo de acercamiento integrativo”. Esto es, mostrar los pensamientos y posturas de los enfoques presentados, como quien arma un mapa conceptual del paradigma, que muestra el estado del arte: convergencias y divergencias sin discutirlos, dejando al lector la tarea de encontrar sus propios criterios, afinidades y desavenencias, al profundizar en su propio modo de trabajar clínicamente.

El libro presenta algunas tesis que servirán de telón de fondo a todo el trabajo y pueden resumirse en tres ideas:

- La imposibilidad de borrar al terapeuta de la escena analítica
- La centralidad de los afectos y las experiencias subjetivas de cada miembro de la pareja analítica

¹ Psicóloga psicoanalítica relacional, miembro IARPP.

- La centralidad de lo vivido por ambos en la sesión y su uso para el análisis y reflexión sobre lo que acontece al sujeto, como vía regia para ayudar al proceso terapéutico y al bienestar del paciente.

La propuesta del libro tiene un acento en las afectividades convergentes de terapeuta y paciente y reconoce, a modo de supuesto básico, que éstas se originan, activan y reactivan a la luz de las experiencias previas, y de lo que se genera en cada uno al interactuar en la díada. Habla de transferencia y co-transferencia, en vez de contra-transferencia con un énfasis en la acción, en “los modos de estar con”, más que en el pensamiento o mundo representacional de cada uno, como se suele proponer desde la psicología de la mente a solas o aislada. Y si bien la transferencia parece un punto del cual ya se ha hablado mucho y queda claro que es uno de los enunciados metapsicológicos y clínicos que más se van a mover con el cambio de paradigma, resultan estimulantes estos giros y matices, ya que si no, nos acoplamos a la antigua reificación del pensamiento –el mundo de la fantasía a solas– por sobre los efectos de la vincularidad y la afectividad concomitantes, desconociendo nuestra naturaleza mixta: acción, afectos y pensamiento; mente, psique y cuerpo.

Se rescata el concepto de “Enactment” (págs. 17, 22), como escenificación necesaria para comprender la escena terapéutica. Se trata de una mirada que se centra en recoger lo que ocurre, resaltando el plano y método fenomenológico de rescatar el nivel experiencial. Nada ocurre en la mente de uno de los participantes, sino que juntos terapeuta y paciente van dando un sentido, nombrando y encuadrando lo vivido. El sentido no es *a priori*, como tampoco lo son lo vivido transferencial ni co-transferencialmente, sólo se arriba a estos entendimientos *a posteriori*, como interpretaciones sólo posibles de pensar y descifrar, una vez ocurrido el evento relacional.

Se trataría, según el libro, de escenificaciones inevitables y necesarias, para llegar a conocer los procesos inconscientes o implícitos, tanto del paciente como del terapeuta (pág. 307).

El libro nos propondrá interrogarnos acerca de si Psicoterapia analítica y Psicoanálisis son similares como abordajes. Una de sus tesis es que sí lo son –en una dimensión al menos– y es la de “ampliar los ejercicios y opciones de conciencia sobre la propia vida del sujeto” y que esto se traduzca en experiencias enriquecidas de bienestar psicológico consigo mismo y los otros. Pero a su vez, propondrá otra tesis –marcando una diferencia con el psicoanálisis tradicional– que sería que no es posible estar bien con uno mismo en una dimensión

aislada de la intersubjetividad propia de la vida en comunidad. Como podrán ver, nos deja espacio y nos exhorta a crear nuestros propios juicios y sustentar nuestras opiniones.

Al leer me pregunté qué motivaciones pueden subyacer al hecho de que André haya escrito este libro. Y pienso que puede ser su cualidad doble de clínico y profesor: docente de clínica tanto en el ámbito privado de la profesión, como en el universitario. Esto, debido a que el libro está plasmado de oportunidades para pensar la propia clínica y también para estudiar, considerando a las innumerables cuestiones que surgen al momento de estar con otro –alumno o paciente– que nos va a interpelar por nuestras teorías y convicciones profesionales y éticas. Su libro se dedica en gran medida, a mi juicio, a ir resolviendo esas interrogantes y respondiendo esas preguntas, desde la profunda investigación de lo que se ha escrito los últimos años dentro de algunos marcos psicoanalíticos relacionales particulares, con énfasis en autores americanos por excelencia y otros que adscriben o confluyen con sus modelos.

Uno de los ejes centrales más interesantes que planteará será la consideración de la singularidad del terapeuta y la libertad responsable que de ahí emerge en el ejercicio de su clínica, versus la propuesta clásica de un terapeuta standard y un abordaje más tipificado a su vez. Aborda para esto preguntas, reflexiones y respuestas sobre la evolución de la clásicamente llamada “teoría de la técnica” y sobre los cambios y movimientos en los paradigmas relacionales.

Siguiendo ambos recorridos –sobre la praxis y sobre las teorías– se visualiza la posibilidad de que efectivamente podamos ejercer nuestra individualidad como terapeutas, sostenidos en un marco que no es cualquiera. Un marco filosófico y teórico que –para mí al menos– fue un alivio encontrar durante mi carrera, cuando en forma espontánea y bastante a ciegas, me sentí en muchos momentos transgrediendo –sin querer queriendo– las únicas verdades que conocía –las del Psicoanálisis clásico– y a cambio, no contaba más que con mi intuición, mi contratransferencia y creencias profundas que no encontraban un marco que les diera espacio y un cierto orden.

Durante la lectura de este libro y otros tantos en los que se basan los planteamientos aquí vertidos, se logra encontrar un sostén necesario para un ejercicio clínico serio y riguroso, respaldado en los principios que el libro sugiere. Se trata, entre otras cosas, de una generosa y ordenada recopilación de planteamientos filosóficos y clínicos, junto a impecables preguntas que hacen dinámico el seguimiento de las ideas. Cuestión nada fácil para un libro sobre psicoterapia, donde no

se encontrarán casos clínicos entretenidos que amenicen ni hagan más sencilla la tarea, sino de un libro contundente y pesado en contenidos, citas y autores. Ni una sola ilustración clínica “para distraer la mente ni desviar la vista”, como dirían Schwenke y Nilo (músicos y “psico-analistas” de la realidad social, de origen valdiviano).

Y en esa línea, no puedo dejar de destacar, mientras presento el libro, el trabajo arduo previo de investigación, traducción, entrevistas y estudio efectuados para esta recopilación y autores frescos y vivos, que André no sólo ha leído, sino a quienes ha buscado y con quienes ha entablado un diálogo clínico, para ofrecernos un texto que puede funcionar –si uno lo quiere– como un soporte de pensamiento necesario para acoger emociones, intuiciones, incertidumbres, tensiones y meditaciones de muchos terapeutas en busca de marcos para pensar y entender su ejercicio clínico.

Creo que quienes nos aproximamos a esta vertiente de pensamiento éramos posmodernos germinales (en el sentido de una cierta inclinación hacia lo relativo, lo no dogmático, las verdades parciales y contextuales) –que no sabíamos que lo éramos– pero que por alguna razón nos resistíamos a algunos de los postulados clásicos, que nos parecían tendientes al reduccionismo teórico y verdades demasiado absolutas. Pero el efecto de la incertidumbre profesional inicial, las inclinaciones de los colegas y la poca oferta de miradas, terminó comiéndose al posmoderno incipiente que llevábamos dentro y que no terminaba de brotar por falta de aire. Y por esto me entusiasmé leyendo, pensando en que es la primera producción chilena –por mí conocida– de la magnitud de un libro, que habla, justifica y respalda teórica y bibliográficamente los intereses de quienes fuimos siguiendo a autores más del *middle group*, la psicología del self, o reichiana, o de la curiosidad por otros modos de trabajar, sin tener que renunciar a la epistemología psicoanalítica.

Sucintamente les contaré que el libro se compone de tres partes:

- la primera trata de conceptos epistemológicos y filosóficos que contextualizan la emergencia del movimiento relacional en psicoanálisis.
- La segunda aborda algunas transiciones teóricas en torno a dos aspectos de la terapia analítica: la evolución de los conceptos sobre los procesos inconscientes y una caracterización de la situación terapéutica
- La última es su propuesta de los principios clínicos derivables de lo anteriormente presentado, que subyacen a la práctica de la psicoterapia relacional.

Una de las afirmaciones que se desarrollará a lo largo de todo el libro es que “lo que constituye la experiencia individual no es el conflicto entre impulsos endógenos y defensas como en el psicoanálisis clásico, sino la inserción del sujeto en la matriz relacional” (pág. 58). Para ello examina una gama de propuestas acerca de la constitución del sujeto y de la conformación de la psicopatología, así como de alternativas clínicas sobre el abordaje de un paciente. Saca al sujeto de un determinismo catapultador de la autoestima y de la esperanza en el cambio: “soy así: Yo, mis defensas, impulsos y conflictos”, a un gerundio como propuso visionariamente Winnicott décadas atrás, de “estoy siendo así y es aquí y contigo”. Es decir, es algo mío pero contextual, vincular y posiblemente transitorio; lo que abre un rico campo de discusión acerca de qué vamos a entender por psicopatología, su gravedad, cronicidad, etiología. Este punto se trabajará en el libro variadas veces con distintos sustento teóricos, casi para que no se nos olvide nunca más.

Esto bien se podría decir también de cualquier postulado sistémico o interpersonalista, entonces ¿dónde radica la novedad o riqueza? Y la verdad es que como todo conocimiento que no se autoengendra, naturalmente tendrá sus raíces en propuestas filosófica y humanistas que no son exclusivas del psicoanálisis relacional, y no tendrían por qué serlo, pero tienen la ventaja que han sido pensadas desde y dentro del psicoanálisis, conservando el valor de toda la experiencia de lo inconsciente, ampliándolo, ligándolo con ideas del inconsciente escindido o disociado y su relación con lo traumático, sin reducir la experiencia vivida a un trabajo de elaboración del pasado solamente, y la posibilidad de entender los desarrollos del ayer con un agiornamiento del presente y de lo que la investigación ha podido aportar como complemento y correlato, por ejemplo la neuro ciencia.

Algo que se agradece desde el comienzo del libro es su claridad y sencillez sin perder jamás la profundidad y complejidad que implica presentar un modelo de pensamiento clínico, en el cual subyacen paradigmas filosóficos diversos y enfoques psicoanalíticos con los cuales se va tejiendo este pensamiento, y de otros de los cuales también se aleja y marca sus diferencias. No es difícil encontrar textos psicoanalíticos que sean muy interesantes pero que se presenten al lector como difíciles de seguir y hasta crípticos.

También destaca el que no pierda la cualidad abierta que es propia de este enfoque. No intenta adoctrinar, no pretende convencer ni tampoco decir hasta aquí llega este conocimiento, sino que siempre va presentando las múltiples fuentes que nutren este paradigma y a su

vez los afluentes que de ello han derivado. Justamente cuida no perder el tenor de presentar principios y no recetas, orientaciones y miradas desde donde se ubican los pensadores que se citan, dejando porosa la relación que el lector quiera tener con cada uno de ellos, para tomarlos, discutirlos, disentir, etc.

Al revisar la bibliografía del libro se observa la tendencia de autores americanos en las aristas clínicas y de filósofos europeos; y ciertamente, como André señala, éste es el marco de algunos autores que representan algunas corrientes. Deja abierto el espacio para que un hipotético “otro” tome la posta y vaya complementando con otras miradas concordantes o no. Pensaba en cómo podría ser el cruce con psicoanalistas franceses, argentinos, españoles, que desde otros enfoques se acercan a pensamientos semejantes, tal vez poniendo más énfasis en la tarea de historización del sujeto.

Me pregunto si acaso será que este paradigma es realmente abierto, móvil y flexible, dispuesto a ser desplazado para ser fiel a sí mismo, falibilista, como diría Orange; ¿o es que estamos saliendo de un “fanatismo” clásico a uno intersubjetivo, que goza de las mismas falencias y sorderas que el anterior? Me cuestiono si acaso no tendrá un sesgo de fanatismo también insistir en lo abierto y diverso, como un permanente estado del arte, pero que no logra definir o declarar sus fronteras? Es un riesgo siempre abismante, pero con respecto al libro, André enmarca de manera clara los límites de su lectura, recordando la particularidad de los enfoques y autores citados. Esto permite reencontrarse con la propuesta dinámica de pensar sin exigencia de comulgar.

Todo un aporte resulta la última parte del libro, para los clínicos en formación, para quienes transmiten la clínica en clases y supervisiones y para los más expertos que traen años de experiencia y que con flexibilidad han querido ampliar, modificar o afiatar un modo de trabajo en lo relacional, al encontrarse con un segmento del libro dedicado al análisis de la clínica relacional, que condensa en sus páginas tres temas altamente interrelacionados, pero posibles de separar para efectos de la reflexión y el estudio:

1. la naturaleza de la psicoterapia relacional,
2. las cualidades del psicoterapeuta relacional
3. las tareas y metas de la terapia.

Respecto a la terapia, se concentra en mostrar formas de cómo entenderla, rastreando siempre las semejanzas y diferencias de distintos modelos dentro de este enfoque, algunos claramente provenientes de la psicología del self, otros como resultado de investigación empírica, de la observación de infantes y la teoría

del apego y sus miradas más actuales, otros provenientes de la hermenéutica filosófica aplicada como práctica clínica, por nombrar las más recurridas en el libro.

Debo reconocer que hasta ahí me parecía una síntesis exhaustiva, pero no radica ahí la novedad ni la riqueza del libro. Si uno parase de leerlo en esas páginas se podría quedar con la idea de que se trata de una precisa y concienzuda recopilación. Pero es al avanzar hacia sus propuestas y revisiones sobre la persona del terapeuta, sus actitudes y posicionamientos, donde aparece el autor también en su calidad de productor de pensamiento clínico proponiendo interesantes articulaciones y síntesis que derivan en una propuesta sobre una forma posible de hacer clínica. Permite, a su vez, convertir el texto en un terreno fértil para debatir y polemizar sobre cuestiones concretas del quehacer terapéutico, permite cuestionar y ubicar la propia praxis y reflexionar desde ahí, acerca de los modelos, axiomas y tesis personales desde donde abordamos el trabajo clínico.

Penetrando más de lleno en las características del terapeuta relacional, revisé muy al pasar –pensando en esta presentación– qué cosas tenía yo sobre “la persona del terapeuta”, y la gran mayoría de lo encontrado provenía del enfoque sistémico. Y cuando encontraba ponencias o artículos provenientes de círculos psicoanalíticos aparecía reiteradamente la nominación: “La persona real del analista” y pude dimensionar el valor de poner dentro de un texto psicoanalítico conceptos como la persona del terapeuta, sin robarle marco teórico a los enfoques sistémicos, tomando algo de ellos, por su énfasis en lo vincular, pero sin hacer esa dicotomía sobre la persona real y la fantaseada o representada. Y entonces volví a impacientarme con la transmisión de los enfoques clásicos, que tempranamente tienden a hacer pensar que la experiencia del terapeuta es preferentemente producto de aspectos no trabajados, o fallas en la distancia emocional y la abstinencia; o bien que la falta de neutralidad podría ser perjudicial o una equívoca actuación. En el mejor de los casos, si atrapamos la contratransferencia a tiempo, podemos volverla lo más invisible posible, como si eso se pudiera lograr. Y es que tal como menciona el libro había una expectativa de un terapeuta universal único, aprehensible con un riguroso entrenamiento y que permitía borrar todos los contornos de la especificidad de uno como ser humano.

Por lo tanto, en este segmento del libro encontré interesantísimos aportes sobre la persona del terapeuta y su forma de ser y estar en sesión y en la relación en general, aquella que queda sostenida en la mente y experiencia de ambos, incluso en ausencia de sesión.

Muestra los diversos acentos encontrados por él en distintos autores que plantean algunas actitudes deseables, con una orientación hacia la empatía (el otro), o hacia la expresión de su subjetividad (uno mismo). Y cómo pueden ser ambas propuestas complementarias sin tener que reducirse ni anularse.

Un aporte genial de esta sección del libro es cuando rescata la importancia de sacar de la clandestinidad un montón de “afectos como incertidumbre, sorpresa, improvisación, espontaneidad, autenticidad, curiosidad e impredecibilidad” (pág. 210), que viven dentro de un terapeuta y que no resultaban muy bienvenidos en ciertas instituciones o marcos de trabajo. Se me ocurre que algo semejante a lo que puede haber ocurrido cuando Joyce McDougal pone por título a su libro: “Alegato por una cierta anormalidad”, o en Winnicott con: “el niño como antidepresivo”, o en Piera Aulagnier con “la violencia de la interpretación”. Títulos que parecen de protesta, transgresores y provocativos.

Para ir cerrando esta 3ª parte, al trabajar sobre las metas y tareas, ofrece un soporte teórico para sostener las convicciones del clínico, bajo el nombre de: “posicionamientos epistemológicos, teórico-clínicos y clínicos del psicoterapeuta” (pág. 208). Un compilado de fundamentos de gran nivel que funcionan como basamento al quehacer terapéutico e involucra profundas ideas sobre el ser humano y su relación con el otro.

Posicionamiento como un concepto –creo yo– que suena móvil, variable y, a su vez, arraigado y nada de discreto o aguachento. Que implica una postura, un lugar desde donde se piensa y se opera, un terapeuta encarnado. Plantea un modelo donde los posicionamientos se podrían pensar como concéntricos: de lo más global a lo más específico, de lo más contextual general a lo más particular de cada diada, de lo más filosófico a lo más pragmático, la bajada de línea a cada pareja terapéutica real. Y en mi rol docente, agradecí la capacidad de extraer de todo lo estudiado por el autor, principios organizados, posicionamientos transmisibles y bien respaldados. Su formulación propone cinco

posicionamientos de cada tipo: 5 epistemológicos, 5 teórico clínicos y 5 clínicos

Sin embargo, André no hace toda la tarea, queda en deuda, ya que él mismo advierte –se echa al agua– que fue una tarea no abordada ni contenida en sus objetivos el hacer una comparación crítica entre los modelos presentados y sus divergencia; y los alcances de estas divergencias en lo teórico y en la praxis clínica y, claro, uno se queda con ganas de encontrar todo hecho, el apego a las verdades completas, no se sale tan fácil.

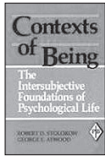
Por último, lo que me resaltó como más controvertido con mis esquemas personales es lo que ocurre en torno al tema de la expresión de la subjetividad del terapeuta. Nunca me había tocado ver tantas veces estampada en un libro esa dimensión de la experiencia clínica, y en efecto estamos concientizados a querer borrarla, hace ruido, resta piso a las expectativas positivistas enseñadas desde la creación del psicoanálisis, deja mucha incertidumbre suelta, demasiado acceso a la espontaneidad y eso hemos aprendido de chiquititos, nos puede llevar al caos.

Me produce cierto desconcierto y culpa con mi formación y todavía me da pudor y sospecha. Tal vez parte de la libertad propuesta en lo profundo pase por no vestirse apresuradamente con ropajes intersubjetivos totales, antes de haberse asegurado de la comodidad que planteará tal vestidura. Tal vez eso sea parte de lo aprendido en este libro, que corremos el riesgo de que creyendo haber abandonado un patrón relacional de sometimiento a algo más rígido y absolutista, caigamos en un seudo nuevo patrón que adscribe a todo lo relacional, pero no sea más que una repetición, sólo que, ahora, de apego a esto nuevo. Esa es una frontera que siempre se deberá resolver en la intimidad de uno mismo como terapeuta y persona. No transgredir los propios límites.

Espero haber podido transmitir lo esencial del libro y por sobre todo haber logrado invitarlos a leerlo y relacionarse con él, desde toda su subjetividad.

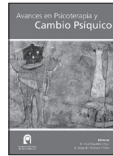
CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



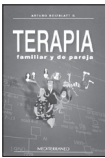
CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



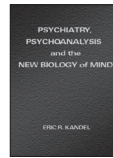
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



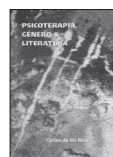
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



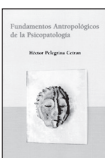
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

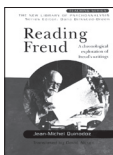


SCHIZOPHRENIC SPEECH

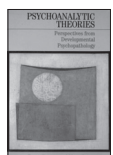
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh
Ed: Cambridge University Press, London, 2005
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232
Compra: www.amazon.com



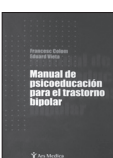
TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



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



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



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



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



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



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



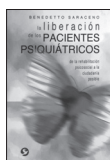
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



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



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



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



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



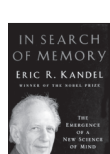
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



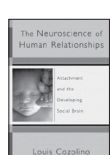
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



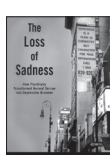
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



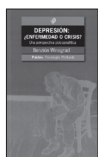
THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN
 Autor: Louis Cozolino
 Ed: W.W. Norton & Company, New York, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244
 Disponible en: www.amazon.com



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



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



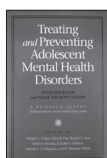
DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benzió Winograd
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254
 Compra: www.paidos.com



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



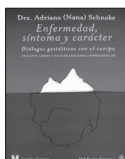
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



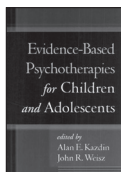
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



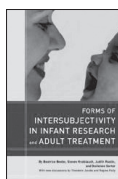
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



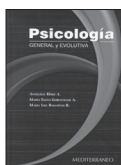
EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



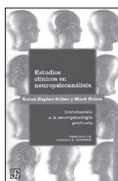
SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO
 Autor: Pedro Torres-Godoy
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34
 Compra: www.psicodrama.cl



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



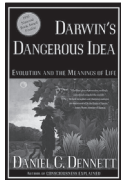
GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
 Editor: Dr. Hernán Silva
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile;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



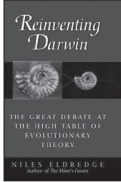
ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164
 Compra: www.libreriasdelfondo.com



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



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



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



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



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



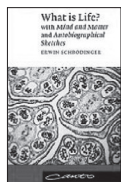
LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS
 Tome II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.
 ISBN : 2213605939
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



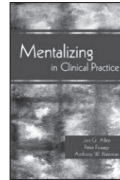
EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS
 Tomo II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.
 ISBN : 950-12-3809-1
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



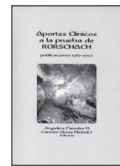
THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE
 Autor: Daniel Siegel
 Editorial: The Gilford Press, New York, London, 1999, 394 pp.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391
 Compra: www.amazon.com



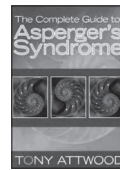
WHAT IS LIFE?
 Autor: Erwin Schrödinger
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396
 Compra: www.mediterraneo.cl



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; 4: 397-398
 Compra: www.mediterraneo.cl



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



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



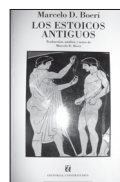
WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING
 Autor: Enrique Jadresic
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



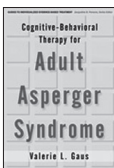
LA NATURALEZA DE LA CONCIENCIA. CEREBRO, MENTE Y LENGUAJE
 Autores: Maxwell Bennett, Daniel Dennett, Peter Hacker y John Searle
 Editorial: Paidós, 2008, 269 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 164-166
 Compra: www.tematika.com



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



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



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



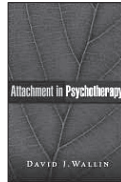
ENCUENTRO CON LA PSICOTERAPIA. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA RELACIÓN Y EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PARADOJA DE LA VIDA
 Autor: Jean-Marie Delacroix
 Editorial: Cuatro Vientos
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 177-179
 Compra: www.cuatrovientos.cl



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



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



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



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



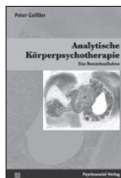
BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE
 Autor: Enrique Jadresic
 Uqbar Editores, Santiago, 2009
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 303
 Compra: librerías



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



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



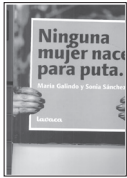
ANALYTISCHE KÖRPERPSYCHOTHERAPIE: EINE BESTANDSAUFNAHME
 Autor: Peter Geissler
 Editorial: Psychosozial-Verlag, Giessen, 2009
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 1: 21-23



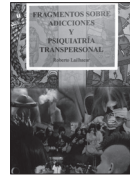
AUTOBIOGRAFÍA DE UN ESPANTAPÁJAROS
 Autor: Boris Cyrulnik
 Editorial: Gedisa, 249 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 2: 134-136



ESTRUCTURAS PSICÓTICAS, LÍMITROFAS 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



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



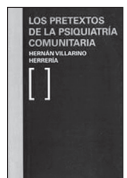
DOLOR HUMANO Y FE CRISTIANA
 Autor: Sergio Peña y Lillo
 Editorial: Patris, 2009, 50 pp.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 3: 248-249



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



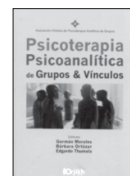
SOCIEDAD Y COMPLEJIDAD. DEL DISCURSO AL MODELO
 Autor: Manuel Vivanco
 Editorial: LOM / Fac. de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Santiago, 2010, 186 pp.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 2: 148-150



ON KINDNESS
 Autores: Adam Phillips, Barbara Taylor
 Editorial: Penguin Books, London, 2009
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 1: 18-19



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



PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPOS Y VÍNCULOS
 Editores: Germán Morales, Bárbara Ortúzar y Edgardo Thumala
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 1: 20-22



ENFERMEDADES DEL ÁNIMO

Pedro Retamal (Editor) y Pablo Salinas (Editor Asociado).
Mediterráneo, Santiago de Chile, 2011
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 2: 119-121



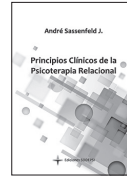
EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA

Autor: César Ojeda
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 3: 249-251



ONTOLOGÍA DEL LENGUAJE

Autor: Rafael Echeverría
Comunicaciones Noreste Ltda., 2011 (Reimpresión),
Santiago, 433 pp.
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 2: 122-124



PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

Autor: André Sassenfeld
Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 3: 252-256

LA CRISIS DE LA ÉTICA: ENTREVISTA A ANITA ESCRÍBAR

(Rev GPU 2012; 8; 3: 264-268)



ANITA ESCRÍBAR

Anita Escribar Wicks es Profesora de Estado en Filosofía de la Universidad de Chile y Profesora titular de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, jerarquía académica que recibió el año 2002, habiendo tenido antes la jerarquía de asociada desde su ingreso a la Universidad de Chile en 1982, después de haberse desempeñado en el Instituto de Filosofía de la Universidad de Concepción. Es Profesora Emérita de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, calidad que le fue otorgada el mes de mayo del 2009. Medalla al Mérito Académico “Rector Valentín Letelier” obtenida el año 2005. Creadora del Centro de Estudios de Ética Aplicada (CEDEA) en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile. Ex presidenta de la Sociedad Chilena de Filosofía. Ha sido Directora del Departamento de Filosofía de la Facultad de Filosofía y Humanidades y Directora del Centro de Estudios de Ética Aplicada. Durante su permanencia en la Universidad de Chile ejerce docencia –fundamentalmente en Ética y Bioética– en los Programas de Magister (en especial en el de Bioética dictado en conjunto con la Facultad de Medicina) y de Doctorado de la Facultad de Filosofía y Humanidades y en el Programa de Doctorado en Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales. Como Profesora Emérita continúa ejerciendo docencia en la Facultad de Filosofía y Humanidades y en la de Medicina de la Universidad de Chile. Algunas de sus publicaciones son: *Elementos de Filosofía 4° Medio; Teilhard de Chardin, Espíritu de Síntesis, Bioética; fundamentos y dimensión práctica* (coeditora y coautora) y *Ética Narrativa; antecedentes y posibles aportes al juicio moral*, de próxima aparición. Además ha publicado numerosos artículos en revistas de la especialidad, sobre Kant, Nietzsche, Bergson, Ricoeur y Habermas, entre otros.

Gaceta de Psiquiatría Universitaria: *Usted es filósofa y profesora emérita de la Universidad de Chile. ¿Podría contar-nos cómo se interesó por la filosofía y qué ha significado ésta para su vida y su trabajo intelectual?*

Anita Escribar: Mi padre, además de abogado, era profesor de filosofía y castellano y yo debo haber tenido unos 12 años cuando –al iniciar unas vacaciones– me entregó *Don Quijote de la Mancha* y la *Apología de Sócrates*. Resulta evidente que yo debo haber tenido ya una inclinación, porque si no las habría dejado de lado; pero es lo primero que recuerdo en relación con una vocación que luego profundizó una monja española –que me hacía clases de literatura y filosofía en el colegio– insistiéndome en que me mantuviera fiel a esas disciplinas.

La filosofía ha representado para mí el núcleo orientador de todo mi trabajo intelectual; desde un comienzo –primero casi intuitivamente y después apoyada por la obra de filósofos tales como Nietzsche, Gadamer y Ricoeur– la entendí siempre como un camino de autoconocimiento y de comprensión de la cultura a la que pertenezco.

GPU: *Actualmente usted se desempeña como académica en el Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. ¿Cómo surgió su preocupación por la ética y la bioética? ¿Podría describirnos su experiencia como filósofa impartiendo docencia en una facultad de medicina?*

AE: Yo diría que la lectura de esas obras de Cervantes y de Platón que menciono en la respuesta anterior me marcó profundamente; la primera, porque ese loco que lucha contra los molinos de viento en defensa de la justicia y sin prestar atención a las “sensatas” observaciones de Sancho, me hizo vislumbrar horizontes posibles que me entusiasmaron; la segunda, porque en ese diálogo descubrí tempranamente que la filosofía podía representar un modo de vida que exige –como en el caso de Sócrates– fidelidad hasta la muerte.

La preocupación por la ética empezó a gestarse en mí desde el momento en que descubrí que la filosofía podía implicar un modo de vida. Esa preocupación se profundizó cuando en la *Genealogía de la Moral* nietzscheana me enfrenté con los conceptos de “ilusión” y “conciencia falsa” y comprendí la importancia de su anuncio de ser el primero –entre quienes se han ocupado de la ética– en preguntarse qué se esconde tras nuestros “bueno” y “malo”. El grito del loco que busca a Dios despavorido y se espanta ante la desaparición del sentido –que él es el único en detectar– me estremecieron y me impulsaron a investigar las grandes herencias constitutivas de la tradición ética occidental.

Descubrí así, cómo, con el correr de los siglos, lo que había sido en sus inicios una disciplina esencialmente práctica, había llegado a centrarse en una discusión sobre fundamentos, dejando completamente de lado el filosofar en el ágora propio de Sócrates; esto último, entendido textualmente, es hoy por supuesto imposible; pero si se lo entiende como un ocuparse de los problemas morales de la acción que preocupan a los ciudadanos, no sólo es posible sino que resulta imprescindible tras la comprobación histórica del valor profético de las palabras de Nietzsche.

El haber visto a la ética enclaustrada entre los muros de la academia en momentos en que la humanidad adquiriría el poder no sólo de manipular la vida sino de destruir el planeta que la sustenta, despertó en mí el interés por las éticas aplicadas y en especial por la bioética. Ellas llamaban a dirigir la mirada hacia la responsabilidad generada por los nuevos alcances de la acción humana y a centrar la reflexión en los problemas morales inéditos surgidos a partir de esa nueva situación, y colaboraron al resurgimiento de la vida moral cuya muerte fuera anunciada por filósofos de tal envergadura como Nietzsche y Heidegger.

Impartir docencia en la Facultad de Medicina me ha permitido dar cuerpo a un sueño largamente acariciado: enraizar mi filosofar en la vida; vale decir, apoyada por las interrogantes de quienes se ven directamente enfrentados por esos problemas morales inéditos, llegar con ellos –quizás más que a resolverlos– a formularlos con una claridad que permita discernir los valores y principios implicados, posibilite la definición de criterios que guíen las posibles soluciones y facilite el diálogo entre las diversas interpretaciones.

GPU: *Hoy está de moda hablar de “neuroética”; incluso hay quienes se refieren a los fundamentos biológicos y evolutivos de la moralidad como “cerebro ético”. Continuando con la pregunta anterior, ¿cree que es posible integrar coherentemente el pensamiento filosófico con los hallazgos de la neurociencia? Y, de ser así, ¿de qué manera?*

AE: En primer lugar, creo necesario reconocer que sé muy poco de la neuroética y que, consecuentemente, mi respuesta se plantea sólo a nivel de opinión. En segundo lugar, me parece también importante aclarar que considero que filosofía y ciencia se mueven en torno a objetos diferentes y se sirven de métodos diversos. Pienso que Kant en la *Crítica de la Razón Práctica* y en la *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* esboza por primera vez con claridad la posibilidad de pensar metódicamente, sin contradicción de la razón consigo misma, aquellos objetos que –por no ser fenómenos– no resultan cognoscibles para la ciencia. En función de

ello puede decirse que Kant abre un nuevo camino para la filosofía, distinto del de la ciencia, sin posibilidad de verificación empírica, que tendrá que definir sus propios criterios de validez. Aclarados estos puntos, tendríamos que preguntarnos ¿qué es la neuroética? ¿Tiene la validez de una teoría científica o tiene más bien un valor heurístico en cuanto permite una ampliación de la teoría de la evolución hacia ámbitos que hasta el momento le han sido ajenos? Aun sin disponer de una respuesta clara para estas interrogantes, yo diría que si la neuroética afirma que de la evolución surgió una animal –el hombre– entre cuyas capacidades se cuenta la de autovalorarse y valorar a los otros, la de juzgar sus acciones y las de los otros como buenas o malas, justas o injustas y la de enunciar criterios que fundamentan esas valoraciones y juicios, no habría siquiera que esforzarse por integrar coherentemente el pensamiento filosófico con el de la neurociencia, porque una y otra disciplina estarían abordando objetos diferentes, sin interferencias indebidas: la neurociencia, la evolución biológica y las características de un cerebro que permite un pensamiento y una conducta éticas y la ética filosófica lo que hace que un pensamiento y una acción sean éticos. Ahora, si la neurociencia afirmara que es la selección natural la que define lo que es ético al reconocerlo como favorable a la vida me parece que la neurociencia estaría invadiendo ámbitos ajenos al de la ciencia.

GPU: *El año pasado usted dio comienzo a su curso de Ética Narrativa con una premisa desafiante: la ética está en crisis. ¿Podría contarnos en qué consiste tal crisis y cuál –si lo tiene– es su sentido?*

AE: La crisis de la ética –a mi entender– consiste, en primer lugar, en lo que Nietzsche llama la “Muerte de Dios” y se identifica con ese horrible huésped que él dice que golpea a nuestras puertas, el “nihilismo”; esto es, la pérdida de vigencia de los valores considerados antes como absolutos y la desaparición del sentido de la existencia que esa pérdida trajo consigo. Paul Ricoeur considera que esto es consecuencia de la erosión del núcleo ético mítico propio de cada cultura, derivado del proceso de globalización que ha reunido a la humanidad en una especie de cuerpo único agigantado, al que –sin embargo– falta el espíritu; como consecuencia de dicha erosión se ha configurado la mayor contradicción de la cultura contemporánea: la extraordinaria multiplicación de los medios frente a la ausencia de fines, ya que el único vigente pareciera ser el desarrollo económico que –por definición– es él mismo un medio.

Se ha hecho presente, por otra parte, una crisis de la ética filosófica que se hace presente principalmente en la negación de su validez como disciplina dentro de

la filosofía; Nietzsche ve en la ética el disfraz de la voluntad de poder débil, y Heidegger la considera expresión de la pretendida prioridad del sujeto en la filosofía moderna. Quienes mantuvieron, a pesar de lo anterior, su cultivo, lo hicieron centrados en el problema de sus fundamentos, con lo que la ética se convirtió en una cuestión de especialistas, desapareciendo casi por completo del escenario público.

El surgimiento de la bioética a mediados del siglo pasado y a partir de ella del resto de las éticas aplicadas, junto con la constatación de los horrores acaecidos dentro de una cultura marcada por la desmedida confianza en el poder de la razón, que Nietzsche llamara el “optimismo teórico”; colaboraron para el actual resurgimiento de la filosofía moral, contradiciendo su muerte anunciada.

GPU: *¿Podría explicarnos en qué consiste la ética narrativa?*

AE: El concepto de ética narrativa está íntimamente ligado al de “identidad narrativa”; vale decir, a la comprensión del yo y de su identidad no como algo dado sino como tarea. El hombre es el único animal que –debido al debilitamiento de sus instintos– no se recibe definido de partida, sino que debe llegar a ser quien es; debe interpretarse a sí mismo a lo largo de su historia individual y colectiva. Somos autores y personajes principales de la narración que es nuestra vida, autoría que –sin embargo– no es absoluta porque tanto en los orígenes como en el fin de la vida de cada cual los narradores son otros y en la propia narración aparecen otros personajes que son independientes. Cada uno de nosotros es, pues, co-autor de la narración que es su vida, y la identidad se construye a lo largo de esa narración apoyada fundamentalmente en una “promesa” que permite que los otros confíen en mi propia permanencia.

Me atrevería a decir, incluso, que cada cultura se constituye en torno a una promesa; la nuestra –greco, judeo, cristiana– surge en torno a lo que se conoce como “Regla de Oro” de la cultura occidental: “no hagas a otros lo que no quisieras que se te hiciese”; primera formulación de la aspiración a la universalidad de la ética, que luego será revestida de racionalidad por el “imperativo categórico” kantiano y por el “postulado de universalidad” (U) habermasiano.

Nuestra ética es, entonces, narrativa, porque nuestra vida y nuestra historia es narración y la Regla de Oro, si bien se mantiene igual a sí misma en su exigencia de reconocimiento del otro, va variando y ampliando el concepto de “otro”; hasta llegar hoy a incluir el resto de las especies vivas, los árboles, los ríos y la naturaleza en su conjunto.

GPU: Este año usted se encuentra dictando el curso "Ética Narrativa II: Lectura ricoeuriana de la interpretación de la cultura de Freud. ¿Un aporte a la comprensión de la ética? A propósito, quisieramos saber: ¿Cómo surgió su interés por Ricoeur y cuál es –a su juicio– su mayor aporte?

AE: Mi interés por Ricoeur surgió a partir de un viaje que hice a Argentina, donde descubrí unas obritas suyas editadas por Docencia en Buenos Aires; me interesó tanto que importé varias de sus obras en francés, entre ellas *El Conflicto de las Interpretaciones; ensayos de hermenéutica* y *De la interpretación; ensayo sobre Freud*. Creo que su mayor aporte reside en su versión hermenéutica de la fenomenología, vale decir, en su comprensión de la descripción fenomenológica como necesariamente mediada por el rodeo a través de las obras; de allí surge la contrastación entre la "filosofía reflexiva" que hace ese recorrido, y la "filosofía de la conciencia"; inmediata y, por lo tanto, ilusoria, constitutiva de un síntoma que hay que analizar.

GPU: Ricoeur, utilizando una ingeniosa metáfora, se refirió a Nietzsche, Freud y Marx como los tres maestros de la "escuela de la sospecha". ¿Podría explicarnos en qué consiste dicho calificativo?

AE: En alguna medida puede afirmarse que la sospecha es un rasgo característico de la filosofía moderna; Descartes, que la inicia, duda de que las cosas sean tal como aparecen ante la conciencia, pero hace de la conciencia con el "pienso, luego existo" la certeza indubitable que permitirá fundar una nueva ciencia. En este sentido plantea Ricoeur que los tres grandes maestros de la Escuela de la Sospecha –Nietzsche, Freud y Marx– llevan la modernidad a su culminación, en cuanto dudan no ya sólo de que las cosas sean tal como aparecen en la conciencia, sino de que la conciencia sea tal como aparece ante sí misma; pero a la vez, estos maestros –continúa Ricoeur– cierran la modernidad, porque descentran la conciencia al situar la fuente del sentido fuera de ella, en la voluntad de poder, en la libido o, finalmente, en el modo de producción y describiendo cada uno un método diferente que se ajusta a esa fuente que conciben diferentemente: la genealogía, el psicoanálisis, la crítica de las ideologías.

GPU: El mismo Ricoeur, al referirse al psicoanálisis, plantea que éste funciona como un verdadero "laboratorio" donde es posible efectuar una indagación propiamente filosófica de la identidad narrativa del paciente. A través de la interpretación el analista transforma aquellos fragmentos de relatos incoherentes, ininteligibles o insostenibles en historias integradas, aceptables y comprensibles; es decir, en la historia narrada de una vida. ¿Qué le

parece esta idea? ¿Está de acuerdo con la función "terapéutica" de la palabra y la narración?

AE: Ricoeur dice expresamente que él se interesa en el psicoanálisis porque considera que le permitirá comprenderse mejor a sí mismo y a nuestra cultura; pero no se debe olvidar que él está proponiendo una complementación entre el psicoanálisis y la fenomenología de la religión, porque considera que el uno y la otra son reduccionistas si se mantienen separadamente. El psicoanálisis, porque al remitir la interpretación de los sueños y de la cultura que es comparable a ellos –salvo en el caso del arte– a elementos arqueológicos, presenta al hombre como permanente prisionero de su infancia y no logra explicar satisfactoriamente cómo llega a hacerse adulto. Desde la perspectiva ricoeuriana, le falta a Freud el reconocimiento de una interpelación y se expresa en la diferencia entre el deseo narcisista de tener, de poseer –representado en el comer– y el deseo de ser, que supone el reconocimiento del otro y el ser reconocido. La fenomenología de la religión, porque al ignorar la determinante arqueológica de los símbolos carece de la función crítica que debiera protegerla de la construcción de ídolos ante los que luego a menudo se postra. El planteamiento de Ricoeur es, pues, que los mismos símbolos tienen un doble apuntar, arqueológico y teleológico, lo que explica la legitimidad de la existencia del conflicto de las hermenéuticas, pero que es necesario reconocer ese doble apuntar para lograr una comprensión integral de sí mismo y de la cultura. Al mismo tiempo, reconoce que esa comprensión integral es inalcanzable, porque equivaldría al "saber absoluto" hegeliano, que representa una totalización prematura, como todas las totalizaciones, porque el sentido es inagotable. No pretende, pues, lograr la superación del conflicto de las hermenéuticas, sino sólo apuntar en la dirección del ideal de una unidad del lenguaje. Finalmente, la narración y la palabra tienen indudablemente una función terapéutica que Ricoeur reconoce al plantear que la tragedia –y se refiere centralmente a obras de Sófocles y Shakespeare– representa un propeúutico para la ética filosófica que debe aprovechar sus lecciones.

GPU: Revisando los planteamientos de Habermas, en uno de sus trabajos usted hace referencia al concepto de "eugenesia liberal" y el riesgo que implica para la "ética de la especie". ¿Podría indicarnos qué significan ambos conceptos, cómo se vinculan y en qué consiste dicho riesgo?

AE: La "eugenesia liberal" es aquella que no reconoce diferencias de carácter ético entre una eugenesia terapéutica y una simplemente perfeccionadora, y no reconoce en este ámbito otra regulación que la del mercado.

La “ética de la especie” es un concepto que apunta a la autocomprensión ética del conjunto de los sujetos aptos para el lenguaje, que los presenta ante sí mismos como autores indivisos de su propia biografía y, en consecuencia, les permite reconocerse unos a otros como personas que actúan autónomamente, tienen una misma dignidad que subyace a sus diferencias y merecen un mismo respeto. El riesgo que esa eugenesia representa para la ética de la especie es el siguiente: hasta ahora, nuestra constitución genética representaba para nosotros lo “dado naturalmente”; ahora eso se ha convertido en algo que podemos intervenir y programar de acuerdo a fines y deseos ajenos al individuo en formación. Esta nueva capacidad de la que hoy disponemos nos enfrenta a la posibilidad de romper el equilibrio de las posiciones simétricas idealmente esperables entre personas libres e iguales. Esa futura persona, al enterarse de que su dotación genética fue intervenida con fines no terapéuticos, no podría ya autocomprenderse como miembro autónomo de igual dignidad en una comunidad de personas libres; quedarían así dañadas la conciencia de su propia dignidad y su autocomprensión como miembro de la especie.

Se ha planteado que desde el punto de vista moral las modificaciones genéticas introducidas por la eugenesia no interfieren en la libertad de la futura persona; porque tanto la que ha sufrido una intervención como la que no la ha experimentado estará sujeta a las modificaciones socializadoras generadas por el proceso educativo. De manera que la posibilidad de definir libremente la propia biografía que tendría una persona a partir de condiciones orgánicas no elegidas parecería no diferenciarse mucho de aquella de la que dispone una persona programada. En uno y otro caso se haría presente lo que podríamos considerar como un “destino por socialización” que delimitaría el ámbito dentro del cual la persona podrá desarrollar su proyecto existencial, relativizándose por igual la libertad de quien ha sido programado y la de quien no lo ha sido.

Sin embargo, entre ambas situaciones existe una importante diferencia; efectivamente, el individuo que sufrió la intervención genética y el que no la sufrió es-

tán sujetos al “destino por socialización” y ambos pueden –llegado el momento– rechazar retroactivamente las características que les fueron impuestas a lo largo de ese proceso; pero el primero se enfrenta finalmente a la intervención no revisable de su programador, mientras el segundo se descubre como autor integral de esa narración que es su vida a partir de condiciones orgánicas no intervenidas.

En esta forma, las programaciones genéticas de intención perfeccionadora y no terapéutica pueden hacer que la persona sienta menoscabada su libertad por la voluntad de otro que tomó sin su consentimiento decisiones que lo afectan irreversiblemente, impidiéndole así ser el autor indiviso de su propia biografía.

Esta situación de dependencia con respecto al programador estaría llamada a influir poderosamente sobre la autoconciencia de la persona programada, en la medida en que no podrá jamás intercambiar roles con ese otro para recuperar la simetría. En cambio, las modificaciones procedentes del proceso de socialización –a las que el sujeto se vio expuesto también sin su consentimiento– son, por lo menos en cierta medida, revisables y reversibles.

En esta forma, la autocomprensión de la especie se ve estremecida, en la medida en que la intervención genética no terapéutica puede convertir a los individuos programados en productos de sus programadores; se da así una tecnificación de la naturaleza humana que pone en riesgo la autocomprensión igualitaria que está en la base de la ética de la especie y aporta el punto de apoyo para toda la normativa reguladora de las interacciones sociales.

Así, el actual nivel de desarrollo de las biotecnologías podría implicar para la humanidad una transformación de su autocomprensión comparable a la que trajeron consigo el derrumbe de la teoría geocéntrica, la aparición de la teoría de la evolución y el descubrimiento del inconsciente.

GPU: En nombre de los lectores de GPU le agradecemos sinceramente haber aceptado esta entrevista y respondido las preguntas que le fueron formuladas.

LOS POSTULADOS DE LA ONTOLOGÍA DEL LENGUAJE DE RAFAEL ECHEVERRÍA

(Rev GPU 2012; 8; 3: 269-279)

César Ojeda¹

El Dr. Hernán Villarino publicó en el Vol 8, N° 1, de marzo de 2012 de la GPU, un interesante comentario a la reedición del libro *Ontología del Lenguaje* de Rafael Echeverría. Guiado por el interés de ampliar la discusión frente a esta especial disciplina, presento a los lectores la parte pertinente del texto correspondiente al Capítulo VI del libro *La presencia de lo Ausente*², destinada a analizar los puntos de vistas de Rafael Echeverría, Francisco Varela y Humberto Maturana.

Rafael Echeverría ha trabajado en una original disciplina que denomina “Coaching ontológico”³. Gran parte de su actividad parece haberse desarrollado en Inglaterra, Estados Unidos y Canadá, siendo actualmente Presidente del “Newfield Group”, en San Francisco, California, empresa dedicada justamente a la formación de personas en el “coaching ontológico” y a desarrollar el enfoque que él mismo denomina “Ontología del Lenguaje”, tema que expone exhaustivamente en una obra que –con ese mismo nombre– ha aparecido recientemente en Chile⁴.

Su proyecto general es la comprensión del ser humano, pero sobre la base de una determinada y particular articulación de las contribuciones de Nietzsche, Wittgenstein, Heidegger y Maturana, al último de los

cuales considera una “piedra angular” de su propio pensamiento. Esta nueva interpretación del fenómeno humano declara situarse no sólo más allá de los presupuestos del pensamiento moderno, sino que busca incluso trascender las bases mismas de lo que llamamos ‘el programa metafísico’, que por 25 siglos, desde Sócrates, Platón y Aristóteles, dominara al pensamiento occidental. A esta interpretación Echeverría la denomina ‘ontología del lenguaje’.

POSTULADOS DE LA “ONTOLOGÍA DEL LENGUAJE”

PRIMER POSTULADO: *Interpretamos a los seres humanos como seres lingüísticos.*

¹ Psiquiatra. Profesor Agregado Universidad de Chile.

² Ojeda C. *La presencia de lo ausente*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 1998.

³ *Ontología del Lenguaje*. Ed. Dolmen, Santiago, 1994. Todas las citas corresponden a este libro.

⁴ No sabemos dónde puede haber dicho esto Heidegger. Posiblemente Echeverría se está refiriendo a algún aspecto del “cuidado” (*Sorge*).

Es decir, “el lenguaje es, por sobre todo, lo que hace de los seres humanos el tipo particular de seres que son. Los seres humanos... son seres que viven en el lenguaje (y éste)... es la clave para comprender los fenómenos humanos”. Sin embargo, Echeverría acepta que, si bien estamos en el lenguaje, eso no nos agota, puesto que el fenómeno humano es “multidimensional”. Aparte del lenguaje, la existencia humana reconoce otros dos dominios: el dominio del cuerpo y el dominio de la emocionalidad (que no son lingüísticos).

Aunque concibe a estos tres dominios como autónomos –y que por lo mismo no pueden ser reducidos unos a otros– ellos guardan estrechas relaciones de coherencia entre sí. La prioridad del lenguaje deriva de que es “a través” de él –como nos es posible el acceso a los dominios no lingüísticos.

SEGUNDO POSTULADO: *Interpretamos el lenguaje como generativo.*

Este postulado cuestiona la concepción “tradicional” del lenguaje, como una capacidad fundamentalmente pasiva o descriptiva, aquella que nos permite hablar acerca de una “realidad” previa a él y que se limita a dar cuenta de ella. ¿Qué significa esto? Significa que el lenguaje no describe realidades *sino que las crea*, que “el lenguaje crea ser”.

Pero también, al igual que en el primer postulado, Echeverría relativiza. No está diciendo “que todo lo que existe sólo existe en el lenguaje”. “No estamos negando la ‘existencia’ de una así llamada ‘realidad externa’, independiente del lenguaje”. “Pero –continúa– del tal ‘realidad externa’, en cuanto externa e independiente del lenguaje, no podemos hablar. Todo, de lo que hablamos, se encuentra, por definición, dentro del dominio del lenguaje”. “No podemos sostener que aquello de lo que no hablamos no existe (eso sería hacer del silencio y la nada lo mismo)”. “Una vez que algo se convierte en parte de nuestras vidas, una vez que la realidad externa ‘existe para nosotros’, dejó de ser externa, y la forma en que existe para nosotros es en el lenguaje”⁵.

Al postular Echeverría que el lenguaje es generativo está diciendo que es acción y que crea realidades: ... “los

seres humanos –afirma– modelamos nuestra identidad y el mundo en que vivimos ‘a través’ del lenguaje”.

Veamos este punto con las palabras del autor: “Basta pensar en las infinitas oportunidades en las que una persona, un grupo, un país cambiaron de dirección y alteraron su historia porque alguien dijo lo que dijo”, o “al decir lo que decimos, al decirlo de un modo y no de otro, o no diciendo cosa alguna, abrimos o cerramos posibilidades para nosotros mismos y, muchas veces, para otros. Cuando hablamos modelamos el futuro”.

Este postulado se hace más claro en el apartado en que Echeverría se refiere a los “Actos lingüísticos”, y específicamente en lo que llama “Declaraciones”: “Cuando hacemos declaraciones –nos dice– no hablamos acerca del mundo, generamos un nuevo mundo para nosotros. La palabra genera una realidad diferente. Después de haber dicho lo que se dijo, el mundo ya no es el mismo de antes. Este fue transformado por el poder de la palabra”. Como ejemplos pone la declaración de independencia de los Estados Unidos de Norteamérica, o cuando un Juez declara ¡Inocente! a alguien, o cuando el árbitro dice ¡Fuera!, o el oficial del registro civil ¡Los declaro marido y mujer!, y muchos otros semejantes. El autor nos dice que “el poder de las declaraciones puede provenir de la fuerza o de habernos sido otorgada como autoridad”.

TERCER POSTULADO: *Interpretamos que los seres humanos se crean a sí mismo en y a través del lenguaje.*

“La ontología del lenguaje... sostiene que la vida es... el espacio en el que los individuos se inventan a sí mismos... Sujetos a condicionamientos biológicos y naturales, históricos y sociales, los individuos nacen dotados de la posibilidad de participar activamente en el diseño de su propia forma de ser”.

Lo que nos dice en definitiva es que “el ser humano no es una forma de ser determinada, ni permanente. Es un espacio de posibilidad hacia su propia creación. Y aquello que lo posibilita es precisamente la capacidad generativa del lenguaje”. “A partir de las bases de condicionamiento mencionadas –continúa– los individuos tienen la capacidad de crearse a sí mismos a través del lenguaje. Nadie es de una forma de ser determinada, dada e inmutable, que no permita infinitas modificaciones”.

“Es (ésta) una interpretación –continúa– que nos permite conferirnos sentido como seres humanos de una manera poderosa. Sobre todo, esta interpretación nos permite ganar dominio sobre nuestras propias vidas, el jugar un papel activo en el diseño del tipo de ser en el que quisiéramos convertirnos. Esta es la promesa –concluye– que nos formula la ontología del lenguaje para el futuro”.

⁵ No queda claro qué quiere decir el autor con este “estar en” el lenguaje. Pareciera que se trata de una analogía espacial (como el café está en la taza). Resulta lógico entonces que lo que está “fuera” o es “externo” al lenguaje sea un innombrable, y que desde el momento en que ingresa a su “interior” se haga algo decible, y que todo de lo que hablamos debe estar primero en el lenguaje.

Expuestos brevemente los postulados fundamentales de la ontología del lenguaje, deseamos ahora coger algunas de sus derivaciones. Quien conozca el libro de Echeverría *Ontología del Lenguaje* sabe que se caracteriza por contener muchas distinciones, clasificaciones y subtulaciones. Entre ellas, algunas nos han resultado especialmente interesantes. Nos referimos a lo que llama “inquietudes”, “emoción”, “acción”, “transparencia” y “quiebre”, y todo ello en relación con el “lenguaje”.

LAS INQUIETUDES

“Una acción se lleva a cabo para atender una inquietud”. Esta afirmación responde a la pregunta: ¿para qué está la persona ejecutando una acción? Al hablar de “inquietudes”, Echeverría está intentando darle un sentido al comportamiento humano, sin tener que acudir a la suposición de que hay “algo” “detrás” de la acción, cosa que él estima ocurre cuando se habla de “intenciones”, y que seguramente podría extenderse a lo que habitualmente se designa como “motivaciones” y “deseo”.

Inspirándose en su interpretación de la filosofía de Martin Heidegger, dice que “cada vez que actuamos podemos suponer que lo hacemos para hacernos cargo de algo”⁶. “A ese algo –continúa– sea lo que sea, le llamamos inquietud”. El suponer que hemos subrayado en la frase, quiere decir que Echeverría no está afirmando que cada vez que actuamos lo hacemos para hacernos cargo de algo, sino que “suponemos” eso. Es decir, una acción *no* se lleva a cabo “para atender una inquietud”, sino para atender una *supuesta* inquietud, pues lo que suponemos es que actuamos “para hacernos cargo de algo”, y como hemos visto, exactamente eso es una inquietud.

¿Por qué este sutil enredo? “Sostenemos –nos dice– que una inquietud es una interpretación que confiere sentido a las acciones que realizamos”. O sea, las acciones no tienen sentido como tales: el sentido es algo que se les “confiere” merced de la interpretación. “Es un relato que fabricamos para darle sentido al actuar ... Fabricamos algunas historias después de realizar acciones, y otras, antes de hacerlo”.

“Las inquietudes... residen en el que escucha. Y puesto que somos capaces de escuchar y observar nuestras propias acciones, también podemos atribuirles un sentido ... Cuando escuchamos, por lo tanto, escuchamos el por qué las personas realizan las acciones

que realizan ... Cuando escuchamos... somos activos productores de historias”.

Resulta entonces que no es la acción la que se hace cargo de algo, sino la inquietud la que se hace cargo de la acción. No es la acción la que se ejecuta para atender una inquietud, como afirmaba al principio que suponíamos, sino que ahora son las inquietudes (historias, interpretaciones) las acciones que se ejecutan para hacerse cargo de otras acciones. Pero, ¿para qué le damos sentido a las acciones? ¿Por qué, para qué o desde dónde las inquietudes se hacen cargo de las acciones?

Por su parte, si las inquietudes son acciones, e interpretar (escuchar) también lo es, el sentido de ellas dependerá a su vez de otras interpretaciones (acciones), y estas otras, de otras, y así *ad infinitum*. ¿No cabría entonces hacerse “cargo” de la pregunta que interroga sobre el *para qué* necesitemos interpretar, inquietarnos, fabricar historias, e historias sobre historias y de ese modo “inventar” un sentido a las acciones y un sentido a las acciones de inventar sentido?

No deseamos perder el foco de nuestro análisis, por lo que no consideraremos otras reflexiones del autor sobre la acción de escuchar. Lo que nos interesa ahora es destacar que los términos usados, después de varias vueltas, empiezan a desdiferenciarse. En este caso “inquietud” es “interpretación”. Sabemos, sin embargo que toda “interpretación” es “explicación” y que toda “explicación” es “lenguaje” y con ello “recursiva”. Pero además, la “inquietud” y la “interpretación” se dan en el “escuchar”, y el “escuchar” es una “acción”, y con ello “lenguaje”.

Sin embargo, también sabemos que “observar” es “lenguaje”, y que “observar” es “explicar”, y que “explicar” es “interpretar” y que “interpretar” es “inquietud”, y todo eso en un círculo sin fin.

LAS INQUIETUDES Y LA ACCIÓN HUMANA

¿Podríamos decir que Echeverría ha explicado el sentido de la acción humana? Es evidente que no ha explicado la experiencia con otros elementos de la experiencia, sino con los mismos. Pero, ¿cómo podría explicar algo que desde su formulación, no es? La acción no tiene sentido, puesto que el sentido es una interpretación (inquietud), algo que atribuimos a la acción, y no algo que esté en ella misma. Ahora bien, las acciones de interpretar, como toda acción, tampoco tienen sentido en sí mismas, sino que requieren a su vez de otra acción que las interprete, y así sucesivamente. Por más que ascendamos (o descendamos) en este esquema, el sentido nunca aparecerá de suyo. Luego, respecto del sentido de la acción humana, no hay nada que

⁶ No sabemos dónde Heidegger puede haber dicho esto. Posiblemente Echeverría se está refiriendo a algún aspecto del “cuidado” (*Sorge*).

explicar, puesto que ésta no tiene sentido. Y, si no hay nada que explicar, ¿de qué estamos hablando? ¿Para qué hablamos?

Desde estos postulados, el sentido es un “invento” inexplicable, un “porque sí”, un arbitrario, y por lo mismo nos deja en la libertad de fabricarlo de una manera u otra. Pero, ¿para qué inventarnos un sentido tal o cual? ¿Por qué lo hacemos? Si nos preguntamos por el para qué de la acción, debemos incluir en nuestra interpretación el para qué del lenguaje, también una acción. De hecho, y de acuerdo con lo dicho, inventemos lo que inventemos, el sentido seguirá siendo un arbitrario.

Interpretar una acción o un comportamiento (mío o de otros) implica en la formulación de Echeverría dos momentos: uno, la acción, y dos, la interpretación sobre la acción, es decir, la atribución de sentido. Pienso que esos dos momentos no existen nada más que en una segunda instancia, y que en una primera el sentido ya está presente. Como hemos desarrollado en los capítulos anteriores, nos parece que el sentido es articulación de experiencias y no planos recursivos (uno sobre otro). Pero además, la figura es distinta si se trata de mí o de los otros.

Me paré del escritorio y fui a la cocina a preparar café, el que luego traje a la mesa de trabajo y bebí. Esta secuencia, que hemos llamado “clausurada”, es comportamiento. De acuerdo con los planteamientos de Echeverría, primero yo me comporté y luego, como observador de mis acciones, y sin que podamos dar explicación alguna, “inquieté” o “interpreté” dándole un sentido. Pero las cosas no ocurrieron de ese modo. Antes de cualquier interpretación, mi comportamiento fue orientado, y orientación es sentido. Y la orientación está presente desde el inicio de la secuencia y no sólo al final. No fue mi moverme “cualquier moverme” errático. Fue no sólo orientado, sino que sutilmente orientado (propositiva y elusivamente). ¿Necesito para hablar del sentido de esa acción, “fabricar una historia” *a posteriori*? ¿O tal vez afirmar que primero inventé la historia del café y luego me comporté de acuerdo a ella? Naturalmente puedo hacerlo, pero eso implicaría, en este último caso, que el “agente” de la acción es este caprichoso narrador de historias, y habría que explicar para qué y desde dónde ese “agente” narra historias previas a la acción y además hacerlo respecto del cómo la gobierna.

El sentido no está en pararme, eludir las sillas del comedor, coger la cafetera, encender el fuego, colocar el filtro, etc. Tampoco lo está en traer a presencia imaginariamente una carencia, una falta (el café), o al traer a presencia mi experiencia previa de chocar contra paredes y pasar de una habitación a la otra por las puertas (imago elusivo). Lo que “hace” el sentido es la

articulación de todos esos momentos: el sentido “es” la sintaxis, es la articulación más lo articulado, lo que forma una cadena determinada y no cualquiera. Esos mismos elementos, en otra cadena, tienen otro sentido.

Sostiene Echeverría que “fabricamos historias antes o después de comportarnos”. Yo postulo que el comportamiento, la acción humana es articulada como tal, y por lo tanto, *es en sí misma sentido*, y no una historia creada antes o después de ella. El que sea posible además crear historias sobre esa determinada secuencia, no la crea. La secuencia primera es posible por la presencia de momentos articulantes imaginarios pivoteando sobre lo real, y lo real es lo articulado en la articulación: esto último es lo que llamamos “algo”, “cosa”, “ente”, etc., y que sólo existe como tal en medio de alguna cadena sintáctica y que, en último término, forma la trama de lo que designamos como mundo.

Ahora bien, como “observadores” tenemos acceso a nuestros imaginarios. Pero no lo tenemos a los imaginarios de otro: allí sólo observamos sus movimientos y sus palabras.

Por lo tanto, la observación no es una y la misma si se trata de mí o de los otros. Lo que hace el autor que comentamos es trasladar las condiciones en que observamos a los otros, a la observación de sí mismo. Esto no es sino el interpretarse a sí mismo desde la interpretación de lo que nos hace frente en el mundo. Efectivamente, y como hemos señalado en capítulos anteriores, si veo a alguien levantarse del escritorio, el sentido de su comportamiento es para mí una mera conjetura, una carencia que organizo desde las imagos que me la hacen presente. Así, y en ese caso, efectivamente “invento” una historia y digo que “me parece”, que “creo”, que “supongo”, que ese alguien se levanta del escritorio para ir a la cocina a preparar café, pero esa conjetura puede demostrarse errada si luego ese alguien se dirige al baño. Eso es radicalmente distinto a si siento un deseo que identifico como “sed” mientras escribo y me paro del escritorio para ir a la cocina. Allí no hay historia ni conjetura alguna, ni menos arbitrariedad. No puedo inventar, en esa secuencia, una historia desligada de mi deseo (la sed). Sobre ella puedo hacer las “explicaciones” o “interpretaciones” que quiera, por ejemplo, que la comida estaba salada y que por eso siento el deseo que siento. Pero esas historias o cualesquiera otras no cambian ni crean el sentido de mi comportamiento original.

EMOCIONES Y ESTADOS DE ÁNIMO

Hemos ya dicho que Echeverría plantea que, además del lenguaje, los seres humanos estamos constituidos por otros dos dominios independientes: el dominio del

cuerpo y el de la “emocionalidad”. El lector debe entender que la palabra “dominio” es usada en el sentido de “región de la experiencia” o algo parecido, y no necesariamente como aquello que “se gobierna” o sobre lo cual se “guarda señorío”.

Estos “dominios”, si bien no pueden ser reducidos unos a otros (son autónomos), establecen entre ellos “relaciones de coherencia”, es decir, lo que acontece en uno de ellos “condiciona lo que sucederá en el otro” y por lo mismo se “influyen mutuamente”.

En el dominio de la emocionalidad (vida emocional), Echeverría distingue dos clases de fenómenos: los estados de ánimo y las emociones. “Cuando hablamos de estados de ánimo –dice– nos referimos a una emocionalidad que no remite necesariamente a condiciones específicas y que, por lo tanto, normalmente no los podemos relacionar con acontecimientos determinados.” “Los estados de ánimo –subraya– viven en el trasfondo desde el cual actuamos”.

Y los estados de ánimo condicionan nuestras acciones, es decir, abren un espacio de posibilidades y no otras. “...Los seres humanos –continúa– siempre estamos en algún estado de ánimo que, comúnmente, no elegimos ni controlamos –simplemente nos encontramos en él.” “Una vez que estamos en un determinado estado de ánimo, nos comportamos dentro de los parámetros que tal estado de ánimo especifica en nosotros”.

Si el lector ha seguido con detención la exposición que hacemos de los postulados de Echeverría, comprobará que su concepción del estado de ánimo (que en gran medida compartimos), nos pone ante un fenómeno diferente a todo cuanto se ha dicho hasta aquí. De partida se trata de un “incondicionado” y a la vez “condicionante”, de algo que surge porque surge y que “especifica” el marco de nuestro comportamiento y nuestras acciones. Desde luego no hay aquí “dominio” alguno, sino que en el estado de ánimo, en vez de amos, somos esclavos. Como tal incondicionado, gobierna nuestras acciones, y por lo mismo gobierna las acciones que llamamos lenguaje en cualquiera de sus dimensiones (de hecho, se supone que cierto estado de ánimo es la condición de surgimiento del lenguaje en los seres vivos): “En la medida –dice– que la emocionalidad condiciona el actuar, condiciona igualmente la manera como somos mientras estamos en él... estamos poseídos por nuestros estados de ánimo”.

Sin embargo, Echeverría rápidamente entra en contradicción.

La anuncia en la forma de pregunta, pues parece darse cuenta que se ha metido en un punto de referencia fijo, en un algo previo y absoluto que rompe con la “inventiva” que ha sustentado para lo que somos y po-

demus ser. Ha encontrado un no arbitrario, y esto pone en jaque todo el constructo y las promesas de la ontología del lenguaje. Pregunta: ¿significa esto que no hay nada que podamos hacer respecto de nuestros estados de ánimo? ¿Debemos resignarnos a los estados de ánimo que nos poseen? “De ningún modo”, afirma. “El ser capaces de observar los estados de ánimo en cuanto tales nos permite intervenir en su diseño.” “Postulamos –ha dicho un poco antes– que al cambiar el observador de estados de ánimo que somos, abrimos posibilidades de acción...”.

Pero, ¿cómo es posible esta inversión de sentido?

“Una de las metas de este trabajo –abunda el autor– es generar en el lector un nuevo observador de estados de ánimo y desarrollar su capacidad para intervenir en los estados de ánimo en los que nos encontramos inmersos y diseñar las acciones capaces de cambiarlos”.

¿En qué quedamos? Si el estado de ánimo es el “trasfondo” de nuestras acciones (y entre ellas del lenguaje); si el estado de ánimo es “el que está constituyendo el Yo en su forma presente de ser” (¿hay otra?), si el estado de ánimo, en fin, es el que “especifica” los parámetros dentro de los cuales nos “comportamos”, ¿cómo y desde dónde podríamos intervenir en su diseño, y además cambiarlo? ¿Cómo podríamos actuar desde fuera del marco que un estado de ánimo determina?

La salida de esta contradicción, como de otras que ya hemos señalado, procede de la desdiferenciación de lo que se ha diferenciado como punto de partida.

Echeverría ha partido distinguiendo el estado de ánimo de las emociones. “La emoción –dice– es una distinción que hacemos en el lenguaje para referirnos al cambio en nuestro espacio de posibilidades a raíz de determinados acontecimientos (sucesos, eventos o acciones). Cuando hablamos de emociones, por lo tanto, podemos señalar las circunstancias particulares que las generan. Podemos identificar los acontecimientos que gatillan las emociones... Las emociones son específicas y reactivas. Los acontecimientos las preceden”.

Ahora bien, si las acciones que “diseñemos” pueden cambiar el estado de ánimo, ya no se trata de estado de ánimo sino de emoción, puesto que dichas acciones serían los acontecimientos que las preceden y que no sólo podemos identificar, sino además crear. El “estado de ánimo” sería entonces ahora específico y reactivo, y por lo tanto la negación de la distinción (o definición) con que se partió.

Obviamente Echeverría se da cuenta que en directo de nuevo las cosas no funcionan. Entonces relativiza: “existe una estrecha relación entre emociones y estados de ánimo” –dice. “Por un lado lo que empezó como

una emoción ligada a un determinado acontecimiento, puede a menudo convertirse en un estado de ánimo si permanece con la persona el tiempo suficiente y se traslada al trasfondo desde el cual ella actúa"... Por otra parte –agrega– además de las diferencias indicadas arriba, los estados de ánimo y las emociones son fenómenos muy similares y nos permiten reconstruirlos de la misma forma. La mayor parte de lo que vamos a decir a continuación puede ser aplicado tanto a los estados de ánimo como a las emociones".

Problema resuelto. Cambiamos el estado de ánimo cambiando las emociones ("muy similares" y capaces de "trasladarse" al estado de ánimo) y, como las emociones son –de acuerdo con su propia definición– reactivas a situaciones o acciones que nosotros mismos efectuamos, cambiamos el estado de ánimo ejecutando las acciones en que consiste el lenguaje y que gatillan las emociones, las que después se "trasladan" al estado de ánimo. Y si la explicación de todo esto nos complica, o si constatamos que todo el sistema está sostenido en una especie de "éter" (las palabras "similar"; "conversión"; "traslado" y "trasfondo"), simplemente dejamos de hacer la distinción con que partimos y dejamos al lector resolver las complejidades y contrasentidos que ello implica.

Sin embargo, esta manera de llevar la contabilidad lógica no puede ser pasada por alto si estamos tomando en serio las ideas del autor. Al estar las acciones acotadas por los estados de ánimo no podremos salirnos de ahí a menos que el estado de ánimo cambie y, por lo mismo, todo lo que hagamos distinto de esas cotas será una consecuencia de que ya cambió el estado de ánimo, y no a la inversa. El que creamos que dichas acciones "diseñaron" el nuevo estado de ánimo, desde estos parámetros, ¿no será tan sólo una "historia" fabricada para darnos la ilusión de que poseemos dominio donde carecemos de él? Y, ¿por qué hacemos eso?

Lo que se está jugando en esta contradicción es mucho más importante que una mera definición o que una cierta oscuridad en el razonamiento. Si aceptamos que los estados de ánimo son "incondicionados" pero "condicionantes" le estamos dando una dirección inequívoca a la interpretación del sentido del comportamiento humano. El estado de ánimo abre posibilidades y al mismo tiempo las cierra, y esto incluye también a las "emociones". Desde un estado de ánimo se pueden tener ciertas emociones y no otras, y por ello se pueden ejecutar ciertas acciones y no otras, incluidas el decir, el callar y el escuchar, es decir, lo que hagamos en el lenguaje.

La secuencia va desde el estado de ánimo a la emoción y a la acción y no a la inversa. Es por eso que

esta vez no podemos crear un camino de doble tránsito. El estado de ánimo está en el observador, de acuerdo, pero no sólo él: todo está en el observador. Sin embargo, al observar mi estado de ánimo, lo observo "desde" ese estado de ánimo, es decir, lo formulo, explico, digo, callo, escucho o lo que se quiera, desde ese estado. Lo que hago o no hago, lo hago desde ese ánimo. Como se comprende fácilmente, lo que haga, diga, explique, crea, interprete o sostenga el observador, está "condicionado" por su estado de ánimo y desde allí por sus emociones. Y también desde allí "interpreta" al otro y al mundo. Dicho enfáticamente, el observador es vasallo del estado de ánimo. Ocurre entonces que no estamos atrapados en el lenguaje, sino en el estado de ánimo; ocurre que no estamos primariamente en el lenguaje, sino en el estado de ánimo; ocurre que nuestras explicaciones de observador cambian si cambia nuestro estado de ánimo, y no a la inversa.

Ocurre además que, si queremos explicar al ser humano, necesitamos entonces explicar el estado de ánimo, esa condición que parece no ser "disponible" ni "diseñable".

Esa explicación es la que Echeverría no intenta.

ESTADO DE ÁNIMO Y DESEO

Posiblemente no lo intenta porque dicha explicación debe retornar a algunos de los "desechos" que han quedado a la vera del camino bajo el calificativo de "tradicionales"; es decir, derivados del "programa metafísico".

Hemos dicho antes que comportarse requiere que seamos fuente de deseo y emoción, que seamos la vida (ánima) que somos y cómo somos. Es decir, afectarse y comportarse es el estado de ánimo realizándose de modo incesante. En el estado de ánimo no se trata –decíamos– de algo independiente sobre lo cual se "monte" la existencia y la vida, sino ellas mismas "siendo". Y el estado de ánimo es el estado del deseo. Comprendo que hablar de deseo, en medio de explicaciones blancas, reconoce una dimensión más compleja de la existencia, la que se aleja mucho de la atmósfera "aséptica" de la postura que analizamos. Como hemos ya señalado, el deseo no es otra cosa que la presencia de una carencia, de lo que falta para restablecer un equilibrio. Esto es lo que mueve al ser vivo y no otra cosa. Esa carencia es la que, en el ser humano, toma la forma de "imaginario", de presencia de la ausencia; eso es lo que abre al mundo como red de sentido, lo que desenclustra al ser humano a través del lenguaje y muchas otras derivaciones ya analizadas.

La primacía del deseo (y no del lenguaje) en la interpretación del mundo se ofrece a la vista de quienes

han tenido la oportunidad de asistir a las personas que padecen de “trastornos del estado de ánimo”, nombre con el que en psiquiatría designamos a la depresión, a la exaltación anímica y a otros estados relacionados. No se trata aquí, naturalmente, de ofrecer al lector un argumento de autoridad, pero tampoco de obviar la riqueza que dichos estados comportan para la interpretación del ser humano y, específicamente, para la discusión que aquí sostenemos.

La depresión del estado de ánimo puede interpretarse como una carencia de deseo. Efectivamente, el paciente ha perdido el deseo sexual, alimentario, estético, etc. Al no haber deseo no hay carencias. Nada le falta. Por ello no tiene emociones. Frecuentemente se piensa que la depresión es un estado emocional “similar” a la tristeza, pero no es así. El melancólico no tiene tristeza, ni alegría, ni emoción alguna (no puede sentir afecto por sus hijos o nietos, ni interesarse en lo que le rodea o en él mismo). Este estado de carencia de deseo hace que el mundo del paciente y con ello él mismo se vean “sin sentido”, y donde no sólo no se teme a la muerte, sino que se la busca. No se trata de la muerte como un tránsito de un nivel de sentido a otro superior, sino como el poner las cosas en su lugar: llevar la nada a la nada.

De allí que la saciedad total, permanente e irreversible, sea equivalente a la muerte misma, es decir, a la desestructuración del sistema generador de deseo.

Que el sentido y la red de articulaciones y articulados (entes) que forman la trama del mundo en el que somos desde un estado de ánimo esté relacionado con el estado del deseo no puede ya sorprendernos. Si el lector repasa lo tratado en los primeros capítulos comprobará que toda sintaxis (sentido) es una cadena articulada por imaginarios, y éstos no son otra cosa que la manera en que hacemos presente lo faltante, es decir, el deseo.

Y al faltar el deseo en la melancolía, se desestructura toda la existencia en tanto articulación, sentido, sintaxis, acción, lenguaje, etc., es decir, el mundo en el que somos y la forma en que somos en él. Desde luego, la depresión anímica no siempre ni regularmente es absoluta, pues hay muchos puntos intermedios. Pero en ellos, al persistir “algún” grado de deseo, se aprecia de modo impresionante la constitución de un mundo completamente diferente al de la persona antes o después de la depresión. Es decir, la “interpretación” del mundo y la “explicación” que realiza el “observador” deprimido es completamente diferente a la que realiza ese mismo observador al recuperarse su estado de ánimo. Todo lo que dice, hace, piensa, siente, etc., es diferente.

Lo inverso ocurre en los estados de exaltación anímica. Allí el mundo y la persona que existe en él, se desbordan de sentido. El deseo se reconstituye sin cesar en

todas las esferas y la persona no deja de comportarse en ningún momento. Todas las emociones se desencadenan ante pequeños estímulos y el lenguaje surge a raudales en forma ininterrumpida; el recuerdo y la fantasía (los imaginarios), junto a una aguda capacidad de percibir (lo real), inundan la experiencia de la persona. En el extremo, se experimenta a sí misma como si para ella todo fuese posible (en la medida en que la dilatación del estado de ánimo es absoluta), y sentirse impedida a explicarle a la humanidad el origen del universo y a considerarse elegida para su redención y salvación.

Como en el caso de la depresión, existen grados de intensidad en la exaltación anímica, que hacen de la omnipotencia descrita algo menos evidente a primera vista, pero que podrían caracterizarse por un estado de reconstitución acelerada del deseo, es decir, por una insaciabilidad que gobierna las emociones y todo el comportamiento, incluyendo el lenguaje en sus diferentes dimensiones (hablar, escribir, etc.). Dicho con otras palabras, el paciente no logra clausurar el deseo.

Lo sorprendente es que estos estados antagónicos pueden ocurrir a la misma persona de modo sucesivo numerosas veces en la vida, y en cada cambio de fase cambia, junto con el estado de ánimo, todo lo demás, resumido en las emociones y el comportamiento, es decir, en la forma en que esas personas son y se constituyen en un mundo.

Podría objetarse que se trata de estados patológicos o de personas especiales o diferentes. No entraremos en una discusión tan inútil como aquella, pero sí al menos señalar que los seres humanos lo son también en el enfermar, y desde allí es posible acceder con enorme riqueza a lo que somos. Este breve excursus clínico nos ofrece un claro ejemplo de la inversión que implica la postura de Echeverría, al creer que el observador, es decir, el lenguaje, la explicación, la inquietud, etc., pueden cambiar al margen del estado de ánimo, y desde allí cambiar a éste. Esta interpretación, como hemos visto, se sostiene desde la ambigüedad de los términos usados y de la ruptura a la larga de las distinciones iniciales.

TRANSPARENCIA Y QUIEBRES

Plantea Echeverría que “cuando, por ejemplo, caminamos, subimos la escala, martillamos un clavo en la pared, escribimos en el computador...”, es decir, al realizar cualquier comportamiento, “lo hacemos en transparencia”. “Ello implica –continúa– que no tenemos la atención puesta en cada paso que damos al caminar o en cada movimiento que hacemos con las manos al escribir en el computador”. “Tampoco proyectamos por

anticipado el movimiento que haremos a continuación"... "Nuestra atención –afirma– suele estar puesta en otra parte". Volveremos enseguida a esta última idea.

Transcribimos el ejemplo en que nos muestra esto. "Si vamos en la mañana manejando nuestro automóvil, camino a la oficina, el manubrio, los pedales, incluso los demás autos que se mueven alrededor, parecieran ser transparentes para nosotros": "La mente no está puesta en ellos, pensamos, más bien, en la conversación tenida pocos minutos antes con nuestra pareja en la mesa del desayuno, en la llamada por teléfono que haremos una vez que lleguemos a la oficina o en la reunión fijada para después de almuerzo. Pasamos una bocacalle tras otra, un semáforo tras otro, como si no los viéramos. Si al llegar a la oficina tratáramos de recordar el recorrido, muy probablemente no podríamos hacerlo o sólo recordaríamos algunos detalles": "...La conciencia de lo que estamos ejecutando (sólo emerge), cuando este fluir en la transparencia, por alguna razón, se ve interrumpido" A esto, Echeverría lo denomina "quiebre": "Un quiebre, dirá, es la interrupción en el fluir transparente de la vida".

Sostiene que "todo quiebre involucra un juicio de que aquello que acontece, sea ello lo que sea, no cumple con lo que esperábamos que aconteciera": "Un quiebre, por lo tanto –agrega– es un juicio de que lo acontecido altera el curso esperado de los acontecimientos".

Completemos su ejemplo: "Estamos manejando, llevamos nuestro perro en el asiento de atrás, y se nos pincha un neumático. Esto representa un quiebre. Cuando manejamos no lo hacemos esperando que un neumático se nos pinche, aunque obviamente esa posibilidad no está excluida. Pero lo que esperamos es poder desplazarnos de un lugar a otro usando los neumáticos en buenas condiciones. Mientras ello suceda los neumáticos nos serán transparentes. Pero he aquí que uno de ellos se pincha y nos vemos obligados a detener el auto y preocuparnos del cambio de neumático. Esto que obviamente es un quiebre para nosotros no lo es, sin embargo, para el perro que nos acompaña. Y no lo es por cuanto el perro no tiene un juicio sobre el sentido de lo acontecido, como tampoco tiene juicios sobre lo que era esperable que sucediera".

Para poder analizar estos conceptos, que interpretan los ejemplos señalados, es necesario previamente, referirnos a lo que Echeverría entiende por "juicio".

Los juicios pertenecen a la clase de actos lingüísticos que ha llamado "declaraciones": Como en todas ellas, los juicios "crean una realidad nueva, una realidad que sólo existe en el lenguaje". Por lo tanto, el juicio vive en la persona que lo formula. Emitimos juicios

autorizados si tenemos o se nos ha otorgado el poder de hacerlos (como es el caso, por ejemplo, de un juez), pero también lo hacemos, cuando decimos nuestras opiniones, aunque no tengamos poder formal alguno. Sin embargo, lo más importante de los juicios en la formulación del autor es que conectan el pasado, el presente y el futuro. "Cuando formulamos un juicio como 'Miguel es un orador eficaz'... estamos en el presente emitiendo un veredicto acerca de Miguel. Segundo,... estamos haciendo una referencia al pasado. Para decir 'Miguel es un orador eficaz' debemos haber escuchado a Miguel actuando como orador en más de una ocasión. Tercero, los juicios también hablan acerca del futuro. Cuando emitimos un juicio estamos implicando que, sobre la base de acciones observadas en el pasado, se pueden esperar ciertas acciones en el futuro. (Por ello) nos permiten anticipar lo que puede suceder más adelante. Operan como una brújula que nos da un sentido de dirección respecto de qué nos cabe esperar en el futuro".

Si aplicamos estos conceptos al ejemplo en que nos muestra la transparencia y el quiebre, destaca que lo que quiebra la transparencia es el pinchazo del neumático y el sentido que este acontecimiento tiene para nosotros (juicio). Pero ocurre que con estos criterios el estado de transparencia es también un juicio, puesto que lo que esperamos que suceda (que todo marche bien) es la consecuencia de haber viajado muchas veces sin pinchazos de neumático, lo que nos permite fundadamente esperar lo mismo en este nuevo viaje. Es decir, en su "interior" los juicios son transparentes, y el quiebre es pasar de un juicio a otro juicio, el que a su vez será transparente en su interior. Pinché el neumático (quiebre-juicio). Estoy orientado en esta nueva situación y abro la maleta para sacar la gata, cojo la caja de herramientas para sacar la llave de ruedas, suelto el neumático de repuesto, coloco la gata, etc. Pero al apoyar el neumático de repuesto en el suelo compruebo que... está desinflado. Esto sería un nuevo quiebre, que rompe con la transparencia del quiebre anterior, y así sucesivamente.

Lo dicho quiere decir que no podemos vivir "fuera" de los juicios, y que la transparencia no es más que un juicio "en realización", y el quiebre, un obstáculo que interrumpe la realización del juicio anterior y sobre el que emitimos otro juicio.

De acuerdo con lo expresado, no podríamos emitir juicios si no estuviésemos ante un quiebre de un juicio anterior. Pero además, al interior de un juicio en realización (como ir a la oficina en automóvil), la transparencia no es un estado homogéneo hasta que un cambio en lo esperado se produzca de modo evidente

(como un taco, o un accidente). Más bien, al interior de un juicio en realización se producen muchos pequeños quiebres y salidas de la transparencia, para luego retornar, por así decirlo, al juicio principal. Un peatón que pone un pie en el paso de cebra, un automovilista que nos adelanta, la palanca del cambio que nos ofrece una leve resistencia al pasar de primera a segunda, la señal del auto de adelante que indica su deseo de girar a la izquierda, etc. En todos esos casos “emitimos” un juicio “accesorio” al principal, al que luego volvemos. Estos juicios “secundarios”, por sutiles que sean, son plenamente “juicios”: implican un obstáculo al juicio principal, y con ello un cambio en nuestro accionar, y por lo mismo una salida de la transparencia.

No obstante, para explicar el comportamiento, debemos ir un paso más atrás. Nos referimos a lo que Echeverría menciona de paso al iniciar esta sección: que, mientras estamos al interior de un juicio (transparencia), nuestra “atención” puede “estar en otra parte”. ¿Dónde?

No puedo dirigir mi automóvil a la oficina *si no tengo la oficina antes de tenerla*. Para eso que *tengo* y que *no tengo al mismo tiempo*, me levanto a las 7 de la mañana, me subo al automóvil y me dirijo en cierta dirección y no en otra. *Para* llegar a la oficina cambio el neumático. *Para* cambiar el neumático abro la maleta, *para* hacerlo saco el neumático de repuesto y busco la gata. Cada “para” es una carencia, una ausencia que hago presente imaginariamente como lo que me *falta para* llegar a mi destino, el que aún no tengo.

Pero, ¿por qué me dirijo a la oficina y por qué llamo “quiebres” a los obstáculos que se interponen? Por que deseo llegar allí. Si mi conducir el automóvil fuese errático el pinchazo del neumático no sería un quiebre sino un mero acontecer sobre el que no emitiría juicio alguno..

El perro, en este ejemplo, es irrelevante. No sabemos nada del perro: sólo conjeturamos sobre su moverse, gemir o rascar la puerta. Y no lo sabemos porque el perro no puede arrojar al mundo sus experiencias al carecer de una estructura biológica que le permita acceder a lo que llamamos lenguaje, y que, por lo mismo, no puede hacerlas ser “interexistenciales”.

LA ACCIÓN

En este punto Echeverría vuelve a suponer que tenemos una “concepción tradicional” de la acción humana, concepción que él desea revertir poniendo las cosas con la cabeza arriba y los pies abajo. “¿Qué es la acción?”, se pregunta Echeverría. “Es una distinción lingüística”, responde. Bien, ¿pero qué distingue? “La acción humana

es una actividad que es interpretada al referirla al dominio de las inquietudes”: “La acción humana es actividad más interpretación”: “La acción humana responde a la pregunta: ¿qué mueve a esa persona a hacer lo que está haciendo?”

Ya hemos tocado el tema de las “inquietudes”: Primero hay una actividad, luego alguien (un observador) la interpreta y tenemos como resultado una acción.

Guiémonos por un ejemplo del autor: “Imagínemos –dice– que me estoy paseando frente a un grupo de alumnos hablándoles sobre la ontología del lenguaje. En un determinado momento le pregunto a Amalia, una de mis alumnas: ‘Amalia, ¿qué importancia tiene lo que estoy diciendo?’. Si en ese momento alguien me preguntara qué estoy haciendo, existen dos maneras diferentes de responder”: “Una de ellas –continúa– se rige por el lenguaje de las afirmaciones y entrega aseveraciones con las que cualquier persona que hubiera estado presente en la sala estaría de acuerdo. Al responderse de esta manera podrían hacerse las siguientes aseveraciones:

- estoy caminando
- estoy moviendo mi brazo en dirección a Amalia
- estoy hablando
- estoy mirando a Amalia
- le hice una pregunta a Amalia
- pregunté ‘Amalia, ¿qué importancia tiene lo que estoy diciendo?’
- etcétera”.

A una “acción” que puede circunscribirse al lenguaje de las afirmaciones sugiere llamarla actividad.

“Pero hay otra forma –agrega– en la que también se puede responder a la pregunta acerca de lo que yo estaba haciendo. Se podría decir, por ejemplo:

- estaba enseñando a un grupo de alumnos
- me estaba ganando la vida como profesor
- estaba preocupado de que me entendieran
- estaba ampliando la concepción del lenguaje de los estudiantes
- me estaba haciendo cargo de que Amalia entendiera la importancia de lo que había dicho,
- etcétera”.

Examinadas con mayor atención... “Sostenemos que lo que (a estas aseveraciones) las caracteriza es el hecho que le dan sentido a lo que yo estaba haciendo. Ello tiene lugar al referir aquello que yo decía al dominio de las inquietudes. Todas estas aseveraciones interpretan lo que yo estaba haciendo y, para hacerlo,

suponen que al actuar me estoy haciendo cargo de algunas inquietudes". A estas últimas aseveraciones las llama "aseveraciones semánticas". Entonces, actividad más aseveraciones semánticas = acción.

Como queda claro, el sentido es algo que el observador-interpretador-explicador otorga a la actividad, gracias a lo cual ésta adquiere un sentido u otro, dependiendo de qué inquietudes suponga se está haciendo cargo. "Según las inquietudes desde las cuales hacemos nuestras observaciones, adjudicaremos distintas inquietudes a los demás", concluye.

En las consideraciones sobre las inquietudes, no hicimos la distinción entre "actividad" y "acción", puesto que allí el autor tampoco la hace. Sin embargo, nos parece una distinción arbitraria. "El ser humano nunca ha hecho algo así como 'estirar un brazo'" decía M. Merleau-Ponty. Si el lector recuerda lo que planteamos a propósito de la acción y del movimiento de "pildoreo" o movimiento "cuenta monedas" de la enfermedad de Parkinson, comprenderá que nos parece que el ser humano, en condiciones normales, no realiza actividades (en nuestros términos "movimientos"), sino sólo "acciones". Nadie camina si no es "para" algo, o mueve el brazo si no es "para", o dice algo si no es "para". Los movimientos de la Enfermedad de Parkinson o del Corea o de la Atetosis, meramente ocurren. No hay allí "paras". Por ello no los llamamos "actos", ni "acciones", sino movimientos (y todo "mero" movimiento implica un infortunio médico para quien los padece).

Ya hemos señalado que si el lenguaje es acción, si la interpretación, la explicación, la observación, las inquietudes y todos esos términos que en el fondo son lo mismo, son acción, ¿cuál es la acción, interpretación, observación, inquietud, etc., que a su vez las saca del dominio de la mera actividad? ¿Y cuáles lo hacen a su vez en estas nuevas y nuevas acciones, interpretaciones, observaciones, inquietudes, etc.?

Nuevamente aparece la recursividad infinita.

Puede entenderse que cuando hablamos de "paras" estamos diciendo lo mismo que Echeverría llama dominio de inquietudes. No es eso lo que pensamos. Los "paras" forman parte de la acción como los momentos articulantes, es decir, no surgen antes, después, por arriba o abajo del comportamiento. No existen movimientos por un lado, y "paras" que los interpretan *a priori* o *a posteriori*, por otro. Se trata en la acción de una cadena en la que pivotean imagos (paras), movimientos y *percepta*, y que de ese modo forman la sintaxis que llamamos comportamiento o acción. Los movimientos al carecer de "paras" no forman sintaxis alguna, de allí su carácter anómalo.

Las "actividades" que Echeverría señala en su ejemplo lo son porque él ha cortado las acciones, del mismo modo en que se corta una frase:

- corta
- se
- frase

Obviamente si se destruye arbitrariamente el sentido no es posible decir que existe allí sentido alguno. Lo que Echeverría hizo fue "caminar *para...*", "mover el brazo en dirección a Amalia *para...*", "hablar *para...*", etc. Pero también está haciendo clases *para...*, creo el "Newfield Group" *para*, y así en una red muy amplia. Pero no tenemos por qué elegir una de aquellas secuencias, como si fuesen incompatibles. Sin embargo, el que éstas y muchas otras sean posibles no las transforma en "historias inventadas" para darle sentido a todo lo que hace Echeverría. De decir esto último habría que explicar el *para* del inventar, y luego el *para* de la explicación del *para* del inventar, y así sucesivamente.

Ahora bien, yo no sé para qué Echeverría le preguntó lo que le preguntó a Amalia. Como no lo sé, los *paras* de él son para mí carencias, faltas, o lo que es lo mismo, son deseo de saber para qué lo hizo. Si Echeverría y la Ontología del Lenguaje me fuesen indiferentes, lo que él pregunte o no pregunte no habría entrado en mi campo de experiencia. Como no sé *para* qué ha hecho esa pregunta, pongo en esa carencia un imago mío y compongo (ahora sí) una historia, un cuento, respecto de su comportamiento, es decir, compongo una sintaxis. Así puedo decir: "Creo que le preguntó eso para atraer su atención, porque la atención de ella le *falta*, es decir, porque desea que Amalia comparta sus ideas". Pero puedo ir más lejos, y decir: "Creo que le preguntó: Amalia ¿qué importancia tiene lo que estoy diciendo? porque desea (para) que Amalia desee (para) sus ideas." "Es decir, porque Echeverría desea ser deseado por Amalia." "Para eso le preguntó por la importancia de lo que él había dicho y no cuál era su opinión sobre lo dicho".

Distinto es si el observador no soy yo, sino el propio autor. Obviamente, es posible que él tampoco pueda decirnos *para* qué, exactamente, hizo esa pregunta, o también, que sencillamente no sabe para qué lo hizo. Pero lo que no puede negar es que su accionar *tiene que ver con Amalia y con un estado de carencia de "algo" respecto de ella*.

Lo que hemos denominado "paras" (imagos) no tienen algo así como una finalidad, ni menos una finalidad "cognoscitiva", sino tan sólo son un hueco

vicariamente llenado, una ausencia hecha presencia que orienta, otorga dirección y forma la sintaxis que llamamos acción o comportamiento, ausencia o hueco que tiende a su clausura (equilibrio). Es por ello que dar cuenta del comportamiento está lejos de ser una construcción intelectual (lógica) o una narración surgida

de modo caprichoso. Lo que aquí llamamos sentido es la cadena de actos engarzados de una, otra o muchas maneras (actos de afirmación y negación de realidad, como tratamos en el primer capítulo). Esas maneras son posibilidades que se especifican al comportarnos y no después mediante otro comportamiento.

REVISIÓN

SÉNECA Y LA CONCEPCIÓN ESTOICA DEL MUNDO

(Rev GPU 2012; 8; 3: 280-286)

Hernán Villarino¹

Vivió Séneca en un periodo confuso, en el que el sentido de la bondad tradicional había sido quebrantado y en sustitución suya se buscaba el placer. Nacido en Córdoba, era de cuna noble y rico, por añadidura. El estoicismo romano, dice Toynbee, fue una doctrina aristocrática, aunque naciera en la cabeza de Zenón, un emigrante oriental vecindado en Atenas, y aunque su representante máximo sea quizá Epicteto, que no sólo no era patricio sino que era el esclavo de un patricio. Si bien el estoicismo fue una filosofía nacida en un ambiente de expatriados y desheredados, cautivó a los señores de la época del mismo modo que Sócrates, hijo de un picapedrero, conquistó a Platón, que descendía de reyes en línea directa. En Roma prosperó de preferencia en el ejército y la nobleza; incluso uno de sus autores más conocidos, Marco Aurelio, el último de los antoninos, fue emperador a finales del siglo II d.C. Su hijo y sucesor, Cómodo, en el púrpura del siglo III, abre, no obstante, la más turbulenta, desquiciada e irremediable época del Imperio.

INTRODUCCIÓN

Es muy equívoco, a nuestro juicio, asegurar, como se hace en nuestros días, que la filosofía es la propiedad o expresión de una determinada clase social, porque en todas ellas encontramos todas las filosofías. La filosofía es la respuesta a un llamado de la razón, que pertenece a todos los hombres. No es patrimonio de nadie en particular, ni representa ni encarna a ningún estamento, así es que Cómodo, el hijo de un estoico, pudo ser un desalmado, del mismo modo que el hijo de un desalmado puede ser estoico. La filosofía no viene inscrita en los genes, tampoco se transmite y aprende pasivamente, es un acto personal del cual la persona

que lo realiza es la única responsable. Pero también es un acto comunicativo: para filosofar uno ha de sentirse íntimamente concernido por lo que dicen y piensan los demás. Por eso, aunque está plenamente justificado que uno adopte en la vida la postura que más le acomode o le convenza, es injustificable negarse a oír a los otros. Para Jaspers, filosofía hay sólo una, aunque empíricamente desgarrada en infinitas expresiones y polaridades que no se anulan entre sí sino que vuelven con cada gran filósofo.

Si es verdad que hay grandes filósofos entonces en la filosofía hay una jerarquía, pero si nos preguntaran si el estoicismo es una gran filosofía quedaríamos perplejos. Es quizá relativamente fácil descubrir una filosofía

¹ Docente del Dpto. de Bioética y Humanidades Médicas de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Servicio de Psiquiatría del CABL.

trivial, pero es muy difícil decir, en este terreno, en qué consiste la grandeza. En tiempos recientes una cierta moda sostenía que la filosofía helenística era muy inferior a la que le precedió. Sin ningún tropiezo ni rubor se aseguraba que toda ella consistía en unas cuantas recetas para alcanzar la *ataraxia*, pero sin ninguna altura especulativa, rigor lógico ni potencia metafísica. Incluso se la ha llamado, despectivamente quizá, la época de los moralistas menores o de la filosofía terapéutica. Sin embargo, aquellos presuntuosos autores deben haberse quedado con un palmo de narices cuando en el acto siguiente del drama la rueda de la fortuna puso a la lógica estoica como el antecedente más señalado de la moderna lógica analítica.

Ahora bien, los motivos de aquellos autores son comprensibles, porque la pregunta primera del estoicismo es la pregunta práctica por el cómo se ha de vivir junto con el esfuerzo para hacerlo del modo elegido. A diferencia de otras, no es la pregunta por el ser, el alma, el cosmos, etc., la que primariamente lo mueve. Pero como la filosofía es un recinto infinito que tiene infinitas puertas de entrada, al hilo de la primera aparecen después todas las demás preguntas, de modo que también posee una lógica, una ética, una metafísica, una cosmología, una notable y sutil psicología, etc.

Pareciera que la pregunta por el cómo se ha de vivir se torna acuciante en la desdicha, o cuando el mundo conocido se desmorona y desploma hecho añicos; los felices no necesitan hacérsela y seguramente no se la hacen. Pero si el estoicismo es un filosofar en la desdicha no por eso es una filosofía desdichada, más bien todo lo contrario. No se trata de una queja lastimera, sino de la enérgica, atlética y contagiosa respuesta a una situación humana irremediable, opaca y comprometida, pero donde a pesar de todo, sin entregarse ni bajar los brazos, el agente conserva el mayor de los bienes: la libertad.

Séneca, con toda probabilidad no es el más original de los estoicos, aunque sin duda es el que mejor escribe. Al igual que Platón, su vocación era el teatro, pero a diferencia suya redactó algunos dramas. Aquí sólo nos proponemos revisar su idea del sumo bien con el propósito que sirva de tentación para quienes no le conocen aún.

EL BIEN Y EL PLACER

Aseguraba María Zambrano que Séneca escribió en momentos de inaudita turbulencia política, en época tan dura y de tanta ruindad como se quiera pensar, pero ante la tribulación de los tiempos, agregaba: “dedicó la sutileza enrevesada de su mente, y hasta sus

mañas de buen abogado, a engendrar en el hombre el único remedio que vislumbrara, la resignación, que no era un simple anestésico sino que engendraba en las humanas criaturas una actitud, una cierta alma templada y acordada, una armonía”. El trabajo de Zambrano sobre Séneca se propone y alcanza una incomparable recreación del espíritu que anima al estoicismo; además es uno de los textos, aunque breve, más hermosos y conmovedores que conocemos del filosofar en lengua castellana.

Por lo pronto, realiza Séneca una abogadil defensa del sumo bien, ponderando sus cualidades y cotejándolas con los supuestos beneficios, pero quizá auténticas desdichas, que se derivan de la búsqueda del placer. Por eso, no opone el mal al bien, como es tradicional, sino que enfrenta al bien con lo que en el sentir de los hombres es así mismo un bien: el placer, pero cuya naturaleza es en realidad frágil, porque aunque alcanza velozmente la cima, con la misma rapidez conduce al cansancio, el vacío y el hastío. Por un mero juego de oposiciones, y sin necesidad de enumerar sus virtudes, el sumo bien se perfila como lo que a diferencia del placer es duraderamente satisfactorio, inquebrantable, continuo, y que llena el alma de una auténtica paz sin dar lugar ni al remordimiento ni al aburrimiento ni a la hartura. Sin haber dicho nada Séneca lo ha dicho todo, presentando al sumo bien como lo más deseable y verdadero, como lo que constituye la auténtica búsqueda del hombre despierto que, sin errar, se atiene a la naturaleza de las cosas huyendo de las quimeras amargas y los ensueños insustanciales y volátiles.

En terminología moderna, lo que a nuestro juicio ha hecho aquí el estoicismo es distinguir firme y netamente el goce del placer, y apostar decididamente por el primero. Y este hallazgo, tantas veces olvidado, sin duda que no es el único realizado por la filosofía antigua que sigue teniendo valor para la psicología del presente.

LA FELICIDAD Y LA PUBLICIDAD

Pero entonces, partiendo de lo que dice, ¿es acaso la vida dura, los rigores implacables, la renuncia de cualquier dulzura y levedad el contenido esencial de la doctrina que preconiza Séneca? De entrada no lo parece, porque el cumplimiento del deber allega bienes anhelados por todos. Los hombres buscamos naturalmente la felicidad, pero nada parece más alejado de ella que optar libremente por una existencia llena de privaciones. Sin embargo, ¿qué es la felicidad? La mayoría tiene ya sus propias ideas sobre este estado, y hay una amplia coincidencia en que los placeres, las riquezas,

la holganza y los excesos constituyen su materia. Pero no debemos ocuparnos, dice Séneca, en un tono que recuerda a Heidegger, de la mayoría, no debemos seguir sus huellas. No porque sea allá donde todos van es allí donde hay que ir. Para no caer en el error respecto de lo que buscamos el camino debe decidirlo la razón y no la imitación de la mayoría. Con la razón hemos de guiarnos, agrega, para encontrar una felicidad real, no aparental, porque lo que pertenece al espíritu sólo con el espíritu se ha de hallar.

SABIDURÍA Y ATARAXIA

La sabiduría, que es fruto de la razón, indica que lo que constituye la real naturaleza de las cosas es aquello de lo que no debemos apartarnos. Según Séneca, para ser feliz el alma debe ser dueña de sí, enérgica, ardiente, magnánima, paciente y adaptable a las circunstancias; sin angustias, y si bien puede poseer los bienes de la fortuna no debe ser esclavizada por ella. El alma, en definitiva, debe vivir serena y libre, ajena a todo lo que la perturba o teme, apartada de la complacencia mezquina y de la tiranía de los placeres. Y esto es lo mismo que decir que el alma feliz desprecia las cosas azarosas y se complace en la virtud, que nada sino ella la contenta, que no conoce un bien mayor que el que ella se da a sí misma por medido de su virtud, sin prestar atención a lo que viene de las cosas exteriores. Para el estoicismo es la razón la que asigna el valor a todas las cosas de la vida, porque la naturaleza de las cosas está ordenada por una razón eterna. Por eso, la maestra de la vida es la razón, que toma de aquélla su modelo y su legalidad. La razón, que guía en la virtud y el goce, no en el placer, es la fuente de la verdad, y sin verdad no hay dicha verdadera sino aparente. Como enseña la experiencia, el placer también lo alcanzan los infames, pero el bien y la bondad no resplandecen sino en una vida razonable y virtuosa.

Gracias al ejercicio estoico de la razón nada se desea ni nada se teme, por ende se permanece siempre imperturbable. Por eso Séneca se pregunta, ¿quién podría querer abandonar este estado de inmutable tranquilidad y gozo sereno, de reconciliación con las circunstancias que se viven, cualesquiera éstas sean, para perderse en persecución de los azares que angustian y desasosiegan a quien se lanza tras los bienes exteriores?

VIRTUD Y DEBER

Pero si a la postre parece que la virtud es calma y fruición ¿no somos virtuosos, acaso, por los deleites que nos proporciona? Como dos mil años después ocurrirá

en Kant con su imperativo categórico, está planteada aquí la relación y el eterno conflicto entre el deber y la dicha, y como Kant, también se inclina Séneca por el deber. El deleite, dice, sigue a la virtud, sin duda, pero como un accidente añadido; por eso, no es por él que buscamos aquélla sino por sí misma. También nacen flores, agrega, en los campos de cultivo, pero los hemos arado para el trigo. El placer no es el pago ni la causa de la virtud; el sumo bien no necesita más que a sí mismo, el placer, en cambio, no soporta la visión de la muerte ni del dolor ni de tantos otros pesares que efectivamente nos asedian, pero que con la virtud aprendemos a tratar para que no nos mortifiquen ni desazonen. Los que se entregan al placer, en cambio, pierden la virtud, y además no tienen el placer sino que el placer los tiene a ellos. El sumo bien, en definitiva, no puede contener nada ajeno a sí mismo, porque si no, ¿cómo sería sumo bien? El gozo que nace de la virtud, y la alegría y la tranquilidad que lo constituyen, aunque son bienes, en realidad no tienen parte en el sumo bien. Al sumo bien se lo quiere por sí mismo, y aquellos sentimientos pueden ser sus acompañantes o sus consecuencias, accidentes exteriores, pero no partes de él.

EL BIEN Y EL SUFRIMIENTO

Como Séneca es un buen abogado, no un demagogo, no ahorra la descripción de la parte amarga del sumo bien, que consiste en el cumplimiento del deber por medio de la virtud, aunque también su presentación resulta atractiva y estimulante. Pareciera que después de fiscalizar los placeres es capaz de tentarnos con los dolores.

Es de la vida de los dioses, asegura, de donde hemos de tomar el modelo para vivir; y del modo cómo los dioses nos preparan a nosotros así mismo educamos a nuestros hijos, a los que queremos por sobre todas las cosas, es decir, en el rigor y la severidad, porque no les permitimos que se abandonen a los placeres y les sembramos el camino de pruebas para que se endurezcan. Pero ¿hacemos esto porque nos son indiferentes o porque les odiamos?, se pregunta. Al contrario, agrega, queremos que sean buenos, y sabemos que al bueno nada malo puede ocurrirle. Las cosas adversas educan su ánimo y les enseñan a ser constantes y fieles, y a sobreponerse a cualesquiera sean las condiciones exteriores. Y no es que se desee que se hagan insensibles, de ninguna de las maneras, sino que superen con ánimo tranquilo los embates de la existencia. También un jefe militar, dice, designa para las tareas importantes y peligrosas a los mejores y más valientes, pero con ello los distingue y les muestra aprecio, reconocimiento y

admiración; como los dioses, agrega, exigimos más a aquellos de quienes esperamos más, y todo lo esperamos de la virtud. Más aún, si preguntamos al hombre verdadero, para que responda en conciencia, ¿quién de ellos no estaría dispuesto a sobrellevar cualquier pesar, cualquier amenaza, riesgo o inseguridad para cumplir con las reglas de la justicia? No temen éstos las cosas amargas y arduas, no se quejan de su destino, y todo lo que les sucede lo consideran un bien. ¿Pensamos, pregunta, que el justo, para aliviarse, prefiere cometer una injusticia?; no, asegura, no importa la carga que transporte, siempre sabe cómo llevarla con fortaleza, y cuando nosotros le contemplamos nos place verle luchar contra las calamidades con la serenidad e intrepidez del cazador al que acomete una fiera. Para Séneca nada hay más grande que un hombre valeroso que combate su mala suerte; al fin de cuentas, a pesar de todo lo que se diga sobre el placer, la mayoría de los hombres siguen prefiriendo el destino de un Régulo² a la frivolidad de un Mecenas.

LOS MALES

Las cosas que regularmente llamamos males, se asegura en el estoicismo, en realidad no son tales, porque quienes se aprovechan de ellas, en primer lugar, son los que las sufren. También cuando estamos enfermos, dice Séneca, nos zajan, amputan, sangran o cauterizan, pero todo ello ocurre para la salvación e integridad del cuerpo. ¡Y cuánto más importante no es la curación y perfección de nuestro ánimo! Del mismo modo ¿cuántos de los deleites nos resultan, en el fondo, perjudiciales? La virtud, por lo demás, para mostrar su existencia requiere ser probada. Quien nunca enfrentó las desdichas, ¿cómo sabe que puede hacerlo?, se pregunta Séneca. Llevando una vida regalada, agrega, uno termina ignorando quién es verdaderamente, y se engaña a sí mismo respecto de sí mismo; por eso, hay quienes acti-

vamente buscan las desgracias, para que brille su índole y su virtud. En realidad, lo que el vulgo llama bienes y males, la pobreza, la enfermedad, la desdicha, el exilio, la misma muerte, por el mismo hecho de que afectan a buenos y malos se prueba que en el fondo no son bienes ni son males. También los malos son ricos y sanos y bellos; el hombre sabio, en cambio, no quiere retener nada de aquello que todos persiguen, y nada le puede ser arrebatado a quien no le interesa retener nada.

LA LEY Y RAZÓN ESTOICA DEL MUNDO

A la postre, todas las cosas que ocurren suceden de acuerdo con una ley inviolable establecida desde la eternidad. Nada podemos cambiar en el orden del mundo. Lo que acontece, por la regularidad de las causas y los efectos ya está establecido desde el comienzo, y ni siquiera los dioses lo pueden modificar. Entonces, lo que quiera que sea que nos ocurra es necesario que nos ocurra. Contra ello nada vale revolverse. No obstante, somos libres, lo que se prueba porque podemos elegir la forma de vivirlo. En el estoicismo, si nos identificamos con el querer de los dioses y con la razón eterna nada soportamos contra nuestra propia voluntad; ni lo más terrible ni lo más amargo nos es impuesto, libremente lo asumimos. Ya que en el estoicismo nada es casual y todo necesario, sólo nos queda tolerarlo todo con valor, con ánimo sereno, sin murmuraciones ni quejas.

LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTOICISMO

El concepto clave del estoicismo es la resignación ante el mal y el sufrimiento, y el maestro de la misma, como dice Zambrano, sin duda que es Séneca. Pero, curiosamente, en nuestra época la resignación es tarea de pusilánimes y carece de valedores.

La primera explicación del hombre occidental sobre el mal y los males, aquello que impregna su imaginación, la cifra quizá más honda, está tomada del episodio adánico. De acuerdo con ella, el mundo y el hombre son esencialmente buenos, y el mal es el fruto de su propia torpeza y estupidez. Ésta es una versión optimista, porque si el origen del mal es el hombre, él mismo es quien puede ponerle remedio. De acuerdo con esta interpretación se han alimentado todas las utopías habidas y por haber, cualquiera sea su origen y su fundamento, y no se puede negar la parte de verdad que hay en ellas porque sin duda la actividad humana es responsable de una parte del mal que hay en el mundo.

No obstante, en el mal que es obra humana sólo una porción de él es realizada a conciencia, la otra es

² General romano caído prisionero durante las guerras púnicas. Se comprometió con sus captores para ir al Senado llevando un mensaje de paz, y a volver después a Cartago. Sin embargo, luego de entregar, exponer y explicar aquel mensaje, defendió públicamente que para salvar sus lares y penates, lo más íntimo y sagrado de Roma, debía continuarse la lucha hasta abatir totalmente a los enemigos. Acto seguido, sin embargo, volvió a Cartago, aunque en realidad nada lo obligaba a hacerlo, nada excepto el cumplir con la palabra empeñada tal como desde siempre lo demandaron lares y penates. Terminó siendo salvajemente torturado y asesinado por los cartagineses.

indeliberada e incontrolable. La técnica se desarrolló con la mejor intención de aliviar el trabajo y facilitar la existencia, pero produjo como consecuencia insospechada la deshumanización y emergencia de la masa, por un lado, y la polución contaminante por el otro, que amenaza con hacer inviable la vida sobre la tierra. Aunque quizá se podría postular que es posible desterrar la mala fe, sin que hasta la fecha nadie sepa cómo, dado que en realidad no conocemos todas las consecuencias de nuestros actos nunca será posible erradicar del todo el mal no conocido que provocan y provocarán aun nuestras actividades más inocentes, de las cuales también somos responsables.

Puesto que el mal, independientemente de la voluntad y propósitos humanos termina siempre reapareciendo, en el pasado se elaboraban teodiceas adánicas para exculpar a Dios. Lewis dice que el dolor es no sólo inevitable sino la prueba de una gran sabiduría, porque sin él no sabríamos que estamos enfermos, o nos destruiríamos irremisiblemente sin que nada nos avisara que acometemos empresas peligrosas, como por ejemplo el simple coger agua hirviendo. Para Scheler, en cambio, en el dolor físico hay algo incomprensible, incluso absurdo, cuando lo vemos como señal para el sostenimiento de la vida. Sufrimos dolores atroces si nos sacan las uñas, pero quedamos insensibles cuando nos rebanan el cerebro, que es un órgano harto más esencial que las uñas. Por lo pronto, el mal de Alzheimer demuele el encéfalo con total sigilo y discreción, alegremente y sin provocar la más mínima molestia, y es en realidad difícil hallarle un sentido a todo el sufrimiento que contemplamos en la psiquiatría. En todo caso, si el dolor sirviera de aviso pregunta Scheler, ¿una inteligencia absoluta no pudo diseñar otro sistema menos bárbaro?

Cuando se arguye que el dolor es un mecanismo adaptativo seleccionado inconsciente e indeliberadamente en la naturaleza por las ventajas que ofrece, en el fondo se brinda una nueva teodicea sedante y consoladora, que donde antes decía Dios ahora dice evolución, pero que no evita volver a preguntarse qué mundo es éste donde el dolor y el sufrimiento constituyen ventajas adaptativas. La vida, y la materia, aparecen aquí traspasadas por un drama existencial que en el pasado radicaba en la misma fuente divina; pero su capa de naturalismo se hace una reivindicación ingenua del mal, cuyas consecuencias, si uno se lo tomara realmente en serio, serían desoladoras e impensables.

Por otro lado, la imaginación cifrada de occidente ha estado dominada también por otra tradición bíblica, la que arranca de Job, quien no se aviene a culparse a sí mismo de los males y desdichas sin cuento que padece,

y las pone como responsabilidad del mundo. A su alrededor, un corro de funcionarios de Dios lo conmina a que reconozca su responsabilidad en sus propias desgracias, y no culpe blasfemamente a la creación e indirectamente al creador. Pero Job insiste, inquiera, polemiza y debate directamente con el mismo Dios, desoyendo a los papanatas que lo rodean. Ahora bien, lo maravilloso del caso es que cuando Dios habla en primer lugar desautoriza a sus propios abogados, tildándolos de charlatanes, ignorantes e insensibles, y, en segundo lugar, condiciona su respuesta a que Job le conteste una serie de cuestiones que él plantea. Como evidentemente Job no tiene idea de aquello sobre lo que está siendo interrogado, el asunto de fondo queda recíprocamente sin respuesta. Si Job no conoce ni siquiera la parte, ¿cómo podría explicársele el todo? Lo esencial es que Dios mismo reconoce la realidad del mal y el sufrimiento, rehúsa a explicar su necesidad y los deja como incomprensibles, de modo que Dios no hace una teodicea ni tampoco demagogia. Pero puesto que en el texto aparece como que Dios mismo ha sido tentado por el demonio para probar a Job, queda en el aire si no serán estos rasgos necesarios de la creación y puestos allí *ex profeso*.

El que el mal y el sufrimiento son inherentes al mundo, que sean parte necesaria e inextinguible de él, aunque de modo misterioso e incomprensible, ha sido formulado antes y después de Job de muchas maneras, pero nunca con tanto éxito, en un contexto tan inesperado y con personajes tan decisivos. Adán y Job son las cifras de dos y sólo dos concepciones posibles del mundo, aunque desarrolladas en cada caso con infinitos matices, y en las que los hombres han de vivir cuando pretenden una comprensión radical de sus propias vidas. Como son cifras aquí no cabe preguntar cuál es la verdadera, porque para las existencias las dos pueden serlo y en cada caso las dos lo son. Desde luego Job no está solo: entre los de su cuerda podemos contar a los maniqueos, los gnósticos, el mundo trágico de Nietzsche, el doliente de Schopenhauer, las situaciones límite de Jaspers, etc.

Como quiera que sea, el tema que aquí nos convoca realmente es el estoicismo. Ahora bien, a la luz de la exposición anterior podemos inferir legítimamente que esta filosofía está más cerca de Job que de Adán. Todas las cosas que ocurren, y con ello el mal y el sufrimiento, suceden, dice Séneca, de acuerdo con una ley inviolable establecida desde la eternidad, ley de la que no podemos cambiar un ápice porque todo acontece según la insobornable regularidad de las causas y los efectos, y ni siquiera los dioses pueden modificarlo. Descartada queda entonces, y en primerísimo lugar, la utopía de raíz adánica y todas sus derivaciones filosóficas y

cientificistas. Pero puesto que también el mal es ley del mundo, persiste la posibilidad de rendirse a él, de exaltarlo, admirarlo, mimarlo, celebrarlo, adorarlo, etc., como ocurre, por ejemplo, con el satanismo antiguo y moderno. Por último, los que dicen que el bien y el mal son sólo interpretaciones humanas pero que carecen de realidad, dirán quizá a sus hijos que cambien la exégesis cuando les duelan las muelas; en todo caso, así se ponen por fuera, quizá por encima de la experiencia humana común, comunicable y comunicada, de modo que no sabemos cuál es el lugar que habría de asignárseles en este antiquísimo debate.

Pero una vez reconocido el mal como sustancia inextirpable del mundo, como parte fundamental de su idea arquitectónica, de la cual cada mal empírico es expresión, como aquello, en fin, que siempre retorna y está presente siempre en todas las cosas, los estoicos sacaron consecuencias originales para responder a la pregunta de cómo se ha de vivir.

La primera ya la hemos comentado: son anti o extra utópicos y por ende no tenían ninguna mercancía que vender. Pero mantuvieron ese difícil equilibrio en el que se huye del esoterismo, donde se agazapa la soberbia, sin por eso caer en el proselitismo, que manifiesta un indiscriminado deseo de dominación y poder. No hay doctrinas estoicas secretas, todo está dicho públicamente en sus textos, pero tampoco hay en ellos anzuelos ni coacciones, sólo una transparente voluntad de verdad y comunicación.

La segunda, es que no hay ningún lugar del universo donde el mal pueda ser eludido, de allí que a diferencia de otros no crearan monasterios donde escaparse y ponerse al abrigo de las inclemencias, ni tampoco, como Epicuro, un jardín propio donde vivir protegidos y entre amigos. No desarrollaron técnicas especiales de meditación, oración ni psicoterapia, ni tampoco ritos de purificación ni nada que propendiera a la estabilidad mental ni emocional o porque no lo necesitaron o porque no se avenía con su carácter; en todo caso les bastó con la razón y la filosofía. Tan leve y esencial es el equipaje de los estoicos que algunos han creído que no tenían ninguno.

Se quedaron en el turbio e impreciso mundo de lo común y corriente y en la situación en que cada cual estaba, como esclavo o como emperador, y desde allí actuaron como pudieron, porque el poder de cada hombre es muy menguado. No existió una iglesia estoica, ni un partido político estoico, con su comité central, su comisión política y su regusto por mandar y disponer de la vida y hacienda de los otros para el propio beneficio. Sin embargo, cuando las circunstancias lo determinaron ocuparon cargos decisivos en la administración

del Estado, desde donde defendieron, real y consecuentemente, la idea de la igualdad entre los hombres y sus inferencias jurídicas: la concesión de la ciudadanía romana para todos los habitantes del Imperio y la emancipación de la esclavitud.

Fueron radicalmente individualistas, no porque confiaran en el individuo sino porque la tarea de la vida se vive a título personal; sólo a la persona cabe hablarle ya que sólo ella es responsable y puede responder, y sólo en ella, finalmente, se miden la salvación o la pérdida. Pero que fueran individualistas no significa que fueran antisociales, como se entiende hoy, sólo que no creían que ningún orden social por sí mismo podía acabar con el mal en el mundo; en cambio, bien sabían que las estructuras de poder concebidas para amortizarlo generalmente lo agravan.

No hay, por último, nada patético en el estoicismo. Aunque reconocían la necesidad inscrita en el fondo insondable de la realidad relativa al mal y el sufrimiento, intensificada hasta el paroxismo por las condiciones de vida del Imperio, no por ello se rindieron ni se tornaron sus aliados. Su idea de la *ataraxia* y la serenidad, a diferencia de cualquier otra no está en un imaginario más allá de aquéllos sino más bien de cara a ellos y en ellos. Pero asomados con entereza al oscuro corazón del mundo, los estoicos descubrieron, a pesar de todo, la posibilidad del bien y de la vida buena. Éste es un ejemplo, antes de Nietzsche, de aquello que en él celebraba Gadamer: vivir en las condiciones extremas de falta de salida sin salvarse de la desesperación pensando que ya pasará, sino con un auténtico imperativo categórico, sin cuya razón práctica, dice este autor, no seríamos. También, nos parece, los estoicos encarnan aquello que Heidegger consideraba característico de Nietzsche: la vida que deja de clamar venganza por el paso del tiempo y de lo que fue, ese irremediable tósigo del resentimiento.

Éste, a nuestro juicio, y dicho brevemente, es el sentido de la resignación, desapego e imperturbabilidad estoica, que no tiene nada de pasividad ni de abandono, es más bien uno de los ejemplos de acción y actividad más puras ejecutadas jamás por esa clase rara de hombres que no viven de ilusiones pero ponen en juego todas las fuerzas que poseen, encaran la realidad terrible del mundo y hacen cuestión de sí mismos. Podrá uno estar o no de acuerdo con ellos, pero de lo que no cabe duda es que en los más de quinientos años que transitaron por este mundo no dejaron como herencia ninguna infamia ni vergüenza digna de recordación. Por eso, un conocido autor del siglo XX d.C. podía decir que aún sentía el estimulante aroma de las doctrinas del pórtico.

COMENTARIOS

El estoicismo encarna y expresa una determinada concepción del mundo en la que los hombres han vivido y siempre pueden volver a vivir. De ella se puede extraer una cierta psicología, que aquí no desarrollamos, pero que, como dice Jaspers, se revela en sus imágenes del mundo, sus actitudes y la vida de su espíritu.

REFERENCIAS

1. Séneca. *Sobre la felicidad*. Alianza, Madrid, 2004
2. Mates B. *Lógica de los estoicos*. Tecnos, Madrid, 1985
3. Zambrano M. *El pensamiento vivo de Séneca*. Losada, Buenos Aires, 1944
4. Scheler M. *El sentido del sufrimiento*. Goncourt, Buenos Aires, 1979
5. Lewis CS. *El problema del dolor*. Universitaria, Santiago, 1990
6. Gadamer HG. *Acotaciones hermenéuticas*. Trotta, Madrid, 2002
7. Heidegger M. *¿Qué significa pensar?* Nova, Buenos Aires, 1978
8. Jaspers K. *Psicología de las concepciones del mundo*. Gredos, Madrid, 1967

REVISIÓN

EL SUFRIMIENTO COMO PROCESO RELACIONAL

(Rev GPU 2012; 8; 3: 287-291)

Fernando Maureira¹, Elizabeth Flores²

El dolor es una experiencia que se genera tanto a nivel periférico, con los nociceptores, como a nivel central, en determinadas regiones de la médula y el cerebro, con una modulación dada por diversos neurotransmisores. Por otra parte, el sufrimiento posee un origen relación-cultural que surge desde el lenguaje, al ser un deseo lingüístico de que el presente sea diferente a como es. Los tres elementos que originan el sufrimiento son la soledad, el apego y las expectativas sobre nosotros mismos. Resulta interesante que, aunque sus orígenes son diferentes, ambas experiencias utilizan los mismos circuitos cerebrales para su vivencia, es decir, el sufrimiento efectivamente duele.

INTRODUCCIÓN

Las experiencias que se encuentran muy relacionadas, pero que no poseen la misma naturaleza son el dolor y el sufrimiento. La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión histórica real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión (1986). Esta definición extiende el concepto de dolor integrando componentes emocionales y subjetivos, además de que puede surgir sin causas somáticas. La importancia del dolor se debe a que es un mecanismo de defensa, una señal de alarma para proteger al organismo y aumentar la supervivencia del individuo (Romera *et al.*, 2000). Por su parte, el sufrimiento tiene un origen relacional, social y no biológico, los demás organismos no experimentan

sufrimiento, sólo viven el dolor, pero son incapaces de sufrir ya que esto se da en el lenguaje. *El sufrimiento es un deseo en el lenguaje de que el presente sea diferente a como es* (Maureira, 2009). Para explicar las diferencias entre ambas experiencias comenzaremos recordando algunos aspectos básicos del dolor.

Para Romera *et al.* (2000) el dolor precisa de la participación del sistema nervioso central (SCN) y el sistema nervioso periférico (SNP). Los mensajes nociceptivos son transmitidos, modulados e integrados en diferentes niveles del sistema nervioso: 1) Activación y sensibilización de los nociceptores periféricos. 2) Transmisión de los estímulos nociceptivos a través de las aferencias primarias. 3) Modulación e integración de la respuesta nociceptiva a nivel del asta dorsal medular. 4) Transmisión por las vías ascendentes (espino-encefálicas). 5) Integración de la respuesta en los centros

¹ Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Internacional SEK. Santiago, Chile. Programa de Salud y Bienestar Humano, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Santiago, Chile. E-mail: maureirafernando@yahoo.es

² Estudiante Pedagogía en Educación Física, Universidad Internacional SEK. Santiago, Chile

superiores (estructuras encefálicas). 6) Control descendente por las vías encéfalo-espinales.

Según Burgess y Perl (1973) los cambios bioquímicos relacionados con el dolor se agrupan en tres niveles: a) periférico, que son mecanismos por los cuales una serie de estímulos son capaces de excitar los receptores periféricos; b) medular, que son mecanismos de transmisión y modulación; c) central, que son aquellos neurotransmisores y mecanismos implicados en la percepción cerebral y medular del dolor y los mecanismos inhibidores de dicha sensación.

Los nociceptores son capaces de codificar la intensidad de un estímulo dentro de rangos de intensidad nocivos, mientras que no responde a estímulos de intensidad más baja, teniendo en cuenta que el valor nocivo depende del órgano inervado (Cervero y Laird, 1999). Según su localización los nociceptores se clasifican en cutáneos, viscerales y musculares y articulares (Kandel *et al.* 2001).

La primera neurona de las vías del dolor tiene su extremo distal en la periferia, el cuerpo en el ganglio raquídeo y el extremo proximal en el asta posterior de la médula espinal (Cerveró y Laird, 1995). De éstas, una gran proporción envían sus axones a núcleos cerebrales superiores a través de la médula. Los fascículos anatómicamente mejor definidos son el espino-talámico, espino-reticular y espino-mesencefálico, aunque la mayor parte de vías espinales ascendentes contienen axones de neuronas nociceptivas (Villanueva y Nathan, 2000). Estas vías llegan a la formación reticulobulbar, la formación reticulomesencefálica y las estructuras talámicas. Del tálamo proyectan a áreas corticales y el córtex cerebral (Romera *et al.* 2000). Este circuito cerebral implicado en el dolor se puede observar en la Figura 1.

Para Price (2000) la sensación del dolor comprende dos componentes: 1) el discriminativo-sensorial mediado por el complejo ventro-basal del tálamo y por la corteza somatosensorial. 2) el afectivo mediado por

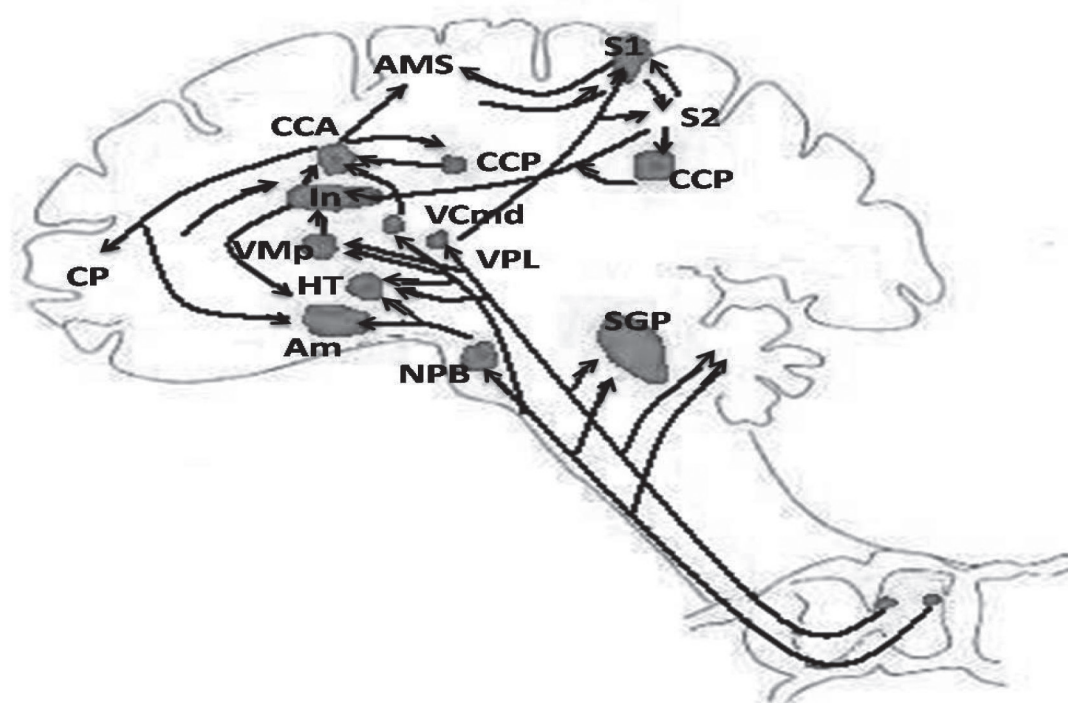


Figura 1. Vías ascendentes y estructuras subcorticales y corticales relacionadas con el dolor. SGP (sustancia gris periacueductal); NPB (núcleo parabraquial); Am (amígdala); HT (hipotálamo); VPL (núcleo ventro-posterior lateral); VMp (parte ventromedial del complejo posterior); CP (córtex prefrontal); In (ínsula); VCmd (parte ventrocaudal del núcleo mediodorsal); CCA (córtex cingulado anterior); CCP (córtex cingulado posterior); CCP (complejo parietal posterior); AMS (área motora suplementaria); S1 y S2 (áreas somatosensoriales).

núcleos talámicos mediales y por zonas de la corteza que incluyen las regiones prefrontales y la corteza supraorbital.

Finalmente, en relación con la duración del dolor, Cerveró (2000) lo clasifica en tres fases distintas: dolor fase 1, que es producido por una lesión pequeña y breve; el dolor fase 2, que es producido por lesiones más duraderas que producen inflamación; el dolor fase 3, que es producido por lesiones neurológicas, tanto periféricas como centrales.

EL SUFRIMIENTO ES UNA DINÁMICA CULTURAL

Por su parte, el sufrimiento es una vivencia relacional que se funda en lo social y no es una dinámica biológica, su origen no es orgánico. Esta experiencia se convierte en algo trascendente por su profundidad y la forma en que puede cambiar nuestras nociones de vida. Una característica importante del sufrimiento es que siempre se da en el presente, el cual es una construcción lingüística, es la forma en la cual narramos nuestra experiencia en el momento que ocurre, de tal forma que vivenciamos un hecho, lo describimos en el lenguaje y ello modifica la forma cómo estamos viviendo la experiencia, la cual volvemos a describir, y así sucesivamente. Cada nueva descripción lingüística de la vivencia es el presente. Cuando recordamos una experiencia y su descripción decimos que está en el pasado, cuando narramos una posible experiencia decimos que es el futuro, sin embargo sólo existe un presente continuo. Los tiempos con los que describimos los acontecimientos como pasados, sucediendo o por suceder son construcciones lingüísticas humanas.

El deseo en el lenguaje es una historia enfocada en ciertos acontecimientos que no ocurren en nuestro presente, pero creemos que de ocurrir nos producirían placer. Entonces, cuando narramos nuestra experiencia presente es posible que podamos construir otra historia lingüística basada en el deseo de otra experiencia. Cuando esto ocurre, cuando deseamos que la historia que narramos como no vivenciada es la que deseáramos que ocurriera, surge el sufrimiento. Es importante entender que el sufrimiento siempre se da en el presente, aun cuando lo que quisiéramos es que un evento que narramos en el pasado fuera diferente, ya que nuestro deseo se basa en nuestra creencia de que si así fuera nuestro presente sería diferente. Ningún evento pasado puede causarnos sufrimiento, no sufrimos por lo que ya pasó, sufrimos pensando en que si no hubiese sucedido nuestro presente sería diferente.

El sufrimiento es generado por tres elementos en nuestro vivir en el lenguaje:

- a) La soledad: que es una parte de la historia de sí mismo en donde aparecemos como individuos separados de los demás. Cuando surgimos en la autoconciencia, cuando narramos nuestra historia, nacemos como individuos y por ende nuestra definición de lo que somos conlleva la separación de los otros. Esta situación produce sufrimiento, ya que el estado de individualidad genera un vacío emocional, que se produce de la ruptura de la relación simbiótica con la madre, donde somos uno con ella. Al enfrentarnos a la soledad física y emocional deseamos el retorno a la unidad (Fromm, 1956). Esto genera la búsqueda incesante de superación de la soledad, así nos relacionamos con otros y junto a ellos buscamos ser parte de algo más grande que nuestra propia individualidad, de esta forma nos sentimos parte de una nación, una religión, un equipo de fútbol, un partido político, etc., y también buscamos esta satisfacción en relaciones individuales: fraternidad, amistad y sobre todo en relaciones de pareja y de maternidad, entendida tanto como materna y paterna, relaciones en la cuales superamos las barreras de la soledad compartiendo nuestra experiencias más íntimas y, en el caso de las relaciones de pareja y maternidad, con el contacto físico en el abrazo y los besos con el hijo y en el acto sexual con la pareja. De esta forma compartimos la historia que hacemos sobre nosotros mismo y parte de ella se basa en la historia que otro cuenta de sí mismo; de esta manera se entrelazan diferentes historias y por ende diferentes vidas humanas se tornan dependientes unas de otras, desapareciendo ilusoriamente la experiencia de la soledad (Maureira, 2009).
- b) El apego: Es el deseo en el lenguaje de mantener relaciones conductuales con ciertos objetos o hechos a través del tiempo. La relaciones con grupos o con individuos específicos crean una necesidad muy grande de dicha relación, ya que se define la historia personal en base a la relación que se establece con ellos. Por lo tanto, se hacen necesarios para definir mi presente y, ante su ausencia, ya sea por muerte o por ruptura de esa relación, sólo se puede definir un presente en ausencia de aquello que complementaba la definición de mí mismo. Es entonces que se genera un presente no deseado, surge el sufrimiento. El apego se da en dos situaciones: a) cuando poseo relaciones conductuales con un fenómeno que me causan placer y lo pierdo, generando un cambio en la historia que narro de mi vida, generando un presente diferente al que deseo; y b) cuando teniendo las relaciones

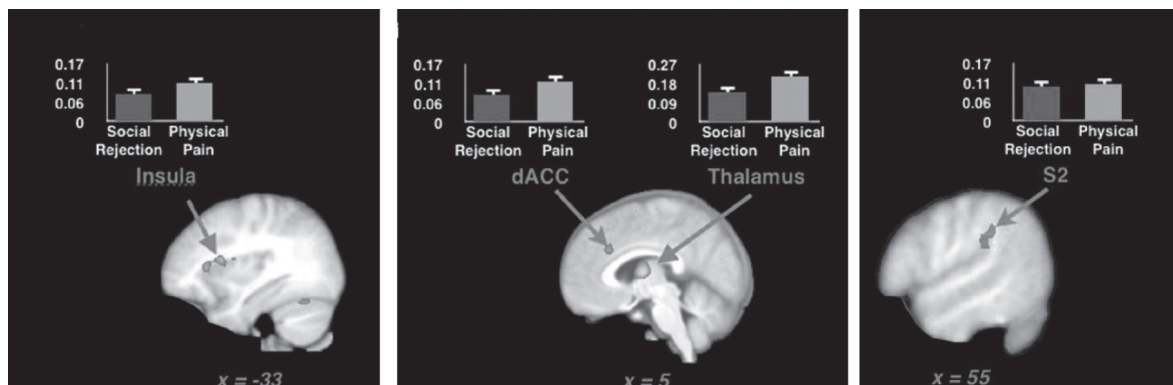


Figura 2. Actividad cerebral que se comparte durante la experiencia de dolor físico y del sufrimiento. dACC: corteza cingulada anterior; S2: corteza somatosensorial secundaria (Sacado de Kross *et al.*, 2011).

conductuales con un fenómeno que me causa placer imaginamos un futuro sin él, entonces experimentamos angustia y temor ante un potencial futuro sin dichas relaciones, aquí se genera el temor ante la pérdida y ante esto se experimenta el sufrimiento (Maureira, 2009).

- c) Las expectativas que hacemos de nosotros mismos: Como seres autoconscientes establecemos metas u objetivos en las continuas relaciones y actividades que hacemos, dichas metas y objetivos están relacionados con el presente que deseamos experimentar. Cuando el hacer diario que experimentamos no coincide con el hacer diario que habíamos "relatado" en el pasado significa que no se han cumplido las expectativas que habíamos trazado, entonces surge el sufrimiento. *Siempre las expectativas de nosotros mismos se dan en el presente y su cumplimiento o no a posteriori*, es decir que en un presente establezco las expectativas sobre mi hacer, pero el presente que manifiesta si experimento el hacer que había establecido se da en forma posterior. Por lo tanto, puedo ir modificando mis expectativas de mí a cada instante y eso es lo que hacemos como humanos en el lenguaje, a cada instante establecemos expectativas sobre nuestro hacer y cuando experimentamos su cumplimiento o no ya estamos estableciendo otras expectativas, proceso que se prolonga hasta nuestra muerte (Maureira, 2009).

Éstos son los tres elementos que generan nuestro sufrimiento y todos ellos son de origen lingüístico y, por lo tanto, sólo los experimentamos los seres humanos. La única forma de superar el sufrir es la aceptación del presente tal cual es, sólo en ese momento se hace

posible el bienestar, en el momento en que dejamos de desear otro presente y aceptamos sin reparo el que nosotros mismos construimos.

DOLOR v/s SUFRIMIENTO

En un trabajo de Kross *et al.* (2011) se muestra que 21 mujeres y 19 hombres que habían sido abandonados por sus parejas en los últimos 6 meses, fueron expuestos a dos pruebas: la primera era un estímulo físico que provocaba dolor, y la otra era ver fotografías y recordar momentos con sus exparejas. En ambas situaciones fue medida su actividad cerebral con RMf y se pudo observar que en ambas ocasiones se activó la corteza somatosensorial secundaria, la ínsula posterior, el tálamo y el cíngulo anterior (Figura 2).

Este estudio muestra que la actividad cerebral relacionada con el dolor físico y el sufrimiento es el mismo, por lo tanto, *el sufrimiento duele físicamente*. Para nuestro cerebro no habría diferencia en la experiencia como tal. Estos descubrimientos abren nuevos cuestionamientos: ¿cómo es posible que siendo sus orígenes tan diferentes el cerebro procese ambas experiencias de la misma forma?, ¿es posible tratar ambas experiencias de la misma forma?, ¿se podrá crear una pastilla para el sufrimiento? Son necesarias nuevas investigaciones en este ámbito, ya que los estudios en la relación dolor físico-sufrimiento están recién comenzando.

CONCLUSIONES

El dolor se relaciona con un daño tisular, por lo tanto su origen es orgánico; por su parte, el sufrimiento nace desde el lenguaje, por lo cual es el resultado de relaciones sociales, no es una condición biológica, aunque

claramente sea necesaria la neurobiología para dar origen al lenguaje y desde ahí la experiencia del sufrimiento. Esto muestra la imposibilidad del sufrimiento en organismos que carecen de lenguaje recursivo como el humano, ya que éste es un deseo en el lenguaje de que el presente sea diferente como es (Maureira, 2009) y para esto se hacen necesarios los conceptos de pasado, presente y futuro.

La vivencia subjetiva del sufrimiento depende de la historia que cada sujeto narra de sí mismo, pero siempre la soledad, el apego y las expectativas de sí mismo serán la base de dicha experiencia. Tal como el lenguaje es la base de la condición humana, el sufrimiento es el resultado ineludible de ser humano (Maureira, 2009). El origen social del sufrimiento no implica que esta vivencia no enmarque un gran número de rasgos biológicos, ya que una lesión en el sistema nervioso podría cambiar las características o incluso suprimir la experiencia; sin embargo, su origen es relacional y por lo tanto todo tratamiento de éste debe surgir desde el lenguaje. No obstante, esto no significa que no sea necesario un tratamiento farmacológico en algunos pacientes, hasta

restablecer ciertos parámetros neuroquímicos, sino que un tratamiento eficaz sobre la vivencia del sufrir debe ser orientada a su origen, es decir, tratada desde el lenguaje.

REFERENCIAS

1. Burgess P, Perl E (1973). Cutaneous mechanoreceptors and nociceptors. En A. Iggo (ed), *Handbook of sensory Physiology* (2: 29-79) Berlín: Springer-Verlag
2. Cerveró F (2000) Neurobiología del dolor. *Rev Neurología*; 30 (6): 551-555
3. Cerveró F, Laird J (1995). Fisiología del dolor. En A. Baños (ed.), *Tratamiento del dolor: teoría y práctica* (9-25). Barcelona: MCR
4. Cerveró, F, Laird J (1999). Visceral pain. *Lancet*; 353: 2145-2148
5. Fromm E (1956). *El arte de amar*. Barcelona: Paidós
6. IASP (1986). Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. *Pain*; Suplemento 3: 215-221
7. Kross E, Berman M, Mischel W, Smith E, Wager T (2011). Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108, (15), 6270-6275
8. Maureira F (2009). Tratado ontológico humano. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*; 12, 3: 187-223
9. Romera E, Perena MJ, Perena MF, Rodrigo M (2000). Neurofisiología del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 7: Supl. II. 11-17

REVISIÓN

DIMENSIÓN SIMBÓLICA DE LA CORPORALIDAD: UNA MIRADA DESDE LA PSICOTERAPIA JUNGIANA

(Rev GPU 2012; 8; 3: 292-296)

M. Susana Toloza¹

La cultura occidental ha polarizado al ser humano en cuerpo y psique; en respuesta a esta disociación, la psicología corporal plantea que el cuerpo físico no es sólo el “ropaje” del alma, sino que existe un cuerpo habitado: la “corporalidad”. Ésta es fuente de la vivencia, base estructural del yo, memoria de las experiencias pasadas, vía de expresión de la conciencia e inconsciente. Por su parte, la Psicología Analítica integra las diferentes polaridades: mente – cuerpo, salud – enfermedad, entre otras, lo cual tiene sentido en la relación con la totalidad del alma, y el organismo psico-corporal lo expresa simbólicamente; desde la Psicología Analítica podríamos considerarla como la corporalidad simbólica. El desafío de incorporar el lenguaje simbólico-corporal en la clínica nos ofrece la posibilidad de integrar las diferentes dimensiones del cuerpo necesarios para la elaboración del símbolo (síntoma), la ampliación de la conciencia y el contacto con el *Self*.

CUERPO Y CORPORALIDAD

A través de la historia, la concepción del cuerpo ha sido un tema de discusión importante en el ámbito del desarrollo epistemológico. En la concepción dualista de Descartes se postulaba una división mente-cuerpo, con énfasis en lo racional por sobre lo emocional. Popper y Eccles sostuvieron el concepto de interaccionismo psicofísico reconociendo una doble dirección mente-cuerpo. Esta polarización limita la integración del organismo en sus funciones, expresiones y vivencias. Por otra parte, el Monismo de Spinoza plantea que el alma y el cuerpo son un solo y mismo individuo al

que se concibe ya bajo el atributo del pensamiento, ya bajo el atributo de la extensión (Priest, 1994).

En un aporte a la integración, el paradigma de la psicología holista acentúa la dimensión del cuerpo como relevante en el contexto terapéutico, considerando que el individuo se manifiesta con y a través de éste (Quitmann, 1989). Se busca la coherencia entre cognición, emoción, corporalidad, interacción y comportamiento práxico en que la persona se encuentra integrada (Gimeno-Bayon y Rosal, 2001).

Actualmente en Occidente se entiende al cuerpo como un objeto de pertenencia y de valor el cual puede llegar a ser sometido y controlado por un sistema

¹ Magister Psicología Clínica Analítica Jungiana.

social que le dicta cómo debe ser (Brohm, 1968, en Espinal, 2006). Al considerar la vivencia del cuerpo como una concepción enseñada se trata de determinar una realidad institucionalizada, en un proceso en donde se le educa para insertarse en el contexto que lo reclama; toda nuestra educación es el ajuste de nuestro cuerpo a las exigencias normativas de la sociedad (Bernard, 1985).

En este sentido podemos dimensionar la presencia de un poder externo al cuerpo, la imposición de exigencias sobre éste, que transgreden su naturaleza, sus ritmos, y su constante expresión en función de una dialéctica vital. Esta dialéctica requiere ser guiada y sustentada por el eros vital, es en sí misma el pulsar de la vida que transita entre la tensión/relajación, sistema simpático/parasimpático, expansión/contracción, salud/enfermedad.

El ser humano ha desarrollado diversos modos de aproximación a la comprensión de la relación psique-cuerpo: las más conocidas son la ciencia y la espiritualidad, dependiendo de la cultura a la cual se pertenece (Berman, 1995).

Desde una mirada existencial, el cuerpo acoge en sí mismo una dimensión más íntima, subjetiva y profunda, el cual contiene la vivencia física y tangible del ser humano. Este es el lugar donde habita nuestro ser, donde habitan nuestras fantasías, emociones, temores, deseos, sueños, el lugar desde el cual vivimos la vida; esto hace que nuestro cuerpo tenga lenguaje, sea un cuerpo vivo a través de su corporalidad (Araneda, 2005).

La corporalidad se comprende como la vivencia del hacer, sentir, pensar y querer; donde el cuerpo es sólo el vehículo para que la corporalidad se haga presente en el mundo (Espinal, 2006). Todos nacemos con un cuerpo físico, el que se va transformando y adaptando para construir su corporalidad, ésta es la manifestación consciente e inconsciente de la constitución física del individuo, moldeada y reclamada en un determinado contexto (Paredes, 2003).

PSICOTERAPIA Y CORPORALIDAD

En la historia de la psicoterapia ha existido una continua exclusión del cuerpo. Sin embargo el paradigma holista ha contribuido a modificar el estatus del trabajo corporal, evidenciando el cuerpo como un aspecto inexplorado para el hombre de nuestro tiempo. La terapia corporal sería un viaje de unión de lo separado, la fusión de la corriente corporal con la corriente de palabras (Berge, 1980).

La Psicología Analítica Jungiana adhiere al enfoque holista, en el cual se integran las diferentes polaridades

de la existencia; así mente-cuerpo se expresan integrados y simbólicamente. En la dinámica relacional el ser humano se encuentra con un otro holístico, compuesto por cuerpo y psique y por tanto nuestra comunicación y relación serán con y desde el cuerpo. El cuerpo como expresión material y simbólica del organismo desarrolla la comprensión de la psique encarnada, vivenciada tempranamente en la experiencia del eros materno (Neumann, 1991).

LA PSICOTERAPIA CORPORAL

La Psicoterapia Corporal nace del trabajo del neuropsiquiatra y psicoanalista Wilhem Reich, el cual se basa en la afirmación freudiana de que la energía psíquica tiene su origen en los procesos corporales. (Serrano *et al.*, 1997). Sin embargo, Reich plantea una teoría holista en la cual no puede haber un síntoma neurótico, sin una perturbación del carácter como totalidad. La estructura de la personalidad para Reich tiene un aspecto psíquico que es la neurosis, y uno muscular, la armadura del carácter (Berman, 1995).

Esta técnica se centra en los contenidos emergentes y del contacto con el cuerpo; agrupan todas aquellas psicoterapias que consideran del cuerpo como manifestación del inconsciente. Se trabaja sobre conflictos psicológicos, aspectos energéticos, la estructura del carácter, los patrones psicocorporales y la historia biográfica de la persona (Araneda 2005).

El análisis corporal de la relación es la decodificación e interpretación de mensajes inconscientes que se dan en la relación esencialmente corporal. Ésta se plantea como más espontánea y más cerca de las pulsiones del inconsciente, siendo por lo tanto más directamente reveladora de sus contenidos (Alemany, 1996). Las investigaciones del terapeuta corporal Allan Schore muestran cómo en la relación terapéutica el contacto entre dos personas, en el campo intersubjetivo bipersonal, necesita crear nuevas formas de sincronía, de *in-sight* mutuo y de revinculación. Neurológicamente esto significa nuevas condiciones de la biosíntesis química y de la sinaptogénesis que están ocurriendo en el cerebro.(...) y esto no sólo ocurre a nivel cerebral sino que también a nivel muscular, en el arousal de los tejidos y los ritmos energéticos somato-emocionales (Boadella, 2003, p. 21).

LA INTEGRACIÓN DEL CUERPO EN LA PSICOLOGÍA ANALÍTICA

La Psicología Analítica Jungiana reconoce una dinámica existente en la base de la relación mente-cuerpo, la

cual amplía la perspectiva de la psique y aporta una nueva visión respecto de la tradicional concepción de salud-enfermedad (Ramos 1994). La labor analítica requiere de la apertura de un espacio en el que diferentes dimensiones de la existencia pudiesen vincularse nuevamente, para el despliegue consciente de las potencialidades del individuo (Jung, 1952).

En sus investigaciones iniciales, a partir del test de asociación de palabras, C.G. Jung reconoce la relación entre una palabra y un estímulo; entonces desarrolla el concepto de complejo y lo asocia directamente con una base fisiológica, el tono afectivo de la corporalidad. Ante esta observación concluye: “el inconsciente es ampliamente idéntico al sistema nervioso simpático y parasimpático, que son los correspondientes fisiológicos a la oposición estructural entre los contenidos del inconsciente” (Jung 1972/3, Vol. I, p. 3).

Los experimentos realizados por Jung dieron una base sustentable para el estudio experimental del comportamiento de los complejos y de la relación psique-cuerpo, posibilitando una mejor comprensión de la estructura egoica y del inconsciente personal. Demostró que la base del ego y la del complejo es el cuerpo, en la medida que se originan de los órganos corporales, esto es, sensaciones a través de las cuales es percibido el propio cuerpo (Ramos, D. 1994, p. 42). Cuando un determinado complejo se constela, no sólo hay una alteración a nivel fisiológico sino una transformación en la estructura corpórea total, ya sea que la perciba el individuo o no.

Más tarde desarrolla su concepto de arquetipo y lo define como “sistemas de aptitud para la acción y al mismo tiempo, imágenes y emociones. Se heredan con la estructura cerebral –en verdad son su aspecto psíquico. Por un lado, representan un conservantismo instintivo muy fuerte, y por otro, constituyen el medio más eficaz concebible para la adaptación instintiva. Así que son, esencialmente, la parte infernal de la psique: aquella parte a través de la cual la psique se une a la naturaleza (Jung, 1927 en Tauszik, 2006). Podemos comprender en esta definición que la imagen arquetipal contiene un polo instintivo y un polo psíquico o espiritual, conteniendo energía en la base de su afecto y por tanto alojado en el cuerpo.

DIMENSIÓN SIMBÓLICA: LA CORPORALIDAD HABLA EL LENGUAJE DEL ALMA

C.G. Jung desarrolló la comprensión de la enfermedad como una representación simbólica en el proceso de desarrollo y de individuación. En éste, la formación de la imagen corporal no es tan sólo resultado de las

experiencias personales, sino que también se basa en la relación ego-Self. En esta relación el símbolo emerge a la conciencia, a veces en su polaridad más concreta, otras veces en su polaridad más abstracta, mas siempre actuando en las dos instancias. El desarrollo del ego dependerá de la capacidad de absorber estos símbolos, imágenes y sensaciones, las cuales aportan información sobre el Self (Ramos, 1994).

Los símbolos del Self emergen desde las profundidades del cuerpo: el símbolo es entonces cuerpo vivo, *corpus et ánima* (...) cuanto más arcaico y profundo fuere el símbolo, esto es, cuanto más fisiológico, más colectivo es él, universal y material (Jung OC. Vol 9).

El complejo constelado, cuyo núcleo es un arquetipo, se manifiesta en un conflicto o dolor emocional, y además se expresa en una alteración en el nivel fisiológico y en toda la estructura corporal, en la Totalidad, que puede ser o no ser consciente. Todo complejo, inclusive el complejo egoico, trae consigo un patrón específico de imágenes corporales y de tensiones musculares, y cuando están presentes en la conciencia forman en este momento una estructura coherente y relativamente estable. Podemos ver entonces la dinámica entre el eros y el poder del cuerpo; el eros vinculante favorece un diálogo con el cuerpo, toda expresión corporal, y no sólo el síntoma lleva a la conciencia la necesidad de restaurar el desarrollo y el camino a la integración; y es el poder del cuerpo habitado el que contiene al ego en su dimensión material y existencial, el cual se expresa en el mundo material y simbólico.

De acuerdo con los estudios de Ramos (1994), existe la dificultad de decir a simple vista si un síntoma, entendido como un símbolo, refiere una desviación del desarrollo o si revela una próxima etapa a ser alcanzada en el desarrollo normal, porque en general las intenciones se mezclan y la conciencia no las discrimina en un principio, por lo cual se requiere de un trabajo de elaboración e integración en la conciencia. Podemos, entretanto, decir que en ambas situaciones el síntoma lleva al individuo a una mayor conciencia corporal, lo que potencia el proceso de individuación. Podríamos pensar que la enfermedad podría ser necesaria para la re-ligazón de la conciencia con su totalidad, la cual fue desajustada por una perturbación en el eje ego-Self. Considerando lo anterior, podemos entender a la psicoterapia como una cura simbólica, cuyo objetivo es restablecer la sensación de armonía y equilibrio en el paciente, es decir, rescatar su vivencia de totalidad.

La restitución del *continuum ego Self*, psique-cuerpo, sustituye la ambivalencia propia de la disociación por una imagen de totalidad expresada en la relación del individuo consigo mismo y con los demás. El

conocimiento y la comprensión de sí se dan en un presente continuo y la conciencia de la alteridad se propone como vía de relación fundamentada en el amor. Se ha recuperado, entonces, a la emoción en la palabra y a la palabra en la emoción. El lenguaje del cuerpo sustituye al lenguaje sobre el cuerpo al tiempo que, paradójicamente, esas aventuras pulsionales pueden ser designadas con un nombre (Jung, *óp. cit.*, Edinger, 1972).

El encuadre analítico integra las dimensiones psíquica y corporal de la relación y de la vivencia del paciente y del terapeuta; por tanto la relación terapéutica contiene en sí misma la relación cuerpo a cuerpo. El cuerpo habla de sí mismo y el terapeuta recibe todas aquellas significaciones simbólicas.

Si consideramos entonces las manifestaciones corporales de la relación, tales como grados de cercanía o distancia, gestos, miradas, abrazos, y toque irían más allá de un estilo de relación del terapeuta y de su tipología. Cuando hablamos de la transferencia sexual o erótica no debemos olvidar que ésta surge en la dimensión corporal de la sensualidad y de emergencia de la libido; esta experiencia conecta con una dimensión de la experiencia vital del cuerpo, con la acción sentida y el eros corporal que podemos también relacionar con las primeras experiencias vinculares relacionadas con el amor y el apego presimbólicas y preverbales, ancladas en el Self corporal de la posición matriarcal del desarrollo psicológico y del organismo total. (Neumann, 1991).

CONCLUSIONES

De acuerdo con la visión analítica jungiana, tanto la salud como la enfermedad pueden ser vistas como representaciones simbólicas corporales de la relación del ego con su totalidad, el Self. Estos planteamientos sintonizan con las observaciones y desarrollo de la psicoterapia corporal que considera la salud/enfermedad como un continuo de la experiencia y la comprensión del organismo como una totalidad.

Lo más relevante de esta comprensión de la relación psique-cuerpo y de las manifestaciones simbólicas de la enfermedad y de la salud, corresponde a cómo podemos aplicarla a la intervención directa con los pacientes en la clínica.

Desde este marco, los síntomas no debieran ser sólo suprimidos sino entendidos, elaborados por medio del logos e integrados en la conciencia con el eros vinculante. La enfermedad no debe ser negada sino integrada; como un proceso homeopático de regulación y homeostasis interno. Sin embargo, el proceso de sufrimiento requiere de la contención, el cuerpo busca el alivio y el bienestar por medio del eros que integra y

contiene. Los procesos de autocuidado y de ser-cuidado-por-otro implican el proceso de relación transferencial en el eros.

De este modo al poner atención al cuerpo dentro del proceso terapéutico y el verbalizar los aspectos no verbales de la interacción, se permite que en el paciente se amplíen los rangos de percepción de la experiencia y, por lo tanto, se abran nuevas dimensiones relacionales y nuevas dimensiones de sí mismo. Esto implica considerar múltiples aspectos: culturales, familiares, eventos individuales, experiencias significativas con otros, esquemas emocionales, sucesos del cuerpo que tienen resonancia en la configuración de los conflictos posteriores o actuales, dolores corporales, tensiones o simplemente el modo de sentir la vida encarnada.

Resulta entonces un desafío reincorporar la dimensión matriarcal y del eros en la psicoterapia, reconociendo el lenguaje del cuerpo experiencial personal y arquetípico y no sólo quedándonos con la primacía de lo patriarcal y el logos de la comprensión en la elaboración.

Cuando Jung nos plantea la necesidad de integración de opuestos del *opositorum*, incluye también las diferentes dimensiones de la existencia del individuo, tales como la corporal y la psicológica, que pueden aparecer como disociadas. De tal modo, es relevante considerar los patrones arquetípicos del funcionamiento organísmico, los cuales aparecen sincronísticos al integrar lo corporal y lo psicológico. Entonces, reconocer los procesos afectivos, cognitivos, sensoriales e intuitivos en la relación transferencial da pie a considerarlos en su dimensión simbólica tanto a nivel psíquico como somático.

Más allá de esta discusión, al reconocer el cuerpo damos cuenta de su experiencia, en cuanto a que es una dimensión que implica límites y formas específicas, que es concreción y finitud y que nos restringe a un determinado tiempo y lugar y nos protege de la disolución y de la indiferenciación.

REFERENCIAS

1. Alemany C. (1996). El cuerpo vivenciado y analizado. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A
2. Araneda M. (2005). Cuerpo, Vínculos y Cambio. Revista *Avances en Psicoterapia y Cambio Psíquico*. Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental
3. Berge I. (1980). Vivir el cuerpo. Buenos Aires: Ediciones La Aurora
4. Bernard M. (1985). El cuerpo. España: Editorial Paidós
5. Berman M. (1995). El reencantamiento del mundo. Chile: Cuatro Vientos
6. Boadella D. (2003) "Affect, attachment and attunement" en *Energy and Character*, International Journal of Biosynthesis. Vol. 34, Sept 2005

7. Edinger E. (1972). "Ego and Archetype: Individuation and the Religious Function of the Psyche"
8. Espinal A. (2006). La sociología del cuerpo. Revista digital *Ef deportes*, Buenos Aires: No. 62. Julio
9. Gimeno-Bayón & Rosal (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista*. Bilbao: Desclée de Brouwer, ediciones
10. Jung CG. (1952). Sincronicidad como principio de conexiones acausales, O.C 8,19
11. Jung CG. (1972/3). *Obras Completas*. Vol. I
12. Jung CG. (1972/3). *Obras Completas*. Vol. 9
13. Neumann E. (1991). *A criança Estrutura e dinamica da personalidade en desenvolvimento desde o início de su formacao*. San Pablo, Cultrix
14. Paredes J. (2003). Desde la corporeidad a la cultura. Revista digital *Ef deportes* No. 62. Julio. Buenos Aires
15. Priest S. (1994). *Teorías y filosofías de la mente*. Madrid: Ediciones Cátedra
16. Quitmann H. (1989). *Psicología Humanística. Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico*. Barcelona: Herder
17. Ramos D. (1994) *A Psique do corpo*. Sao Paulo: Editora Summus
18. Serrano X, Navarro F, García M, López J, Torró J, Redón M. *et al.* (1997). *Wilhelm Reich 100 años*. Navarra: Publicaciones Orgon
19. Tauszik JM. (2006) *Cuerpo, Imagen, Transferencia y Contra-transferencia*. Trabajo presentado en IV Congreso Latinoamericano de Psicología Jungiana. Punta del Este, Uruguay

PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

INFIDELIDAD¹

(Rev GPU 2012; 8; 3: 297-303)

Patricia Cordella², Paola Pacheco³, Paula Ringeling⁴

Se presenta una descripción operacional de la infidelidad que permite comprender para intervenir en esta figura triádica relacional. El proceso de infidelidad es un continuo que va pasando por diferentes estadios: preinfidelidad, infidelidad, posinfidelidad, pudiendo no llegar completarse. La infidelidad cumple funciones inconscientes en la pareja, siendo, a veces, una forma de mantener una aparente homeostasis y, otras, una forma de romper la definición relacional anterior. Hemos distinguido dos formas de infidelidad: la homeostática y la morfogenética, las cuales serán caracterizadas en sus subtipos de funcionamiento.

INTRODUCCIÓN

La infidelidad es un tema complejo donde se encuentran y desencuentran emociones, sentimientos, creencias personales, ordenamientos sociales y disposiciones religiosas.

Se trata de un tema recurrente en terapias de familias y parejas, donde no es infrecuente encontrarnos con parejas que han vivido una crisis nominada como infidelidad.

Una terapia de pareja puede ser el marco elegido para la elaboración de dicha crisis.

El terapeuta asiste al proceso de resignificación e inclusión de este elemento en la historia de pareja.

Nos parece que un mapa básico podría ser útil para orientarnos dentro de esta configuración triádica en la co-construcción de un significado nutritivo para la pareja consultante.

Nuestra propuesta es una sencilla clasificación que nos puede ayudar a ordenar nuestro quehacer terapéutico y que iremos exponiendo en cuadros y textos.

INFIDELIDAD Y SOCIEDAD

En primer lugar está la pregunta ¿A qué llamamos infidelidad? Hemos ampliado la definición hasta hacer que en ella puedan entrar diferentes conductas transgresoras al acuerdo monogámico.

¹ Artículo publicado originalmente en *Revista Terapia Psicológica*, Año XVI, Volumen VII (2), N° 30m 1998 que ha resultado de utilidad clínica, razón por la cual se reedita.

² Psiquiatra, Terapeuta Familiar y de parejas ICHTF.

³ Psicóloga, Terapeuta Familiar y de parejas ICHTF.

⁴ Psicóloga, Terapeuta Familiar y de parejas ICHTF.

Según nos situemos desde una lógica lineal o cibernética esta conducta podrá ser nominada de diversas formas (Cuadro 1) y cargada por lo tanto de significados emocionales diferentes para cada individuo en la pareja.

Para algunas parejas, que el(la) otro(a) se sienta atraído(a) por otro(a) sería suficiente para nominar el episodio como infidelidad. Para otras, en cambio, sólo existiría la infidelidad luego de una consumación sexual.

Según el informe Hites (1994) sobre sexualidad femenina, el 70% de las mujeres casadas por más de cinco años está teniendo relaciones sexuales fuera del matrimonio, aunque todas ellas crean en la monogamia.

En Chile (Asimer 1996) en un estudio de 540 casos de hombres y mujeres casados entre 18 y 55 años, de Santiago, el 62% del universo piensa que la tendencia natural del ser humano es hacia la infidelidad. Las razones expuestas para la infidelidad van desde la inseguridad masculina (92% de mujeres y 84% de hombres piensa esto) a falta de satisfacción sexual (72% de mujeres y 64% de hombres).

La creencia popular acerca de la frecuencia de infidelidad, al menos en una ocasión, durante el matrimonio varió entre el 65% al 100% de los matrimonios. Si creemos en estas cifras, la infidelidad es una conducta frecuente tanto por hombres como por mujeres. Esta distribución dentro del reino animal sólo es similar en los chimpancés (Poiani, 1997).

Como la infidelidad es un tema que subvierte las normas de moralidad y estabilidad que rigen la conducta social, múltiples mitos surgen a su alrededor. Así, sin muchos estudios que puedan desmentir lo anterior, en nuestro país, la mitología dice que: el hombre sería infiel cuando no tiene cubierto lo contrario con las mujeres. El mito social cumple la función de explicar o generar hipótesis que den cuenta de un fenómeno complejo con premisas sencillas.

En una investigación realizada en la Universidad de Chicago (1994) con 3.500 norteamericanos entre los 18 y 59 años la monogamia parece ser predominante. El 83% ha tenido una o ninguna pareja sexual durante el año. En toda la vida los hombres tuvieron un promedio de 6 parejas sexuales, en cambio las mujeres sólo dos (Roszenzvaig 1995).

La infidelidad no es vivida de igual manera por los géneros. Para el hombre, la respuesta a la pregunta ¿mantuviste relaciones sexuales con él? es la más complicada, probablemente por la generación de un grupo de fantasías intolerables. Para la mujer, en cambio, el asunto es ¿te enamoraste de ella?, con el grupo de fantasías pertinentes.

En el trabajo terapéutico con parejas que contienen infidelidad en su historia, la fantasía del tercero manteniendo relaciones sexuales o en actitud de cortejo es un elemento perturbador, especialmente en la crisis aguda.

Cuadro 1

CONCEPTUALIZACIONES DE LA INFIDELIDAD EN DIFERENTES MODELOS TEÓRICOS

| MODELO LINEAL | MODELO CIBERNÉTICO |
|---|---|
| Descripción que hipostatiza la realidad | Proceso del devenir del sistema |
| Un error ético | Perfección del sistema |
| Un error cultural | La mejor adaptación de esa organización |
| Un error psicológico | Un proceso de cambio |
| Algo eliminable | Un significado integrable |
| Algo prevenible | Una solución del sistema |
| Algo confortable | Una configuración novedosa |
| Mal funcionamiento de la pareja | Un contexto de desarrollo |

Existen socialmente, y por ende al interior de la pareja, elementos atenuantes de la infidelidad, entre los cuales se cuentan: estar bajo los efectos del alcohol o una droga mientras sucede un episodio, viajes obligatorios que mantienen a la pareja separada por mucho tiempo, enfermedades graves de los cónyuges, mal funcionamiento sexual, alteraciones psiquiátricas varias. Naturalmente éstos constituyen a su vez factores de riesgo. Entre los agravantes se consideran: ser infiel durante el periodo de embarazo de la mujer, ser infiel con una pariente o amigo íntimo, dejar que la pareja se entere por terceros.

¿Existen en el reino animal especies monogámicas? es decir, ¿será la monogamia una conducta instintiva, que puede existir sin códigos éticos en algún otro ser vivo?

Durante decenios hemos sostenido el mito de la "monogamia de las aves" pues la observación de sistemas sociales en aves no registraba conductas sexuales "fuera del nido". Sin embargo, recientes estudios genéticos dan cuenta de material cromosómico presente en crías que no pertenecen al nido original, aunque con menor frecuencia de lo observado en especies humanas o de chimpancés (Poiani 1997). Si la monogamia es la conducta más frecuente ¿será el genoma social o genético el responsable de mantenerla como conducta predominante? Éstas son preguntas abiertas para las cuales no existen respuestas definitivas. Sin embargo, sea por la razón que sea, la

monogamia ha sido defendida, al menos desde su significado, como un bien social, un valor deseable. Entre las funciones sociales de la monogamia estarían: proteger la familia, entendida desde su definición nuclear clásica, el tiempo necesario que asegure a los hijos amparo afectivo, económico, educativo, así como modelos genéricos constantes en la intimidad; mantener el patrimonio genético familiar, proteger a los miembros de la pareja contra enfermedades de transmisión sexual, proteger y perpetuar el modelo social cultural.

Otras culturas en la historia de la humanidad han privilegiado la monogamia como organización social establecida aunque a veces se ha permitido, especialmente a los varones, mantener concubina legales (ej. Mesopotamia). En otras culturas es sólo la mujer la castigada en caso de adulterio (ej. Grecia, Egipto, Israel, Malaya, musulmanes) (Asimer, 1996).

Cuando otros valores ordenan la sociedad, también la pareja es redefinida. Tal es el caso de los espartanos, quienes soñando crear una raza fuerte, facultaban a las mujeres para que mantuvieran relaciones sexuales con los hombres que les parecieran inteligentes y atractivos, dejando así que las hembras realizaran una selección natural del genoma a través de la selección fenotípica.

En Chile, según nuestras leyes, es la mujer quien comete adulterio mientras el hombre, amancebamiento. En nuestro Código Penal (Derecho Penal, 1994) se llama adulterio a “la mujer casada que yace con un varón que no sea su marido y el que yace con ella sabiendo que es casada aunque después se declare nulo el matrimonio” y agrega: “no se impondrá pena por el delito de adulterio sino en virtud de querrela del marido” y de aplicarse condena el delito será castigado con “la pena de reclusión menor en cualquiera de sus grados”; además “la acción del adulterio prescribe en un año, que empezará a correr desde el día en que el ofendido tuvo noticia”. También es considerado adulterio “la viuda que contrae matrimonio antes de los doscientos sesenta días desde la muerte del marido o antes del alumbramiento si hubiera quedado encinta”. El amancebamiento es definido como “el marido que tuviere manceba dentro de la casa conyugal o fuera de ella con escándalo” (manceba es definida como “concubina”; es decir, alguien con quien se cohabita sin lazo legal de por medio). Dice la ley que, en caso de probarse culpa, será castigado “con reclusión menor en su grado mínimo y perderá el derecho de acusar a su mujer por los adulterios cometidos durante el amancebamiento”. Por su parte “la manceba sufrirá la pena de destierro en cualquiera de sus grados”.

EL PROCESO DE LA INFIDELIDAD

Como dice Bowen (1992), el triángulo es la unidad básica de la diferenciación que ayudaría a regular la distancia en una relación que tiende a la fusión.

Los terceros pueden entender como asuntos cargados libidinalmente que logran convivir bastante bien con la pareja (hobbies, trabajo, misiones, ambiciones, grupos políticos, los hijos) o bastante mal (una tercera persona). A los primeros podemos llamarlos terceros funcionales y a los segundos, disfuncionales. Estos últimos con mayor rapidez e intensidad quiebran la definición de pareja compartida hasta este momento y arrojan a sus miembros a periodos de profundas crisis explícitas o implícitas.

Un tercero funcional puede ser un asunto estabilizador para la pareja aunque en ocasiones parezca desestabilizarla. Puesto que dos individuos no podrían satisfacer completamente (Lemaire, 1979) la posibilidad de incluir terceros es casi una certidumbre. Así lo explica Kernberg (1997) cuando describe las características del amor maduro.

La dificultad está en el tipo de tercero incluido porque esto es lo que definirá el contexto emocional en la pareja. La infidelidad conlleva suficiente agresión (Bernal, 1995) como para romper definiciones relacionales anteriores y crear un monto de desorden suficiente para el cambio (Willi, 1978).

Aunque cualquier tipo de terceros puede ser significado como culpable o regulador de las alteraciones de la relación, llamaremos infidelidad a la recreación de un triángulo relacional. Esto nos hace pensar si acaso, ya en la formación de esa pareja particular, una tercera persona no estaba dentro de las soluciones estructurales del sistema. Si es así, la inclusión de las historias transgeneracionales (Boszormenyi-Nagy, 1990) adquiere importancia fundamental para el entendimiento.

Entre las funciones de la infidelidad al interior de la pareja estarían: cuestionar la definición de la relación buscando un nuevo orden de funcionamiento; explorar una nueva distancia relacional, readecuar por ejemplo los mecanismos de defensa incluidos en la relación, buscar gratificaciones narcisistas o regresivas, buscar integración, buscar erotización.

La infidelidad es un evento, producto de una serie de acontecimientos que se van configurando hasta encontrarla como una solución, puerta de salida, a un conflicto rigidizado del sistema que atenta al desarrollo natural de los miembros o del sistema en sí. Visto de esta manera, podríamos parafrasear a Maturana diciendo que es “la mejor forma de adaptación que ha encontrado el sistema en un momento dado en su devenir”.

Dentro del curso temporal de una infidelidad se pueden distinguir los siguientes periodos:

Preinfidelidad: Una vez que la pareja comparte lo cotidiano, lo mínimo, lo descuidado, lo natural, “lo sin adornos ni maquillaje”, hay un contraste entre el objeto amado y el sujeto real que supone una tensión mayor cuanto mayor es la diferencia entre ambos. Procesos de escisión contribuyeron a la formación de la pareja. La escisión, sin embargo, no resiste la realidad cotidiana y permanente y a menos que se vayan elaborando estas pequeñas pérdidas de lo dado día a día, integrando y aceptando la totalidad del otro, de pronto la predefinición tanto de la pareja como del objeto amado caen en crisis. El contexto emocional de la crisis supone culpa, rabia, pena, devaluación. En ambos miembros, durante este periodo, se está elaborando una nueva relación con un objeto un tanto más “objetiva” o “real”, más ajustada a la realidad experiencial del otro que a la propia. Se pierde la ilusión de completitud dada por el otro y se hace necesario encontrar los propios límites y auto-responsabilizarse de ellos. El proceso es mutuo. Cuando este proceso se hace intolerable, por las tensiones que genera en el sí mismo, puede suceder el escape y triangular es una forma conocida que, como veremos, no conlleva necesariamente al fin de la relación.

Cuadro 2
TIPOS DE INFIDELIDAD

| TIPO DE INFIDELIDAD | EMOCIÓN | TEMA |
|----------------------|--------------------------------|---|
| <i>HOMEOSTÁTICA</i> | | |
| Fantaseada | Manía de la Idealización | Valor, autonomía |
| Escindida | Riesgo vs tranquilidad | Miedo al cambio, rigidez |
| Equisistémica | Rabia, venganza | Justicia |
| <i>MORFOGENÉTICA</i> | | |
| Tránsito al cambio | Confusión, ambivalencia | Abandono de lo conocido vs. Esperanza de lo nuevo |
| Estallido | Angustia, culpa | Ruptura, desmoronamiento |
| Reestructurante | Compromiso vs. libertad de ser | Cambio de la relación |

Infidelidad: Este estadio es posible vivirlo de varias formas. Al establecerse otra pareja además de la oficial se producen igualmente todos los mecanismos de elección y satisfacción del proceso habitual (flechazo, encantamiento, evaluación consciente, elección, (Lemaire, 1979).

En la nueva pareja serán proyectados los aspectos idealizados y en la anterior quedarán los agresivos, reeditando la escisión esta vez en dos objetos. Durante este periodo en la pareja, uno de los miembros “sale a explorar” más allá de su límites y por ende de los de la pareja. El otro toma un rol más homeostático “cuidando la relación predefinida”. Las tensiones devengadas del estadio anterior comienzan a distenderse hasta adecuarse a algún tipo de infidelidad de las que expondremos a continuación.

Post infidelidad: Independiente del destino de la pareja (ya sea que permanezca unida o termine separándose) se produce una reestructuración del yo de cada miembro y de la pareja que determina un nuevo lugar desde donde relacionarse. Es frecuente la culpa por el daño causado o por no haber cumplido las expectativas del otro. Se inicia un periodo de reparación que tomará un tiempo hasta la revinculación. En este tiempo suele aparecer la familia como preocupación adulta.

El proceso de infidelidad atrapa emocionalmente a ambos miembros de la pareja tomando como figura aspectos emocionales preponderantes y exigiendo tareas inconscientes a realizar (Cuadro 2).

LOS TIPOS DE INFIDELIDAD

Con fines terapéuticos hemos dividido las infidelidades en homeostáticas, destinadas a estabilizar la pareja oficial como resultado final de los diversos equilibrios alterados o morfogenética, destinada a realizar un cambio en la definición de pareja oficial.

1. Infidelidad homeostática

En este tipo de infidelidad puede existir un cambio (adquisición de otro nivel de funcionamiento) en el miembro que sale de las definiciones hasta ese momento consensuadas con el otro, sin la necesidad de romper la pareja.

Los subtipos son:

a) *Infidelidad fantaseada:* el funcionamiento de tres daría en la fantasía de uno de los miembros pudiendo no consumarse en relaciones sexuales e incluso sin constituir parejas con “el otro fantaseado”. En este sentido no sería una infidelidad propiamente tal y constituye más un hallazgo clínico dentro de una terapia que un motivo de consulta. Por tratarse de una fantasía de acto y no de un acto propiamente tal, ésta es una situación normal en la vida de pareja. Frecuentemente este tercero es vivenciado como un objeto parcial, un interlocutor “bueno”, aceptado, apoyador, valorador, que va

constituyendo una estructura de relación hombre-mujer idealizada “la estructura paraíso”.

Más que la búsqueda de una persona estaría la del “estado amoroso” como una forma de postergación del trabajo de duelo a la imagen idealizada de la pareja y un escape a los aspectos agresivos del otro. Los temas cuestionados en este tipo de infidelidad serían: el valor propio, la necesidad de amor romántico, la integración del objeto, la renegociación de los mecanismos de defensa. Es el primer estadio triádico. Puede ser la única forma permitida en individuos que cuidan la lealtad y la familia con fuertes valores morales y éticos, pero constituye de todas formas una solución a algún conflicto de pareja subyacente.

b) *Infidelidad escindida*: Es la necesidad de vivir aspectos no integrados. De esta forma con una pareja se viven algunos, generalmente los que devengan de una estructura con fuertes mecanismos de defensa y, con otra pareja, otros, generalmente inaceptables en la definición anterior. El yo permanece escindido en cada pareja obteniendo de cada una satisfacción de necesidades primarias, por lo cual se hace difícil terminar con alguna de ellas. Sin embargo, se tiende a mantener la pareja oficial constituida y estable. Es más frecuente en hombres que cuidan la familia como una institución tradicional y patrimonial. Cuando la mujer actúa como cómplice del marido se transforma en un miembro estabilizador de la tríada y la acepta como una solución viable dentro de un esquema tradicional transgeneracional. El motivo de consulta se concretiza cuando la mujer no está dispuesta a mantener esta situación y requiere una decisión del marido. La decisión entre dos partes escindidas es justamente el conflicto profundo del miembro infiel, por lo cual se dilata en muchas oportunidades esta resolución.

c) *Infidelidad equisistémica*: Es una forma de ajustar las cuentas en una pareja. Un tipo de reparación “ojo por ojo” que busca ajustar cuentas en la balanza de deudas de la pareja (Boszormeny-Nagy, 1992). Una forma de venganza que pretende reparar la herida narcisista. La justicia es un tema de relación. Consultan generalmente en el episodio de infidelidad reparatorio el que es ampliamente explicitado por el otro con la carga de agresión que supone este tipo de compensación.

2. Infidelidad morfogenética

Se denomina morfogenéticos a los procesos causales mutuos que aumentan la desviación y producen nuevas formas organizativas (Rodríguez, 1992). Las formas

organizativas contemplan siempre el fin de la definición de esa pareja. Por lo cual resulta la separación de los individuos que la conforman o bien una forma de relación muy distinta.

a) *Infidelidad en tránsito*: es el periodo entre el fin de una pareja y el comienzo de otra. Los miembros de la pareja original están viviendo situaciones muy distintas. Mientras que para uno existe la separación, la dignidad herida, a veces la negación de todo esto; para el que migra la culpa parece mitigada por el encuentro con la nueva pareja. Es un periodo de crisis. La consulta no es clara en cuanto a los objetivos deseados. El terapeuta puede encontrarse con esta crisis luego de percibir un compromiso a medias de uno de los miembros “como si viniera a dejar al otro”.

b) *Infidelidad estallido*: es la crisis que termina con la pareja, luego que uno de los miembros decide emparejarse con otra persona. El fin de esta relación es agudo, angustiante y agresivo para ambos miembros. Se termina físicamente una relación, pero emocionalmente siguen asuntos inconclusos que demandarán elaboración por cada uno de los miembros. La elaboración interna, luego de una reestructuración de la vida, tiene relación con la integración de la agresividad en el objeto amado.

c) *Infidelidad reestructurante*: destinada a realizar un cambio profundo en la pareja y/o en los miembros que la componen. Es una forma que tiene el sistema de buscar otros límites y pautas de funcionamiento cuando las estructuras son rígidas y no permiten la evolución de uno o ambos miembros. Evolución entendida como desarrollo inevitable. Las parejas que se mantienen unidas luego de una infidelidad readecuando su forma de funcionar estarían en este tipo.

En el Cuadro 2 exponemos lo que nos parece más importante del contexto vivencial del miembro infiel. El miembro que se queda dentro de la relación tenderá a cuidarla rigidizando algunas definiciones o intentando flexibilizar otras. Sin embargo el sistema pareja en conjunto se encuentra elaborando los temas descritos según el tipo de infidelidad y en cierta emocionalidad, aunque ésta sea vivida de forma distinta y a veces con personas distintas.

EL DIÁLOGO DE LA REPARACIÓN

La infidelidad implica significados difíciles de integrar a la historia de la pareja. Sin embargo en el deseo de preservar el vínculo se generan situaciones que, a ratos,

parecen insostenibles por la cantidad de emocionalidad que despiertan en ambos miembros, dándonos noticia de la fuerza de esta vinculación. La búsqueda de la reparación tanto de los aspectos relacionales como individuales motivará ajustes y necesidades que una terapia puede facilitar.

Las parejas intentan en principio "convivir" con este evento relacional a través de mecanismos primarios que hagan ceder la angustia y la agresión contenidas en él. Lo niegan, lo proyectan, lo destierran de la historia, lo transforman en un objeto indeseable, un cáncer que hay que extirpar del cuerpo conyugal. Estas formas de homeostasis relacional en vez de curar el vínculo lo atrapan en un pseudofuncionamiento que desarrolla distancia y por tanto pérdida de la intimidad.

Mantener aislado el evento desprotege a cada miembro y aumenta la escisión no sólo de los aspectos contenidos allí sino de las pautas que hacen posible la construcción de una pareja satisfactoria. Es la confianza en la exclusividad lo que pide reparación. ¿Cómo volver a creer que soy único(a) para ti?

El miembro infiel tiene entre sus tareas: aceptar que fue transgresor a un acuerdo común, aceptar que su conducta dañó al otro en su autovalidez frente a él, contactarse con sus necesidades, poder expresarlas y aprender a comprometerse para encontrar satisfacción de las mismas dentro de la pareja, reafirmar su autoestima que estará dañada por la culpa, realizar el proceso de duelo de la relación secundaria, buscar recursos destinados a realizar el proceso de reparación.

A la vez, quien fuera engañado estará confundido entre sus sentimientos de apego (miedo al abandono) y sus deseos agresivos (rabia, venganza). También tendrá que reelaborar, refigurar a la pareja integrando los aspectos antes ocultos que surgirán en el trabajo terapéutico con la infidelidad. Otra tarea es en relación con su autoestima, especialmente en lo atractivo(a) que puede resultarle a la pareja; tendrá que renegociar las distancias afectivas; reevaluar valores que sustentaban el esquema de vida adoptado por ambos; convivir con la angustia de la desconfianza; controlar las fantasías erótico-voyeuristas que se desencadenan con las imágenes de la infidelidad.

Los primeros pasos en la terapia son permitir la expresión de estas constelaciones de sentimientos y contenerlos en ambos miembros. La simple catarsis podría rigidizar una relación de tipo "víctima-victimario" que no ayudaría a reconstruir el vínculo. Tampoco sirven definiciones del tipo "yo soy el intacto, el otro falló" Más bien cada evento emocional puesto en la terapia deberá servir para reconstruir una nueva definición relacional que se ajuste ahora en distancia, necesidades y

posibilidades a la realidad de ambos miembros, incorporando así la infidelidad como un sistema de nuevos significados.

Se creará un contexto de confianza donde podrán re-conocerse en esta nueva etapa de pareja. Ambos necesitan integrar la infidelidad como parte de su historia.

La pareja a su vez hará un duelo al proyecto de vida conjunto inicial, a la invulnerabilidad frente a terceros, al espacio cerrado relacional de las primeras etapas. Todo un orden se pierde para ganar otro de mayor ajuste con las realidades de cada cual y de la pareja como mundillo co-creado.

El proceso de reparación no sólo implica alivio al dolor sino conciencia de la agresión implícita o explícita que conlleva. La reparación consiste en significar lo ocurrido en términos nutritivos, positivos para la pareja actual, resaltando la funcionalidad que esto pudiera tener en la actualidad relacional. En palabras de Winnicott, la reparación se conjuga a través de la capacidad para integrar la agresión y no disociarla. El diálogo de la reparación sería "Si soy omnipotente, entonces tengo el poder de destruirte, pero si con eso me doy cuenta que corro el riesgo de perderte, entonces siento culpa y dejo de ser omnipotente y logro la posibilidad de una relación. Si tú sobrevives a mi destrucción y yo siento culpa por tratar de destruirte, entonces debo intentar reparar el daño, debo hacerme cargo de mi agresión. Me importas y me hago cargo de esa preocupación por ti".

CONCLUSIÓN

La infidelidad es la traición al acuerdo de exclusividad. Es un proceso atravesado por la pareja ya sea en búsqueda de resolver un conflicto (morfogenética) o de mantener la definición de pareja preestablecida (homeostática). Encontrar el significado de la infidelidad en cada caso es la tarea del sistema terapéutico. Hemos incluido un mapa de orientación tanto de los relieves interaccionales como de los aspectos intrapsíquicos asociados. La infidelidad surge desde un nicho cultural que contextualiza los significados asociados a la exclusividad y que es necesario integrar dentro de la futura figura relacional.

Por otra parte nos parece esencial buscar desde el contexto (trasfondo) elementos que unidos a la figura principal (infidelidad) la vayan resignificando hasta integrarla a la totalidad de la pareja permitiendo un juego flexible de planos.

El modelo que planteamos nos parece un aporte basado en conceptos sistémicos destinado a simplificar la complejidad de la pareja humana, posible de usar en diferentes marcos teóricos.

REFERENCIAS

1. Asimer (1996) Encuesta para el libro *Amores inconfesables*
2. Bernaldes S. (1995) *Reflexiones sobre terapia de pareja y parejas difíciles*. Comunicación personal
3. Boszormeny-Nagy (1990) *Lealtades invisibles*. Ed. Paidós, Buenos Aires
4. Bowen M. (1992) *De la familia al individuo*. Ed. Paidós. Barcelona,
5. Derecho penal (1994) Tomo IV. Ed. Andrés Bello, Santiago
6. Informe Hites (1994)
7. Lemaire J. (1979) *La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura*. Fondo Cultura Económica, México
8. Klein M. (1936) *Amor, culpa y reparación*. Ed. Paidós, Buenos Aires
9. Poiani A. (1997) *Organización social de los abejarucos*. Conferencia Dpto. Psiquiatría P.U.C. Santiago
10. Rodríguez D. (1992) *Sociedad y teoría de sistemas*. Ed. Universitaria, Santiago
11. Roszenzvaig S. (1995) *La pareja al desnudo*. Ed. Sudamericana, Santiago
12. Willi J. (1978) *La pareja humana relación y conflicto*. Ed. Morata, Barcelona

PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

NO HAY NADA QUE PUEDA LLAMARSE UN CUERPO SEPARADO DE SU MENTE Y DE LA RELACIÓN CON LOS OTROS: LAS INTERVENCIONES SOMÁTICAS DE D.W. WINNICOTT¹

(Rev GPU 2012; 8; 3: 304-309)

Marcela Araneda Castex²

En esta presentación recojo y reflexiono sobre algunos conceptos y momentos en que Winnicott aparece haciendo lo que hoy llamaríamos *intervenciones somáticas*, una manera de abordar el trabajo terapéutico que incluye la corporalidad y los procesos no verbales que ocurren en la interacción entre terapeuta y paciente. Se comenta la relación entre Winnicott y Wilhelm Reich, psicoanalista que desarrolló un enfoque y una técnica de abordaje somático, el neuropsicoanalista Allan Shore y la Psicoterapia Corporal Analítica o Relacional, que han puesto el cuerpo en un lugar de relevancia en la práctica psicoanalítica actual.

D.W. WINNICOTT Y W. REICH: UN ENCUENTRO DEL PSICOANÁLISIS EN EL CUERPO

D. W. Winnicott consideró la existencia como un hecho psicósomático. Nos habló del rostro de la madre, de su calidez, de los latidos de su corazón, de sus movimientos respiratorios, de su capacidad para sostenernos en sus brazos y en su mente. Desde su mirada de Pediatra consideró inexplicable la presencia de un bebé separado de su madre, aludiendo con ello a la inseparabilidad de dos cuerpos y psiques, en una

relación continua y recíproca llena de vicisitudes, fallas y ajustes. Todo esto dentro de un marco de una "comunicación silenciosa" refiriéndose a un lenguaje corporal antes de las palabras, entre las palabras y más allá de las palabras.

Desde este lugar donde psique y soma son una unidad indivisible y la base de la vida, es que D.W. Winnicott trabaja con sus pacientes, creando un ambiente suficientemente bueno que continúe el trabajo de integración que no fue completado en los primeros años de la vida.

¹ Artículo presentado en el Congreso "En la Intimidad de la Obra de Winnicott" Santiago de Chile Noviembre de 2011.

² Psicóloga Clínica. Supervisora Clínica.

La mente y su relación con el psique soma fue escrito por D.W. Winnicott en 1949; pocos años antes en 1942 Wilhelm Reich, psicoanalista y discípulo de Freud, había publicado su primer libro en inglés *La función del orgasmo* en el cual plantea el trabajo que ya venía realizando desde los años 30, época en que es expulsado de los círculos psicoanalíticos. Reich había apuntado acerca de la "identidad funcional" de los procesos psicológicos y fisiológicos y había centrado su trabajo analítico en el análisis de lo que llamó la armadura caracterial y su correlato corporal la armadura muscular. Reich genera a partir de sus descubrimientos una nueva manera de trabajar psicodinámicamente con los pacientes y esto, trabajando con el cuerpo mismo, intentando llegar a los lugares más profundos, allí donde quedaron los recuerdos infantiles y las emociones temidas y reprimidas.

"La psicología analítica sólo prestaba atención a la *cosa* que los niños suprimían y a las razones que tenían para hacerlo, sin preocuparse por la *forma* en que luchaban contra sus emociones. Sin embargo, es justamente ese aspecto *fisiológico* del proceso de represión el que merece nuestra mayor atención. Es sorprendente encontrar una y otra vez cómo la disolución de la rigidez muscular no sólo libera la energía vegetativa, sino que, además, vuelve a traer a la memoria precisamente el recuerdo de la misma situación infantil en que se había efectuado. Cabe afirmar que *cada rigidez muscular contiene la historia y el significado de su origen*" (Reich 1942, Cap. VIII, pp. 233-234) (cursivas del original).

Así como pocos años separaron las publicaciones de Winnicott y Reich en las que ambos plantearon la relación inseparable de la mente o psique con el cuerpo, ambos, de distinta manera, describieron en sus acercamientos técnicos la necesidad de abordar la dimensión somática de sus pacientes.

W. Reich, en su práctica clínica, reformuló la técnica tradicional psicoanalítica, trabajando directamente con la respiración y las tensiones musculares crónicas que sus pacientes presentaban y que se relacionaban directamente con las patologías caracteriales, creando así un contexto regresivo, de expresión y contención emocional, donde el paciente a través de un minucioso trabajo muscular y de la respiración vuelve a tomar contacto con los afectos inhibidos.

D.W. Winnicott, por su parte, nos habló de los pacientes donde fracasando la fase del desarrollo de la dependencia absoluta, requerían de otro abordaje, refiriéndose a los pacientes que presentaban necesidades del yo y cuidados maternos, especialmente con ellos se muestra trabajando aspectos somáticos.

INTERVENCIONES SOMÁTICAS

Pasado el año 1980 conocí las llamadas terapias y psicoterapias corporales, derivadas de los planteamientos de W. Reich. En ellas aprendí que todo lo que ocurre en el cuerpo tiene un correlato psicológico y emocional. Aprendí conociendo mi respiración y los movimientos de mi cuerpo que, cada vez que hacía consciente una zona del cuerpo, inevitablemente aparecía un contenido psicológico. En ese tiempo dejé de experimentar la práctica psicoterapéutica a decir de Winnicott, como una mente separada de su psiquesoma. Comencé a mirar los procesos psicoterapéuticos y los corporales como dos aspectos de la experiencia, apreciando ese entramado y reciprocidad reflejándose en el vínculo terapéutico mismo.

Ver y no sólo mirar el rostro de mis pacientes, observar la respiración, los movimientos con sus matices y microgestos, reconocer la vivacidad corporal, se fue haciendo algo natural, no una técnica, como dice Winnicott (1990):

"En la labor analítica, el paciente verbaliza y el analista interpreta. No es simplemente una cuestión de comunicación verbal (...) Importa mucho cómo el analista utiliza las palabras y, en consecuencia, la actitud subyacente a la interpretación. Una de mis pacientes hundió sus uñas en la piel de mi mano en un momento de intensa emoción. Mi interpretación fue: "¡Ay!". Esto no involucró para nada mi bagaje intelectual, y fue bastante útil porque se produjo inmediatamente (y no luego de una pausa para la reflexión), y porque significó para la paciente que mi mano estaba viva, que era parte de mí, y que yo estaba ahí para ser utilizado. O mejor dicho, puedo ser utilizado si sobrevivo" (pp. 126-127).

En este relato de Winnicott cuando la paciente hunde sus uñas en su mano, vemos un terapeuta real y encarnado que, "usa" su mano como parte del proceso terapéutico. Winnicott responde a este contacto con su paciente "¡Ay!, es decir, responde como ser humano real, un ser humano que siente, que tiene cuerpo, que reacciona, que está vivo frente a una paciente que busca sentirse viva con otro y a través de otro.

Es en ese lugar del terapeuta sosteniendo y creando un ambiente vivo y de confianza en que vemos cómo en algunos de sus relatos D.W. Winnicott trabaja con el cuerpo de sus pacientes, en el sentido de la adaptación a las necesidades, ritmos y cambios que involucran los aspectos emocionales necesarios para la integración y organización del yo.

En sus escritos "Nota sobre la normalidad y la angustia (1931), "Apetito y trastorno emocional" (1936), "La observación de niños en una situación fija" (1941),

“Psiconeurosis oculares de la infancia” (1944), “La tolerancia de síntomas en pediatría: historia de un caso” (1953) nos presenta diversos ejemplos clínicos de su manera de interpretar y tratar la relación de síntomas y enfermedades físicas con sus causas y aspectos emocionales. Winnicott en esos trabajos se presenta como un pediatra orientado psicoanalíticamente que incorpora una mirada somática.

Winnicott nos relata en su escrito “La mente y su relación con el psiquesoma” (1949), fragmentos de un historial clínico donde describe un *acting-out* que consistía en que la paciente se arrojaba histéricamente del diván, y en el desarrollo de su análisis va descubriendo el significado de las caídas. Winnicott relata que en el curso de dos años de tratamiento la paciente va realizando regresiones a una fase pre natal. Menciona patrones de *acting-out* tales como: alteraciones de la respiración, constricciones del cuerpo, fantasías uterinas, características de la alimentación en el pecho materno, y severas presiones sobre la cabeza además de las horribles sensaciones provocadas por la desaparición de tales presiones: “durante esa fase, a menos que se le sostuviese la cabeza, la paciente no hubiese podido soportar la reactualización” (pp. 340). Más adelante agrega: “tenía que haber una fase en la que la respiración de su cuerpo lo fuese todo. De esta manera la paciente fue capaz de aceptar el no saber, debido a que yo la estaba sosteniendo, manteniendo una continuidad por medio de mi propia respiración, mientras ella se dejaba ir, cedía y no sabía nada; no obstante a nada bueno podía conducir el hecho de que yo la sostuviera y mantuviera mi propia continuidad si ella estaba muerta. Lo que hizo que mi papel fuera operativo fue el hecho de que yo podía ver y oír cómo se movía su vientre al respirar y, por lo tanto, sabía que estaba viva. Entonces, por primera vez, ella fue capaz de poseer una psique, una entidad propia, un cuerpo que respira y, además, el principio de la fantasía correspondiente a la respiración y a otras funciones fisiológicas” (pp. 342-343).

Quiero hacer notar aquí que Winnicott habla de su propia respiración. Habla de un terapeuta consciente de su corporalidad, pudiendo ver y oír la corporalidad de su paciente, entonando somáticamente. Lo vemos en este relato en una interacción en términos de mutualidad física, es decir, un proceso que involucra a ambos, paciente y terapeuta.

En otro lugar Araneda (2005, 2008) ha descrito diversas maneras en que la corporalidad está presente en las intervenciones del terapeuta: prestar atención al cuerpo, sus gestos y sensaciones, trabajar la conexión y expresión emocional, las tensiones corporales, la lectura facial, las cualidades vocales, las configuraciones

corporales, las corazas caracterológicas, la biografía corporal relacional y sus conexiones en el presente, y verbalizar los aspectos no verbales de la interacción.

Sospecho que Winnicott hoy estaría muy de acuerdo con Allan N. Shore, neuropsicoanalista, quien plantea que “las comunicaciones emocionales entre terapeuta y paciente se encuentran en el núcleo psicobiológico de la alianza terapéutica y que los procesos emocionales de cerebro derecho a cerebro derecho son esenciales para el desarrollo, la psicopatología y la psicoterapia (Shore, 1994)” (en Shore, 2009 pp126). Shore plantea como fundamento, tanto del desarrollo psicobiológico como del tratamiento psicoterapéutico, un modelo de la regulación afectiva interactiva del cerebro derecho considera, en sus principios clínicos del tratamiento de pacientes con patologías del self de formación temprana, que el terapeuta debe estar consciente de las respuestas viscerales-somáticas contratransferenciales del hemisferio derecho, respecto de los afectos transferenciales, automáticos y expresados facial, prosódica y somáticamente por el paciente. El clínico además debe prestar atención a la intensidad, duración, frecuencia y labilidad del estado interno del paciente. Los datos interdisciplinarios y los modelos clínicos actualizados llevan a Shore a concluir que lo predominante “no es la cura por la palabra” sino la cura a través de la comunicación y la regulación de los afectos (Shore 1995b)” (en Shore 2009 pp. 123).

En el psicoanálisis en que Winnicott vivió, el cuerpo y la acción eran considerados como “*acting out*”, refiriéndose al lugar donde no pensamos y por tanto correspondería interpretar como una defensa. Sin embargo, al parecer muchas veces Winnicott trascendió el setting analítico tradicional, y, en el lenguaje actual, trabajaba no verbalmente, interviniendo somática e interactivamente en el campo de lo que hoy llamaríamos el “conocimiento relacional implícito”, es decir, el conocimiento sobre las relaciones interpersonales e intersubjetivas acerca de cómo “estar con” alguien (Stern, 1985, 1995, cit en BCPSG 2000), conocimiento relacional que estaría básicamente en la corporalidad e intercorporalidad del vínculo (Araneda, 2005).

Actualmente, como plantea Sassenfeld (2010) “el lugar central del cuerpo y la acción en una variedad de fenómenos humanos ha sido destacado por investigadores pertenecientes a una diversidad de campos de estudio” (pp. 146). Las neurociencias reúnen una variada evidencia del papel de los procesos corporales en la constitución de la conciencia y de la identidad. Así también, el descubrimiento de las neuronas espejo ha mostrado la relevancia del sistema neurobiológico en la empatía, la intuición y en la lectura emocional de los

otros (Sassenfeld, 2008b). A. Sassenfeld ha comenzado a articular un nuevo marco conceptual general para comprender teórica y clínicamente el cuerpo y la corporalidad desde una perspectiva relacional y de diferentes formas de trabajar psicoterapéuticamente con el cuerpo y la corporalidad desde el vínculo terapeuta – paciente (Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b, 2008c).

Por otro lado, las investigaciones del apego y las interacciones tempranas han aportado en revalorar el lugar de la corporalidad. La teoría del apego ha enfatizado la dimensión no verbal de las relaciones humanas y ha demostrado la relación entre el cuerpo y la memoria. La acción no siempre sería, por tanto, una defensa, sino que, a menudo, podría ser un recuerdo (Sassenfeld, 2010).

En este sentido podríamos considerar que el cuerpo mismo sería un recuerdo, memoria viva o congelada de la historia infantil y/o del presente. Las psicoterapias corporales, como la Bioenergética de A Lowen (1988) trabajan con el supuesto de que el cuerpo, sus movimientos, su forma, sus tensiones, dolores y expresiones son el reflejo de la historia infantil organizada en patrones psicocorporales.

Margaret Little (1995), paciente de Winnicott, relata en sus escritos: “Winnicott usaba la palabra *holding* tanto metafórica como literalmente. Metafóricamente él estaba amparando la situación dando apoyo, manteniendo contacto al nivel que se fueran dando las cosas, dentro y alrededor del paciente y en la relación con él. Literalmente a través de muchas horas sostuvo mis dos manos apretadas dentro de las suyas, casi como un cordón umbilical, mientras yo, habitualmente escondida bajo la frazada, yacía silenciosa, inerte, retirada, en pánico, rabiosa o con lágrimas. Dormida, a veces soñando, él podía algunas veces, adormecerse, quedar dormido y despertar con un sobresalto. Yo entonces reaccionaba con enojo, aterrizada y sintiendo como si yo hubiera sido golpeada. En aquellas horas debe haber sufrido mucho aburrimiento y agotamiento. Incluso dolor en sus manos, a veces”.

Este relato lleno de emociones nos habla directamente de un terapeuta disponible e interviniendo no sólo desde su mente. Su paciente nos relata cómo interactivamente ella percibe a Winnicott, interpreta y siente la presencia de Winnicott en distintos niveles; un nivel metafórico, simbólico de *holding* y un nivel real corporal de sostén en sus manos firmemente apretadas. Un diálogo de acciones e involucramiento corporal cargado de conocimiento relacional mutuo y al servicio del proceso terapéutico.

La psicoterapia corporal relacional o analítica señala que la relación terapéutica es una relación única, real y encarnada que tiene correlatos neurobiológicos

específicos. La interacción psicoterapéutica se manifestaría en parte por un intercambio somático o diálogo de acción continuo, diálogo recíproco, y de influencia mutua. La psicoterapia corporal relacional o analítica integra en su encuadre, además de las intervenciones verbales, las intervenciones somáticas intencionadas, la lectura corporal explícita e implícita, el análisis de las microinteracciones, la regulación emocional interactiva y los diálogos conscientes e inconscientes de acción (Sassenfeld 2010).

Dice Winnicott (1987): “La psicoterapia no consiste en hacer interpretaciones inteligentes y adecuadas: en general consiste en devolver al paciente, a largo plazo, lo que éste trae. Es un derivado complejo del rostro que refleja lo que se puede ver en él. Me gusta pensar en mi trabajo de ese modo, y creo que si lo hago lo bastante bien el paciente encontrará su persona y podrá existir y sentirse real. Sentirse real es más que existir: es encontrar una forma de existir como uno mismo, y de relacionarse con los objetos como uno mismo, y de tener una persona dentro de la cual poder retirarse para el relajamiento” (p. 154).

Aquí nos encontramos otra vez con la maravillosa humanidad de Winnicott, una vez más hablándonos de un terapeuta que, como persona, refleja lo verdadero, lo más esencial y auténtico que permite sentirse persona. Winnicott relaciona esa verdad personal con la cualidad de estar vivo corporal, “emana de la vitalidad de la que están dotados los tejidos corporales y las funciones corporales, incluyendo la acción del corazón y la respiración” (cit por A. Phillips, 1997, p. 149).

Me pregunto entonces ¿cómo es posible para un terapeuta reflejar el ser verdadero de su paciente si no tiene conciencia de su propio corazón, de su respiración y de su vitalidad, es decir, de su corporalidad y cómo ésta afecta la relación con el otro en el proceso terapéutico?

El psicoanálisis relacional ha enfatizado la contribución de la subjetividad del terapeuta al proceso terapéutico, desde la perspectiva de la psicoterapia corporal analítica o relacional, agregaríamos la relevancia de entender y explorar cómo la corporalidad del terapeuta, es decir, sus gestos, sus micromovimientos, su vitalidad, su voz y el cómo interactúa con sus pacientes, contribuyen a la relación terapéutica.

“La intersubjetividad al interior de la relación psicoterapéutica nos desafía a mirar qué pasa con la subjetividad corporalizada del terapeuta. Ya no vemos al terapeuta, separado, neutral e incorpóreo, sino como parte de una diada, aportando con sus propios sentimientos, emociones e historia, su capacidad de conexión consigo mismo y con el otro” (Araneda, 2008).

Me interpreta profundamente lo que plantea Donna Orange (2009) en su artículo: "La teoría de los sistemas intersubjetivos: El viaje de una falibilista": "Lo que exploramos o interpretamos o no tocamos depende de quiénes somos" (p. 247).

Al parecer Winnicott pediatra nunca perdió de vista, en su abordaje clínico, el hecho de poseer y ser un cuerpo y, por tanto, en muchos de sus escritos y conceptos está la presencia indiscutida de las funciones corporales, de los movimientos del cuerpo ligados a una fuerza de vida, del jugar como un estado creador físico y mental. Describió el vivir sano y normal, el sustento del juego y el trabajo constructivos, como la "preocupación por el otro", el interés por el otro y la propia responsabilidad como un logro del desarrollo humano, dependiente de la existencia de un ambiente suficientemente bueno y correspondiente a la relación bicorporal del infante con su cuidador.

Así mismo Winnicott (1991) nos describió las "agorías primitivas", experiencias básicamente vividas en el cuerpo y, por tanto, impensables: caer para siempre, pérdida de la relación psicósomática, falla de residencia en el cuerpo, quemarse por dentro, partirse en mil pedazos, perder el contacto con otros, no volver a sentir, morir, morir, morir y nunca terminar de morir.

Al trabajar con la corporalidad de mis pacientes he encontrado una y otra vez ese tipo de experiencias, lenguaje somático, cargado de emociones intensas y a veces no claramente verbalizables, recuerdos, imágenes y memorias corporales de relaciones vividas sólo desde las sensaciones, tensiones, rigideces y dolores corporales que al hacerse conscientes hablan de experiencias de la niñez olvidadas o de necesidades de contacto y cercanía emocional. La percepción y contacto más consciente con el cuerpo nos muestra a veces patrones habituales de comportamiento y, otras veces nos muestra aspectos novedosos y vitales nunca antes reconocidos o experimentados. A veces la conciencia de la respiración o de un movimiento involuntario, o de una pequeña sensación, al hacerse presente y consciente, redimensiona, amplía, confirma, modifica, o profundiza aspectos centrales en un proceso terapéutico, al mostrarnos esa dimensión sensible y auténtica de la experiencia personal.

A. Phillip (1997) plantea que en sus últimos años Winnicott se preguntó acerca de la relación entre el lenguaje analítico y el verdadero self. Al respecto Winnicott (1979) nos dice que sólo el self verdadero puede ser analizado, y nos advierte de los riesgos de la rigidez de las defensas del falso self, como también nos advierte acerca de la apariencia de normalidad, que convertiría el tratamiento en un análisis estéril y frustrante.

Creo que un terapeuta consciente de sus sensaciones, de sus patrones relacionales encarnados en el cuerpo y al mismo tiempo consciente y capaz de leer e interpretar somáticamente a sus pacientes, tiene la posibilidad de acercarse a esa elusiva y sensible experiencia llamada verdadero self.

REFERENCIAS

1. Abadi S. Transiciones: El modelo Terapéutico de D.W. Winnicott Lumen, Buenos Aires, 1996
2. Araneda M. Cuerpo, vínculos y cambio. En Riquelme R, Thumala E. Avances en psicoterapia y cambio psíquico. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago de Chile, 2005, pp. 393-405
3. Araneda M. ¿De qué cuerpo estamos hablando? En Revista Universitaria Pontificia Universidad Católica de Chile. 2008; 101; 26-31
4. BCPSG (Boston Change Process Study Group) Mecanismos no interpretativos en la práctica psicoanalítica: El "algo más" del proceso de cambio" En Libro Anual de Psicoanálisis 2000, XIV, 207-225
5. Orange D. La teoría de los sistemas intersubjetivos: El viaje de una falibilista. En "Intersubjective systems theory: A falibilist's journey" en Self and systems: Annual of the New York Academy of Sciences. 2009, 1159, 237-248 Traducción: André Sassenfeld
6. Little M. Relato de mi análisis con D.W. Winnicott. Lugar, Buenos Aires 1995
7. Lowen A. Bioenergética. Diana, México 1975
8. Lowen A. El lenguaje del cuerpo. Herder, Barcelona, 1988
9. Phillips A. Winnicott. Lugar, Buenos Aires, 1997
10. Reich W. La función del orgasmo. Paidós, Buenos Aires, 1972
11. Sassenfeld A. Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. En Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria. 2007a; 3; 2: 177-188
12. Sassenfeld A. Dos patrones de la regulación afectiva en la interacción temprana y en la interacción terapéutica. En Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria. 2007b; 3; 3: 300-309
13. Sassenfeld A. Lenguaje corporal e intencionalidad corporal. En Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria. 2008a; 4; 1: 83-92
14. Sassenfeld A. Reflexiones sobre el sistema de las neuronas espejo y algunas de sus implicancias psicoterapéuticas. En Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria. 2008b; 4; 2: 193-198
15. Sassenfeld A. Algunas posibilidades del trabajo psicoterapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad. En Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria. 2008c; 4; 4: 440-453
16. Sassenfeld A. Enactments: Una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente. En Clínica e Investigación Relacional, 2010; 4 (1): 142- 181. <http://www.psicoterapiarelacional.es>
17. Sassenfeld A. Fundamentos de la relación terapéutica en la psicoterapia corporal relacional. En Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria. 2010; 6; 1: 51-62
18. Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria: El psicoanálisis y el cuerpo: Entrevista a Peter Geissler. 2009; 5; 2: 185-194
19. Shore A. "Right-brain effect regulation: an essential mechanism of development, trauma, dissociation, and psychotherapy pp. 1112-144, incluido en el tomo The Healing Power of emotion: Affective Neuroscience, Development, and Clinical Practice, editado por Diana Fosha, Daniel Siegel y Maiom Salomon 2009, New York: W. W. Norton. Traducción: André Sassenfeld

20. Shore A. "Un punto de vista neuropsicoanalítico" 2005. En *Psychoanalytic Dialogues*, 15 (6) 829-854. Traducción: André Sassenfeld
21. Winnicott DW. *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Laia, Barcelona 1979
22. Winnicott DW. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós. Buenos Aires, 1979
23. Winnicott DW. *Realidad y juego*. Gedisa, Buenos Aires, 1987
24. Winnicott DW. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós, Buenos Aires, 1991
25. Winnicott DW. *Los bebés y sus madres*. Paidós, Buenos Aires, 1998

INTERSUBJETIVIDAD

SISTEMAS INTERSUBJETIVOS ENCARNADOS: DE LA SUGESTIÓN A LA INFLUENCIA MUTUA¹

(Rev GPU 2012; 8; 3: 310-321)

André Sassenfeld J.

La meta de esta contribución es, por un lado, la problematización del concepto de sugestión como concepto arraigado en una psicología unipersonal. Para ello me apoyaré en parte en el análisis crítico que Stephen Mitchell (1997) hace sobre la concepción de la participación del psicoterapeuta en la relación analítica en el marco del psicoanálisis clásico y, más allá, en la discusión que realizan tanto Mitchell como Orange, Atwood y Stolorow (1997) en torno a algunos mitos psicoanalíticos vinculados con el hecho de ejercer influencia en la situación terapéutica. Por otro lado, desarrollaré como alternativa al concepto tradicional de sugestión la noción de influencia mutua que ha surgido con fuerza en el psicoanálisis relacional. En especial, presentaré la idea de la influencia mutua desde la perspectiva de una teoría de la intersubjetividad encarnada y, con ello, introduciré dos conceptos importantes: la noción de un sistema intersubjetivo encarnado y la noción de una influencia mutua encarnada. Además, describiré en este contexto la idea de una lectura corporal recíproca implícita como fundamento concreto de los procesos encarnados de influencia mutua. Para concluir, agregaré algunas reflexiones respecto de algunas implicancias clínicas de las ideas presentadas.

COMENTARIOS CRÍTICOS SOBRE EL CONCEPTO DE SUGESTIÓN EN EL PSICOANÁLISIS CLÁSICO

En la segunda mitad del siglo XIX el fenómeno de la sugestión se había convertido en un tema importante de la investigación psiquiátrica debido a su conexión con la hipnosis. Freud fue influenciado especialmente por los estudios de Charcot y Bernheim sobre la hipnosis y, en su etapa pre-psicoanalítica, se convirtió en un

“defensor vienés prominente de las ideas francesas sobre histeria, hipnosis, psicología y psicopatología [...]” (Raz y Wolfson, 2010, p. 8) después de que en 1887 había comenzado a emplear en su práctica clínica técnicas hipnóticas. Escribió sobre el papel probable de la autohipnosis en la formación de los síntomas histéricos y, siguiendo las concepciones de Bernheim, atribuyó a la sugestión una significación fundamental en el proceso hipnótico. En escritos pre-psicoanalíticos, Freud (1888)

¹ Versión escrita de la conferencia inaugural “Suggestion und gegenseitige Beeinflussung”, pronunciada en septiembre del 2011 en el VIII Simposio Vienés Psicoanálisis y cuerpo, en Viena, Austria.

definió la sugestión como una idea consciente que es introducida en la persona hipnotizada mediante una influencia externa y que, con posterioridad, es aceptada por ésta como si hubiese surgido de modo espontáneo. Alrededor de 1891 expresó la reflexión de que en algunos casos es posible alcanzar efectos terapéuticos recurriendo exclusivamente a la sugestión hipnótica.

Sin embargo, muy pronto, hacia 1892, Freud abandona el procedimiento hipnótico a favor de la técnica de la asociación libre (Raz y Wolfson, 2010). Cuestiona cada vez más la efectividad psicoterapéutica real de la hipnosis y empieza a orientarse en términos clínicos de acuerdo con la noción de la catarsis de afectos bloqueados (Breuer y Freud, 1895). Alrededor de 1916 Freud escribe en retrospectiva que el abandono de la hipnosis como técnica de tratamiento en ningún caso significó renunciar a su conciencia de la relevancia de la sugestión en la relación terapéutica. Explica que redescubrió la sugestión bajo la forma de la transferencia –ya en 1912 había definido la sugestión como la influencia que una persona ejerce sobre otra persona mediante los fenómenos transferenciales. A pesar de tales comentarios respecto de la innegable significación de la sugestión, es sabido que la concepción inicial del método psicoanalítico estuvo ligada a una renuncia convencida y enfática a la hipnosis a favor de un procedimiento que *no descansara sobre la sugestión*. Cada vez más se “hizo valer que el psicoanálisis se diferenciaba respecto de otros métodos de psicoterapia por el hecho de que se apoyaba en la interpretación y en particular en la interpretación de la transferencia –en contraste con la sugestión” (Orange, Atwood y Stolorow, 1997, p. 59). En otras palabras, Freud parece haberse sentido ambivalente en relación con el fenómeno de la sugestión y, por ende, parece haber defendido ideas contradictorias. Su conocida afirmación “Es probable que en la aplicación masiva de nuestra terapia nos veamos en la necesidad de ligar el oro puro del análisis en buena medida con el cobre de la sugestión directa [...]” (Freud, 1919, p. 193), parece apuntar en esa dirección.

Tal ambivalencia respecto de la sugestión, entendida como ejercer influencia en el sentido amplio de todos los profundos aspectos especialmente inconscientes y radicalmente interactivos del proceso terapéutico, tuvo por lo visto razones no menores, que Mitchell (1997) ha investigado y retratado de forma detallada. El estudio de Mitchell es de gran relevancia porque en el psicoanálisis clásico ha sido efectivo desde siempre un verdadero “tabú de la influencia” (Hoffman, 2009) que ha dificultado o incluso imposibilitado hasta ahora una comprensión sistemática y diferenciada de la interacción psicoanalítica. La comprensión tradicional

existente se ha limitado al uso de los conceptos de transferencia y contratransferencia, que en su esencia pueden ser atribuidos a una concepción de la mente aislada (Orange, Atwood y Stolorow, 1997; Stolorow y Atwood, 1992; Stolorow, Atwood y Orange, 2002) y que, en consecuencia, no son conceptos realmente interactivos.

Las herramientas conceptuales que hasta hace poco estaban a disposición de la teoría psicoanalítica para entender el núcleo interactivo del trabajo clínico son deplorablemente insuficientes. La razón de ello fue en lo principal que pareció terriblemente importante reflexionar sobre el proceso analítico dejando de lado por completo sus aspectos interactivos (Mitchell, 1997, p. 22).

Para las teorías analíticas contemporáneas de orientación relacional, en cambio, el problema de la influencia se encuentra “en el centro del debate del psicoanálisis en torno a la significación central de la participación del analista en el proceso psicoanalítico” (pp. 24-25).

Siguiendo el análisis de Mitchell (1997), una primera razón para la ambivalencia de Freud respecto de la sugestión debe buscarse en el entorno cultural de su época. En un mundo cultural que distinguía en términos gruesos entre religión y ciencia como dos categorías fundamentales del conocimiento humano la teoría y terapia psicoanalíticas sólo podían recibir un reconocimiento serio en los círculos psiquiátricos en cuanto ciencia. En la época en que Freud vivió, la ciencia defendió una “separación estricta entre el objeto de la investigación científica y el observador científico distanciado que estudiaba el objeto de investigación” (p. 22). Es decir, el psicoanálisis sólo podía ser científico si el analista mantenía distancia respecto de su área de investigación, la psique del paciente, y si observaba éste como alguien externo que no se implicaba. “Debido a ello, la situación psicoanalítica consistía, según la concepción de Freud, en que la mente de una persona era investigada objetivamente por un observador distanciado” (p. 22) y excluía la influencia del analista sobre el paciente por principio. De acuerdo con los planteamientos científicos que imperaban en la época de Freud la sugestión vuelve imposible la objetividad y, por ende, el psicoanálisis como ciencia.

Mitchell (1997) menciona como segunda razón esencial para la ambivalencia de Freud en relación con la sugestión y la interacción, esto es, para “la fuerte tendencia consciente e inconsciente a suprimir el carácter interactivo de la relación analítica [...]” (p. 23),

el hecho de que el psicoanálisis originalmente surgió a partir de la práctica clínica de la hipnosis. Mitchell piensa que para el psicoanálisis fue importante en términos históricos diferenciarse respecto de la hipnosis y la referencia de ésta al poder y la influencia personal del terapeuta a través de una especie de contraidentificación con la finalidad de construir y fortalecer una identidad propia:

El hipnotista sana mediante sugestión; el analista sana mediante interpretación. Allí donde la hipnosis agrandaba la influencia, el psicoanálisis eliminaba influencias de la historia de vida; allí donde la hipnosis encauzaba y daba forma, el psicoanálisis liberaba y redimía. [...] El psicoanálisis siempre ha atribuido mucho valor a proteger durante el proceso analítico la autonomía y autodeterminación del paciente. El uso que el paciente haga de la exploración analítica tiene que, en última instancia, ser dejado a su propio arbitrio. La utilización de la hipnosis como contraidentificación tuvo desde este punto de vista un efecto tranquilizador. Transmitió a los analistas la sensación de que su método, a diferencia de la hipnosis, protege a sus pacientes del problema del ejercicio de influencia (pp. 24-25).

Frente a este trasfondo se reforzó la idea de que el psicoanálisis es un procedimiento terapéutico que efectivamente puede prescindir de la sugestión y la influencia.

Esta segunda razón para las dificultades que tiene el psicoanálisis clásico con un enfrentamiento libre de prejuicios con la realidad de la sugestión y la interacción en la relación analítica también ilustra un punto adicional. El histórico “tabú de la influencia” mencionado por Hoffman (2009) está íntimamente vinculado con un valor específico del psicoanálisis freudiano, que a su vez coincide con un valor predominante en la cultura que rodeó a Freud: la autonomía y autodeterminación del individuo. Este valor condicionó las formulaciones teóricas de Freud y puede haberlo impulsado a excluir en gran medida el hecho de ejercer influencia de sus concepciones para garantizar la independencia del paciente. Algunas décadas después fue Kohut, cuyos pioneros trabajos sobre la psicología psicoanalítica del self contribuyeron de modo significativo al surgimiento de las teorías analíticas relacionales contemporáneas, quien develó tales valores como moral encubierta del psicoanálisis y quien con ello legitimó la necesidad humana de dependencia en las concepciones analíticas del desarrollo psíquico y emocional. Desde Kohut, la necesidad de un otro entonado ya no debe visualizarse

como etapa del desarrollo que debe superarse en dirección de la autonomía, sino más bien como necesidad presente durante todo el ciclo vital que posibilita la cohesión psíquica. Las ideas de Kohut condujeron a muchos teóricos analíticos contemporáneos influenciados por él, incluyendo a Joseph Lichtenberg, Frank Lachmann, Robert Stolorow y otros, a formular modelos clínicos que colocan la influencia mutua entre paciente y analista en el centro de sus concepciones (véase más adelante).

La tercera razón que Mitchell (1997) describe está ligada al controversial tema de las transgresiones de los límites del terapeuta en la relación analítica. “En vez de enfrentar estas temáticas de modo directo, la teoría psicoanalítica tradicional las volvió invisibles al definir la situación analítica como campo unipersonal” (p. 28). En opinión de Mitchell, entonces era posible entender y rechazar las transgresiones de los límites éticos —esto es, determinadas formas de la influencia e implicaciones concretas del terapeuta en la relación con el paciente— como equivocaciones conductuales patológicas y, así, era posible proteger la reputación pública del psicoanálisis. Dado que la sugestión y la influencia podían conducir a transgresiones de límites, era más fácil excluir tales procesos de la formulación teórica analítica o de concebirlos como casos excepcionales producto de una aplicación incorrecta de la técnica analítica. Uno de los resultados de esta circunstancia fue que el “problema del respeto de los límites adecuados, que juega un papel importante en el psicoanálisis clínico, [...] se fortaleció debido a la supresión en aquel marco no interactivo en el cual durante mucho tiempo se comprendió el proceso analítico” (p. 28). En consecuencia, durante mucho tiempo cualquier comportamiento del terapeuta en la situación analítica que no se podía hacer corresponder con la idea de la objetividad distanciada de un observador externo era sospechoso de sugestión e influencia.

Resumiendo su análisis crítico, Mitchell (1997) escribe:

Así, la negación de los aspectos interactivos del proceso analítico ha cumplido muchas funciones importantes: apoyó los principios provenientes de la filosofía de la ciencia del siglo XIX, con los cuales Freud se sentía comprometido; posibilitó la mantención de la contraidentificación con la hipnosis, que fue de gran significación en la autodefinition del psicoanálisis como disciplina científica; y le proporcionó a los clínicos analíticos la oportunidad de sostener la ilusión de que son capaces de mantenerse ajenos a aquella implicación emocional que

emerge en la relación analítica cuando el proceso toca las problemáticas más profundas y centrales del paciente (pp. 28-29).

Tal como Mitchell ha presentado de manera detallada, la ambivalencia de Freud respecto de sugestión e interacción en la situación analítica tuvo consecuencias importantes para la formulación teórica psicoanalítica. Ya he hecho mención de que una de esas consecuencias tiene que ver con la tendencia a excluir sugestión e interacción como conceptos legítimos. Por otro lado, existen adicionales consecuencias teóricas y por ende clínicas de gran alcance, algunas de las cuales son tratadas en el psicoanálisis de orientación relacional como "mitos." Quiero todavía detenerme brevemente en algunos de estos mitos psicoanalíticos.

En el contexto de su análisis de las razones más destacadas para la ambivalencia del psicoanálisis clásico respecto de sugestión e influencia, Mitchell (1997) hace referencia al mito del *analista genérico*. A éste subyace la idea de un terapeuta intercambiable –cuando un terapeuta dado lleva a cabo buen trabajo analítico, éste podría ser realizado del mismo modo por parte de otro terapeuta competente. Esto quiere decir que, en el trabajo analítico realizado de manera técnicamente correcta, la subjetividad personal del psicoterapeuta no juega ningún papel digno de mención y tampoco debiera jugar un papel. Técnicamente correcto significa en este marco clásico un proceder clínico caracterizado por neutralidad, abstinencia y anonimato que, al mismo tiempo, está muy alejado de la sugestión y la influencia. Mitchell considera que el mito del analista genérico hace posible imaginarse la técnica sin reparos como una especie de "estándar" independiente de las características personales del terapeuta, que vuelve tales características invisibles y las neutraliza en cuanto variables con manifiestos efectos. "Siguiendo esta concepción, sólo los terapeutas que no cumplen con los principios de la técnica clásica se vuelven visibles y así salen del anonimato, pero nos los verdaderos analistas" (p. 29). En el marco de un psicoanálisis relacional, sin embargo, puede partirse de la base de que la supresión sistemática de la conciencia de la presencia del terapeuta en cuanto persona en la situación analítica "con ello no neutraliza su participación en el proceso analítico, sino que sólo la puede volver subterránea [...]" (p. 30) y así dejar que los procesos de sugestión e influencia actúen sin consideración y sin ser analizados.

Un segundo mito psicoanalítico relevante a nuestra discusión ha sido elaborado por Orange, Atwood y Stolorow (1997). En paralelo a Mitchell, tratan el mito general del *analista neutral*, esto es, el mito de

la posibilidad de que la influencia de la subjetividad personal de un terapeuta en la situación analítica puede ser controlada y evitada por medio de una actitud neutral. Siguiendo su perspectiva, el concepto de neutralidad ha sido ya objeto de críticas contundentes y repetidas y ha sido además redefinido; no obstante, consideran que el principio de la neutralidad sigue operando como principio organizador profundamente arraigado "que marca la forma en la que el analista percibe el encuentro analítico de modo importante y distorsiona la visión del carácter intersubjetivo del proceso analítico" (p. 56). En otras palabras, neutralidad e influencia son mutuamente excluyentes: se es neutral y con ello se evita la sugestión y la influencia o uno influencia al paciente y deja de ser neutral, lo cual en un marco analítico clásico por supuesto significa alejarse de la aplicación correcta de la técnica analítica.

Orange, Atwood y Stolorow (1997) indican que el mito del analista neutral está vinculado con mitos adicionales. Entre otros, describen dos mitos anexos que son de significación para nuestra discusión. En primer lugar, ilustran el mito de la *interpretación libre de sugestión*. Cuestionan la tradicional separación tajante entre sugestión e interpretación así como la circunstancia de que "el analista neutral supuestamente es capaz de ofrecerle a su analizado el oro puro de la interpretación libre de sugestión [...]" (p. 60). Suponer que una interpretación técnicamente correcta se limita a facilitar el acceso de lo que se encuentra en lo inconsciente a la conciencia del paciente descuida o niega en su opinión la contribución fundamental de la organización psíquica del analista a la formulación de una interpretación. Más allá, argumentan que cualquier interpretación dada siempre está en deuda con un marco teórico de referencia que el terapeuta utiliza de manera implícita o explícita para su construcción y que prefiere debido a convicciones personales a otros marcos posibles de referencia. "Así, cada interpretación que trasciende lo que al paciente le es consciente [esto es, todas las interpretaciones] constituye una invitación, por reservada que sea, a mirar las cosas desde la perspectiva teóricamente anclada del analista. En esa medida, también las interpretaciones son sugestiones [...]" (p. 60) en el sentido del ejercicio de influencia.

En segundo lugar, Orange, Atwood y Stolorow (1997) mencionan el mito de la *transferencia no contaminada*. Este mito se basa en el supuesto psicoanalítico clásico de que la neutralidad del terapeuta es necesaria porque "las intervenciones no interpretativas, por ejemplo las gratificaciones y sugestiones, 'contaminan' la transferencia y, con ello, la vuelven inanalizable [...]" (p. 61). Tal concepción descansa, por su parte,

sobre la suposición clásica adicional de que la transferencia puede existir en una forma independiente de la realidad personal del terapeuta. De acuerdo con la teoría analítica de la intersubjetividad de estos teóricos, es preferible reconocer el hecho de que la transferencia inevitablemente

es también determinada tanto por las contribuciones del analista como por las estructuras de significación en las cuales éstas son asimiladas por parte del paciente. Dicho de otro modo: la transferencia siempre también es activada por alguna característica o actividad del analista, que se presta a ser interpretada por el paciente de acuerdo con un principio organizador pre-formado en su desarrollo (p. 62).

Por supuesto, lo mismo vale también para la contratransferencia del psicoterapeuta. Por lo tanto, Orange, Atwood y Stolorow afirman, en continuación con publicaciones anteriores, que transferencia y contratransferencia conforman “en conjunto un sistema intersubjetivo de influencia mutua [...] Analistas neutrales, interpretaciones puras, transferencias no contaminadas –ninguna de estas entidades mitológicas existe dentro de un sistema como éste” (p. 62).

Frente al trasfondo de esta discusión crítica en torno al concepto de sugestión e influencia en el psicoanálisis clásico podemos ahora problematizar con mayor claridad la noción tradicional de sugestión desde un punto de vista relacional. El habitual concepto de sugestión sólo tiene realmente sentido en el seno de un paradigma de la mente aislada (Orange, Atwood y Stolorow, 1997; Stolorow y Atwood, 1992; Stolorow, Atwood y Orange, 2002), paradigma según el cual la psique es concebida en un estado de aislamiento, radicalmente separada de la realidad externa. El paradigma de la mente aislada

divide el mundo subjetivo de la persona en regiones internas y externas, reifica la separación resultante entre ambas regiones y la transforma en algo absoluto y retrata la mente como entidad objetiva que ocupa su lugar entre otros objetos, una “cosa pensante” que tiene un interior con contenidos y que mira hacia un mundo exterior respecto del cual está alienada (Stolorow, Atwood y Orange, 2002, pp. 1-2).

Desde tal perspectiva, la sugestión se entiende como proceso en el cual, bajo ciertas circunstancias, una mente aislada puede ejercer influencia sobre otra

mente aislada. Esa influencia tiene, por lo tanto, un determinado punto de inicio, una determinada duración y un determinado punto de finalización. En la situación terapéutica, esto significa que existe un momento en el cual paciente y terapeuta no se influyen ni mutua ni unilateralmente, que a continuación en cierto momento comienza la influencia, y que por último paciente y terapeuta vuelven a un estado en el cual ya no se influyen.

Así, sugestión e influencia son concebidos como procesos controlables e incluso evitables entre mentes aisladas. Mientras un terapeuta se comporte de forma neutral, el fenómeno de la sugestión ni siquiera llega a surgir y es posible generar y sostener en la situación terapéutica un estado libre de sugestión e influencia, visualizado como deseable y terapéuticamente necesario. En caso de que un proceder técnicamente incorrecto pone en marcha la influencia sugestiva, ésta puede ser finalizada de modo deliberado y determinable a través de la toma de conciencia por parte del terapeuta. Esta concepción tradicional no reconoce, en contraste con el psicoanálisis relacional, que “el involucramiento emocional que es despertado en el analista ejerce una profunda influencia personal y niega que el analista está implicado con su organización psíquica propia de diversas maneras en todos los fenómenos que observa y que intenta tratar” (Orange, Atwood y Stolorow, 1997, pp. 64-65). Surge entonces evidentemente la interrogante de cómo pudiera visualizarse una alternativa aceptable de sugestión e influencia. En lo que sigue hacemos el intento de formular una posible respuesta desde la perspectiva de una teoría de la intersubjetividad encarnada.

DE MENTES AISLADAS A UN SISTEMA INTERSUBJETIVO ENCARNADO

Desde sus inicios, el psicoanálisis relacional ha cuestionado de distintas maneras el paradigma de la mente aislada y lo ha hecho objeto de diversas críticas filosóficas, teóricas y clínicas. El cuestionamiento sistemático de este paradigma fundamental de la modernidad y con ello del psicoanálisis clásico pone en evidencia sus fundamentos cartesianos (Stolorow, Atwood y Orange, 2002) y trae consigo una necesaria elaboración de nuestras “angustias cartesianas” (Bernstein, 1983) angustias que –siguiendo a Stolorow, Atwood y Orange– pueden ser comprendidas en términos analíticos por un lado como angustias frente a un caos sin estructura y, por otro lado, como angustias frente a la finitud, mortalidad y dependencia del ser humano. Mediante el aferramiento a la idea de que el ser humano es en esencia una unidad autocontenida y radicalmen-

te separada de su mundo de vida y su vinculación intersubjetiva “estamos protegidos de modo específico respecto de un sentimiento de vulnerabilidad respecto del entorno humano que no es tolerable de otra forma” (Stolorow, Atwood y Orange, 2002, p. 3). Stolorow y Atwood (1992) también han llamado este sentimiento el intolerable arraigamiento relacional del ser, esto es, la arraigada dependencia de nuestra experiencia subjetiva y existencia humana respecto de nuestro entorno humano. Una posibilidad de apresar en términos teóricos este fundamental e insoslayable arraigamiento de la subjetividad en los vínculos en el psicoanálisis de orientación relacional es la noción de un *sistema intersubjetivo* (Orange, Atwood y Stolorow, 1997; Stolorow y Atwood, 1992; Stolorow, Atwood y Orange, 2002; Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1987).

Stolorow, Brandchaft y Atwood (1987) definen un sistema intersubjetivo como un sistema relacional constituido por medio de la interacción dinámica de dos o más mundos de experiencia con diferentes organizaciones. En su teoría psicoanalítica de los sistemas intersubjetivos el concepto de un sistema intersubjetivo es un constructo teórico fundamental que contribuye a conferir forma concreta a la omnipresente necesidad de contextualizar en términos relacionales la experiencia subjetiva. Este énfasis en la necesidad de una constante contextualización de la experiencia subjetiva es un principio general que se desprende de la idea de que la experiencia de ser un individuo nunca puede ser aprehendida de manera fidedigna mediante la noción de una mente aislada. De acuerdo con la teoría psicoanalítica de los sistemas intersubjetivos, toda experiencia psicológica tiene que ser contextualizada como algo que originalmente emerge a partir de sistemas intersubjetivos específicos y que con posterioridad se mantiene o transforma en sistemas intersubjetivos específicos para que sus significados conscientes e inconscientes puedan ser investigados y comprendidos de manera cuidadosa y precisa. “Quiénes somos es resultado de los diversos campos intersubjetivos en los que hemos vivido” (Jaenicke, 2011, p. 25) y en los que vivimos en la actualidad. Desde este punto de vista, las complejas vicisitudes conscientes e inconscientes en el seno de tal sistema, que son generadas por el continuo interjuego recíproco entre los mundos de experiencia del paciente y del psicoterapeuta en el tratamiento, se convierten en el dominio propio de la exploración psicoanalítica.

En este contexto, deseamos ampliar la idea de un sistema intersubjetivo hacia la noción de un *sistema intersubjetivo encarnado*, al cual subyace la interpenetración e interacción dinámicas de subjetividades fundamentalmente encarnadas. En un sistema inter-

subjetivo encarnado se produce de modo constante un encuentro de mentes y cuerpos humanos (Aron, 1998), un profundo encuentro a la vez consciente e inconsciente de seres humanos corporal, afectiva, contextual y existencialmente situados. En este concepto confluyen partiendo del contextualismo fenomenológico psicoanalítico de Stolorow, Atwood, Brandchaft y Orange desarrollos teóricos en diferentes áreas de investigación. Desde la filosofía, la fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty (1945) hace, siguiendo algunas ideas inicialmente esbozadas por Husserl (1986), una contribución decisiva a través de sus conceptos de un sujeto encarnado y de una intersubjetividad encarnada inherente a la experiencia subjetiva. En la filosofía de Merleau-Ponty, la corporización es una condición y una estructura pre-reflexiva de la experiencia que este filósofo coloca en el centro de su comprensión de la existencia humana. El mismo Merleau-Ponty ya había bosquejado la concepción de un sistema intersubjetivo encarnado. A él se retrotrae en la filosofía contemporánea un paradigma fundamental basado en una subjetividad y una intersubjetividad encarnadas.

En las neurociencias ha sido en especial Gallese (2009, 2011), un destacado investigador italiano del sistema de las neuronas espejo, quien ha acuñado el concepto de la *intercorporalidad* y quien ha vinculado esta noción de modo explícito con el trabajo ya mencionado de Merleau-Ponty en el plano filosófico. Concibe la intercorporalidad como nivel relacional implícito, en el sentido de no consciente, que define como “resonancia recíproca de formas de comportamiento sensoriomotrices intencionalmente significativas” (2009, p. 523). Para Gallese, la intercorporalidad debe entenderse como la fuente principal del conocimiento que adquirimos de manera directa, en general sin advertirlo, sobre los demás en interacción con estos y que utilizamos para adaptarnos a la situación interpersonal dada. Más allá escribe:

La intercorporalidad describe un aspecto determinante de la intersubjetividad no porque esta última debe visualizarse como fundada filo y ontogenéticamente en una similitud meramente percibida entre nuestro cuerpo y el cuerpo de los otros. La intercorporalidad describe un aspecto determinante de la intersubjetividad porque los seres humanos comparten los mismos objetos intencionales y porque sus sistemas sensorio-motrices situados están cableados de modo similar para alcanzar metas elementales similares y para experimentar emociones y sensaciones similares (pp. 523-524).

Estas concepciones neurocientíficas contemporáneas muestran que no sólo en términos filosóficos se hace cada vez más necesario adentrarnos en un paradigma de la intersubjetividad encarnada. Además, las ideas de Gallese indican hacia un proceso que, en otro lugar, he denominado lectura corporal implícita recíproca (Sassenfeld, 2008, 2010) y en el cual todavía me detendré.

A las ya mencionadas contribuciones filosóficas y neurocientíficas al concepto de un sistema intersubjetivo encarnado quiero todavía agregar los resultados de un área adicional importante de investigación. La investigación de infantes de las últimas décadas ha demostrado de diversas maneras la realidad de la subjetividad y de la intersubjetividad encarnadas en los vínculos tempranos entre los niños pequeños y las figuras de apego. La regulación afectiva, entendida como proceso central en el desarrollo socioemocional del niño, transcurre de acuerdo con los investigadores de infantes en un sistema diádico —es decir, intersubjetivo— de modo radicalmente recíproco (Beebe y Lachmann, 2002). Más allá, la regulación afectiva debe visualizarse como proceso fundamentalmente encarnado que se produce de forma primaria por medio de un continuo intercambio no consciente implícito de señales no-verbales (Schoore, 2003a, 2003b, 2012). Después de todo, lo que los investigadores del apego observan y analizan en la situación extraña son siempre ya acciones encarnadas que están enraizadas en interacciones interpersonales y que definen éstas en el nivel motriz. A tal intercambio afectivo-motriz subyace, por su parte, la lectura corporal implícita recíproca (véase más abajo). Así, es posible concebir uno de los conceptos fundamentales de la investigación de infantes, aquel de un sistema diádico de interacción implícita y regulación afectiva recíproca, concretamente como sistema intersubjetivo encarnado.

La noción de un sistema intersubjetivo encarnado parte de la base de que todo sistema relacional compuesto por dos o más sujetos pone inevitablemente en evidencia no sólo aspectos conscientes e inconscientes, sino siempre también aspectos psíquico-emocionales y corporal-no-verbales. Diferentes teóricos relacionales han señalado hacia una idea similar mediante el uso cada vez más extendido de los conceptos complementarios de un área implícita y un área explícita en la interacción temprana y terapéutica (BCPSG, 2002, 2005, 2007, 2008; Beebe *et al.*, 2005; Beebe y Lachmann, 2002; Lyons-Ruth, 1999; Schoore, 2005, 2011; Stern *et al.*, 1998). Beebe *et al.* (2005) escriben, por ejemplo, que el término *implícito* puede equipararse de forma aproximada con el dominio no-verbal y que, por lo tanto,

siempre hace referencia a fenómenos que incorporan el ámbito de la acción y de la interacción. Una complicación conceptual que acompaña este uso es el hecho de que los procesos implícitos habitualmente son concebidos como no conscientes y, además, que el fenómeno de la conscientización explícita de los procesos implícitos aún no ha sido conceptualizado de manera sistemática a pesar de esfuerzos incipientes en esa dirección (BCPSG, 2008). Esta circunstancia vuelve problemático el intento de englobar en un dominio implícito el área completa de experiencia del cuerpo vivido, que abarca un continuo de experiencias desde lo muy consciente hasta lo profundamente inconsciente. Orange (2011) nos recuerda que, desde una perspectiva fenomenológica, “el dualismo de lo implícito y lo explícito, en su abstracción de la complejidad de la experiencia vivida, puede inducir a error” (p. 192) debido a que simplifica en exceso la diversidad de la experiencia encarnada. En consecuencia, en este contexto he preferido emplear el término *encarnado* en vez de *implícito* con la intención de incluir en la definición de un sistema intersubjetivo tanto los fenómenos experienciales conscientes como los no conscientes.

Una de las características principales de un sistema intersubjetivo es la denominada influencia mutua (Jae-nicke, 2011; Stolorow y Atwood, 1992). Un sistema intersubjetivo es un sistema relacional precisamente porque está caracterizado por procesos de influencia que sostienen una relación. Según Teicholz (2007), la influencia mutua en sí misma no es una prescripción para una determinada actitud o intervención terapéutica, sino más bien una condición inevitable de la vinculación humana. En cuanto condición de la vinculación humana, necesariamente está presente en cualquier interacción entre sujetos y, por ende, tanto en el vínculo temprano como en la relación psicoterapéutica. La influencia mutua es un concepto de amplio uso en el psicoanálisis relacional que se refiere sobre todo a la influencia recíproca constante que paciente y terapeuta ejercen uno sobre el otro de modo irremediable a través de su participación personal en su intercambio afectivo bidireccional. La influencia mutua se manifiesta al mismo tiempo en un nivel consciente y un nivel inconsciente y, tal como ocurre con muchos fenómenos inconscientes desde la perspectiva de los modelos psicoanalíticos relacionales (Renik, 1993), sus aspectos no conscientes habitualmente sólo pueden ser reconocidos y comprendidos y sus implicancias en alguna medida entendidas después de que ya han tenido lugar. Renik escribe de manera característica que el análisis clínico de los fenómenos relacionales inconscientes sólo es posible después de que ya han sido traducidos en *acciones*.

Siguiendo mis ideas anteriores, ahora podemos hablar directamente de una *influencia mutua encarnada*, que es una característica central de los sistemas intersubjetivos encarnados. Influencia mutua encarnada significa que sujetos encarnados ejercen de forma continua, con intención y sin intención, influencia unos respecto de otros mientras se encuentran en *interacción*. Muchos usos relacionales usuales de la noción de influencia mutua apuntan de modo implícito o también explícito a la relevancia del intercambio de señales no-verbales. Teóricos analíticos influenciados por la investigación de infantes como Beebe y Lachmann (2002) subrayan a menudo explícitamente la dimensión no-verbal de la influencia en las interacciones interpersonales. Desde mi punto de vista, la influencia mutua encarnada está corporizada de tres maneras. Primero, en la actualidad sabemos que el diálogo temprano de regulación afectiva es un fenómeno corporizado en términos neurobiológicos (Schore, 2003a, 2003b, 2012) y que lo mismo vale para el diálogo psicoterapéutico (Etkin, Pittenger, Polan y Kandel, 2005; Linden, 2006; Schore, 2003a, 2003b, 2012). Por lo tanto, la influencia mutua está en primer lugar corporizada en un sentido científicamente objetivo –la influencia relacional va de la mano con una variedad de cambios biológicos potencialmente medibles.

En segundo lugar, la influencia mutua está siempre corporizada en el dominio de las acciones expresas. Ejercer influencia sobre alguien significa siempre actuar de modo corporal de alguna forma respecto del otro, comportarse corporalmente respecto del otro. Este aspecto conecta el concepto de la influencia mutua encarnada con algunas concepciones relacionales del *enactment* como *interacción* recíproca entre paciente y psicoterapeuta. Si se visualiza un *enactment* como fenómeno mutuo (Schore, 2012; Stern, 2010), como fenómeno en el cual tanto paciente como terapeuta siempre participan personalmente, es posible concebir la influencia mutua encarnada en el sistema intersubjetivo terapéutico como condición relacional inconsciente de la emergencia de escenificaciones. A partir de determinados procesos de influencia propios de cada sistema intersubjetivo terapéutico específico puede surgir una determinada escenificación. En tercer lugar, por último, la influencia mutua está corporizada en el sentido de que el intercambio afectivo no-verbal implícito siempre es transmitido mediante formas corporales de expresión. Las investigaciones microanalíticas de la comunicación temprana han mostrado con claridad cómo modificaciones muy pequeñas de la expresión facial, voz, respiración y actitud corporal pueden generar importantes efectos entre quienes interactúan,

efectos que son capaces de transformar en fracciones de segundo el comportamiento y el estado emocional. Desde esta perspectiva, es evidente que la influencia mutua en realidad no puede concebirse de otro modo que como influencia mutua encarnada.

La influencia mutua encarnada es un concepto que coloca en el centro tanto la capacidad expresiva inherente del cuerpo así como su capacidad fundamental de reconocer y entender expresiones corporales percibidas en cuanto elementos primarios del proceso de influencia. Esta capacidad parece ya estar presente rudimentariamente en el nacimiento (y quizás antes), tal como los estudios del desarrollo de Meltzoff (2002) en torno a la imitación neonatal han documentado de manera convincente. En las últimas décadas los fenómenos mencionados han despertado mucho interés en las ciencias cognitivas, las neurociencias y la psicología del desarrollo, donde son agrupados en emergentes áreas de investigación como la “teoría de la mente” o las “neurociencias sociales”. El ya mencionado neurocientífico Gallese (2009, 2011), por ejemplo, hace uso de la idea de una *simulación encarnada* como explicación neurobiológica básica de la capacidad humana para comprender implícita y pre-reflexivamente la experiencia de otro sujeto por medio de una simulación ligada a las neuronas espejo de acciones observadas. Esta simulación encarnada posibilita, al mismo tiempo, un acceso a las intenciones y afectos que subyacen a tales acciones percibidas, un acceso que transcurre en gran medida de manera no consciente. En términos neurocientíficos, la amplia categoría *comprensión de las acciones* incluye fenómenos corporales variados, como expresión facial, gestos y otros movimientos corporales. En otras palabras, la comprensión de las acciones abarca una comprensión del amplio ámbito de acciones y micro-acciones que comunican expresión emocional y ponen al descubierto conducta intencional.

En otro lugar he llamado a la constelación descrita de fenómenos lectura corporal implícita recíproca (Sassenfeld, 2008, 2010) y con ello he querido decir que “el proceso de aprehender una significación es llevado a cabo por parte del cuerpo” (Merleau-Ponty, 1945, p. 177) y a la vez que lo que es “leído” también es el cuerpo. Mi uso del concepto de la lectura corporal debe diferenciarse de su uso en algunas psicoterapias corporales. En éstas, la lectura corporal habitualmente no es concebida primariamente como fenómeno propio de toda experiencia interpersonal, sino más bien como técnica (en parte) sistematizada que puede ser empleada intencionalmente por el psicoterapeuta para reconocer de forma explícita la estructura de carácter y la expresión emocional del paciente, asignarlas a determinadas

categorías y así entenderlas. Mi concepción de la lectura corporal implícita intenta conceptualizar específicamente los siguientes tres procesos interconectados: (1) la percepción de la expresión emocional-intencional de otro sujeto corporal; (2) el reconocimiento y procesamiento de las posibles significaciones de una expresión corporal percibida; y (3) la comprensión de la expresión percibida y la capacidad para actuar y reaccionar en concordancia con tal comprensión en la situación existente.

Esta secuencia no debiera ser visualizada en esencia como parte de la dimensión del pensamiento y razonamiento cognitivo explícito, lo cual ya fue señalado por Merleau-Ponty (1945). Por el contrario, la utilización del término *implícito* pretendió originalmente destacar que, en la experiencia vivida, en el sentido aquí empleado la lectura corporal transcurre por lo común de modo pre-reflexivo como verdadero fundamento de nuestro comportamiento adaptativo en las situaciones interpersonales que enfrentamos en nuestro mundo de vida. Por lo tanto, la lectura corporal recíproca es un proceso central en el nivel pre-reflexivo de la interacción humana que posibilita la comprensión de acciones y, con ello, también la aproximación empática a la comprensión de la experiencia de otro sujeto. Desde una perspectiva vinculada al desarrollo, puede afirmarse que recién después del ejercicio no consciente repetido de esta capacidad en los primeros años de vida el niño puede empezar a utilizarla también de manera explícita y deliberada en ciertas interacciones y, aún así, también entonces sólo excepcionalmente en situaciones relacionales cotidianas. En esta contribución, de nuevo prefiero hablar más ampliamente sólo de *lectura corporal recíproca* para volver a aprehender un continuo experiencial que se mueve entre una reflexión intencional y un razonamiento consciente sobre la experiencia subjetiva de un otro en base a percepciones de expresiones corporales por un lado y, por otro, el procesamiento no consciente de señales no-verbales percibidas y una reacción más bien automática.

Como se sabe, Fonagy ha introducido la noción de *mentalización* para describir fenómenos que se asemejan a aquellos recién esbozados. Entre otras cosas, ha definido la mentalización como “lectura de la mente” (Allen, Fonagy y Bateman, 2008; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). En parte, la formulación del concepto de una lectura corporal recíproca es un intento de clarificar que la concepción de la mentalización como “lectura de la mente” –una idea usada para describir la capacidad del individuo de leer los estados psicológicos internos de un otro que subyacen a sus conductas perceptibles– puede caracterizarse en términos más exactos

como “lectura del cuerpo”. Dicho de otro modo, esto quiere decir que en realidad leemos la mente del otro de forma primaria –esto es, en la experiencia vivida– a través de la percepción, procesamiento y comprensión pre-reflexivos de señales no-verbales expresivas que pueden ser tanto muy sutiles como muy evidentes. Más allá, me parece que el concepto de mentalización hace referencia a una habilidad psicológica individual y, con ello, malinterpreta “todo [en este contexto, las acciones] como expresión de algo interior en vez de visualizar el fenómeno del cuerpo vivido en la vinculación con otros” (Heidegger, 2006 [1987], p. 118). La idea de la lectura corporal recíproca busca, en cambio, tomarse en serio y traducir en concreto la necesidad de contextualizar la experiencia subjetiva postulada por la teoría psicoanalítica de los sistemas intersubjetivos. En consecuencia, desde un punto de vista que parte de una influencia mutua encarnada que tiene lugar en un sistema intersubjetivo encarnado, la lectura corporal necesariamente tiene que ser concebida como fenómeno recíproco. Tanto en el desarrollo temprano como en la interacción psicoterapéutica el niño y la figura de apego o el paciente y el terapeuta leen de modo continuo el cuerpo expresivo del otro, mientras que, al mismo tiempo, son influenciados de manera consciente y no consciente por la expresión no-verbal del otro, para regular su participación en el intercambio afectivo y también para influenciar al otro con intención o sin ella en base a su comprensión pre-reflexiva y a veces reflexiva de las acciones del otro.

¿El cuerpo de quién es efectivamente leído en la lectura corporal recíproca? Merleau-Ponty (1945) formuló hace ya más de 60 años una respuesta profunda que sigue vigente. Siguiendo la fenomenología de Merleau-Ponty, la percepción de un objeto externo y la percepción del propio cuerpo son dos aspectos de un único proceso inseparable. Esto significa que la aprehensión de significados y experiencias que son expresadas por parte de otro sujeto encarnado no sólo presupone la percepción y el procesamiento de las formas corporales de expresión del otro, sino además la percepción y el procesamiento de aquello que la percepción del otro cuerpo genera en nuestro propio cuerpo. Leer al otro significa, al mismo tiempo, aprendernos a nosotros mismos porque en parte la comprensión del otro significa comprender al otro a través de nosotros mismos. En otras palabras, esto quiere decir que al menos en cierta medida recurrimos a nuestra propia experiencia con la finalidad de interpretar y captar la experiencia de otro sujeto. Esto ocurre principalmente de modo pre-reflexivo no consciente y es probable que sólo fracciones de este proceso pueden volverse conscientes –una

circunstancia que no torna menos deseable o menos útil una ampliación de la conciencia del psicoterapeuta respecto de su propia experiencia corporal en el contexto clínico como medio de profundización en la comprensión de la experiencia del paciente. Lo que he dicho implica que en la lectura corporal recíproca el cuerpo del terapeuta se lee a sí mismo y lee el cuerpo del paciente, mientras que al mismo tiempo el cuerpo del paciente se lee a sí mismo y lee el cuerpo del terapeuta.

DE LA SUGESTIÓN A LA INFLUENCIA MUTUA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Frente al trasfondo de mis iniciales comentarios críticos respecto del concepto de sugestión como noción arraigada en un paradigma de la mente aislada, en la sección anterior de esta contribución se ha intentado delinear una alternativa relacional al concepto de sugestión en el psicoanálisis clásico. Tal alternativa se apoya en un paradigma fundamental de la subjetividad y de la intersubjetividad encarnadas y concibe, en ese sentido, los procesos y fenómenos desde una perspectiva que unifica cuerpo y mente. Desde tal punto de vista, se ha descrito la noción de un sistema intersubjetivo encarnado, esbozado algunas de sus fuentes, especificado una de las características principales de los sistemas intersubjetivo encarnados, la influencia mutua encarnada, y aducido resultados de varios campos contemporáneos de investigación que apuntan en direcciones muy similares. Más allá, hemos propuesto que la influencia mutua encarnada está basada en procesos de lectura corporal recíproca, en los cuales en toda interacción –incluidos el intercambio afectivo de niño y figura de apego y de paciente y terapeuta– quienes interactúan continuamente y en general pre-reflexiva o implícitamente perciben, interpretan y comprenden la expresión corporal-emocional-intencional del otro para poder a continuación reaccionar y actuar en la situación interpersonal siguiendo tal comprensión.

Para ir concluyendo, me gustaría aun referirme a algunas implicancias que mis consideraciones pueden tener para la práctica clínica. En vez de estar caracterizada por la sugestión, que da cuenta de procesos interpersonales que tienen un punto de inicio y de término, desde el punto de vista de una subjetividad e intersubjetividad encarnadas, la situación psicoterapéutica está definida por una influencia mutua encarnada constante. Esta circunstancia modifica fundamentalmente la posición del psicoterapeuta y, por ende, una de las interrogantes tradicionales más relevantes. Si la participación personal del terapeuta es inevitable y no es realmente controlable o delimitable, la interrogante ya

no puede ser cómo se puede llevar a cabo la evitación del ejercicio de la influencia. Mitchell (1997) ha descrito con claridad una interrogante congruente con la idea de influencia mutua. La prepara de la siguiente manera:

Si la conciencia del analista como persona se suprime, su participación en el proceso analítico no puede con ello ser neutralizada, sino sólo empujada al subterráneo. [...] Sólo podemos escoger entre diferentes formas de participación así como entre sus correspondientes formas de toma de conciencia basada en la interpretación y de experiencia emocional que posibilitan. [...] El analista necesariamente tiene una profunda influencia en el paciente –y ésa también es su meta– porque intenta despertar el interés de este último en las ventajas de una determinada forma de vida (a saber, la suya). [...] La influencia del analista es necesaria –ya que sólo con su ayuda el paciente puede alcanzar la meta visualizada (pp. 30-45).

Después de esta preparación, Mitchell pregunta: “¿Qué esfuerzos y qué metas generan las mejores formas de influencia específicamente psicoanalítica?” (p. 220).

La interrogante de Mitchell es, por supuesto, difícil de responder de manera unívoca y esa tampoco es mi intención en este contexto. De todos modos, las “mejores” formas de influencia analítica no pueden, en mi opinión, ser estandarizadas en términos técnicos debido a que el contexto relacional específico de cada sistema paciente-terapeuta invariablemente exhibe singularidades que requieren y justifican formas únicas de proceder (véase Orange, Atwood y Stolorow, 1997). Según Bacal y Carlton (2011), a cada sistema intersubjetivo terapéutico le es inherente una especificidad irreductible que tiene que sostener una responsividad terapéuticamente óptima para posibilitar desarrollo emocional y cambio. La influencia mutua significa, después de todo, que también la psicología personal del psicoterapeuta está presente de manera insoslayable en la situación terapéutica y que contribuye a conferirle a ésta una forma determinada. Así, la concepción presentada en este artículo hace emerger un significativo desafío del trabajo psicoterapéutico: analizar quiere decir aquí, al menos en parte, reconocer, comprender e interpretar procesos de influencia mutua encarnada, lo que al mismo tiempo siempre significa volver conscientes tanto como sea posible las contribuciones personales del terapeuta a esos mismos procesos. Ésta es una tarea profunda que nunca termina y que, de parte del terapeuta, requiere numerosos esfuerzos.

No obstante, lo que he dicho hasta aquí vale para todos los modelos clínicos relacionales que colocan la influencia mutua en el centro de la psicoterapia. ¿Qué diferencia introduce un modelo *encarnado* de influencia mutua? Pienso que esta interrogante fundamental se encuentra recién en el inicio de sus posibilidades de respuesta. Las aproximaciones relacionales a la dimensión implícita o no-verbal se encuentran recién en sus comienzos y a menudo apenas trascienden las afirmaciones generales y las generalizaciones gruesas: “El diálogo corporal es importante”, “Gran parte del cambio en la terapia analítica pasa por la dimensión implícita”, etc. Hasta la fecha, no existen líneas directrices o principios al menos relativamente sistematizados que pudieran ofrecer una orientación desde una perspectiva relacional a los psicoterapeutas. Tampoco disponemos hasta ahora de un modelo realmente útil capaz de explicar cómo, en cuanto terapeuta, se puede hacer un uso clínico constructivo de la conciencia de las propias sensaciones corporales o movimientos corporales. Tal vez también sea una utopía pensar que algo de ese tipo resulte en realidad factible. Como sea, en este sentido no nos debiera sorprender que teóricos relacionales importantes como Schore (2012) han comenzado a hablar sobre la relevancia de la intuición del psicoterapeuta o lo que también podríamos denominar conocimiento clínico implícito.

Deseo todavía hacer referencia a un aspecto fundamental de la problemática esbozada. Un modelo encarnado de la influencia mutua necesariamente se refiere a la atención del terapeuta y su foco en la situación psicoterapéutica. Si se parte de la base de que la influencia mutua en gran medida transcurre mediante la comunicación no-verbal, la atención del terapeuta tiene que ser entrenada para mantener presentes de modo continuo los medios corporales principales de tal comunicación, es decir, por un lado expresión facial, respiración, voz, gestos, movimientos y acciones y, por otro lado, las propias sensaciones corporales en su amplia diversidad. Sólo una atención de esta naturaleza, que de ningún modo puede ser simplemente dada por supuesto sino que necesita ser entrenada, puede proporcionar las informaciones que resultan necesarias para reflexionar sobre la influencia mutua encarnada y, eventualmente, para aprehender y entender su forma específica en un sistema intersubjetivo terapéutico dado. Hace ya varios años Schore (2003b) la definió como atención del cerebro derecho abierta, más bien emocional y orientada al cuerpo. Me imagino que el desarrollo progresivo de tal atención nos puede acercar posibilidades nuevas y creativas de manejar la influencia mutua encarnada en un sistema intersubje-

tivo encarnado. Con todo, para pasar de la sugestión a la influencia mutua en la práctica clínica hace falta un periodo de transición.

REFERENCIAS

1. Allen J, Fonagy P & Bateman A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington: American Psychiatric Publishing
2. Aron L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. New Jersey: Analytic Press
3. Aron L. (1998). The clinical body and the reflexive mind. In L. Aron & F. Sommer Andersen (Eds.), *Relational Perspectives on the Body* (pp. 3-37). New Jersey: The Analytic Press
4. Bacal H. & Carlton L. (2011). *The Power of Specificity in Psychotherapy: When Therapy Works –and When it Doesn't*. Maryland: Jason Aronson
5. BCPSG (Boston Change Process Study Group) (2002). Explaining the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis* 8, 1051-1062
6. BCPSG (Boston Change Process Study Group) (2005). The “something more” than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (3), 693-729
7. BCPSG (Boston Change Process Study Group) (2007). The foundational level of psychodynamic meaning: Implicit process in relation to conflict, defense, and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis* 8, 1-16
8. BCPSG (Boston Change Process Study Group) (2008). Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and reflective-verbal domains. *Psychoanalytic Dialogues* 1, 125-148
9. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D. (2005). *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. New York: Other Press
10. Beebe B, Lachmann F. (2002). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Stuttgart: Klett-Cotta
11. Bernstein R. (1983). *Beyond Objectivism and Relativism*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
12. Breuer J, Freud S. (1895 [1991]). *Studien über Hysterie*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag
13. Etkin A, Pittenger C, Polan H, Kandel E. (2005). Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 17 (2), 145-158
14. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press
15. Freud S. (1888). Preface to the translation of Bernheim's Suggestion. *Standard Edition*, 1
16. Freud S. (1919). *Wege der psychoanalytischen Therapie*. In S. Freud, *Gesammelte Werke* (Bd. 12) (S. 181-194). Frankfurt am Main: Fischer
17. Gallese V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis of social identification. *Psychoanalytic Dialogues* 1, 519-536
18. Gallese V. (2011). Neuroscience and phenomenology. *Phenomenology & Mind*, 1, 33-48
19. Heidegger M. (2006 [1987]). *Zolliker Seminare* (Ed. Medard Boss). Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann
20. Hoffman I. (2009). Therapeutic passion in the countertransference. *Psychoanalytic Dialogues* 1, 617-637

21. Husserl E. (1986). *Phänomenologie der Lebenswelt: Ausgewählte Texte II*. Stuttgart: Reclam
22. Jaenicke C. (2011). *Change in Psychoanalysis: An Analyst's Reflections on the Therapeutic Relationship*. New York: Routledge
23. Linden D. (2006). How psychotherapy changes the brain –The contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry* 1, 528-538
24. Lyons-Ruth K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. In L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion (Vol. 2)* (pp. 311-349). New Jersey: Analytic Press
25. Meltzoff A. (2002). Imitation as a mechanism of social cognition: Origins of empathy, theory of mind, and the representation of action. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell Handbook of Childhood Cognitive Development* (pp. 6-25). Oxford: Blackwell
26. Merleau-Ponty M. (1945). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge
27. Mitchell S. (1997). Psychoanalyse als Dialog: Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung. Giessen: Psychosozial-Verlag
28. Orange D. (2011). Speaking the unspeakable: "The implicit", traumatic living memory, and the dialogue of metaphors. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 6, 187-206
29. Orange D, Atwood G, Stolorow R. (1997). Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel
30. Raz A. & Wolfson J. (2010). From dynamic lesions to brain imaging of behavioral lesions: Alloying the gold of psychoanalysis with the copper of suggestion. *Neuropsychanalysis*, 12 (1), 5-18
31. Renik O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. En S. Mitchell & L. Aron (Eds.), *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition* (pp. 407-424). New Jersey: Analytic Press
32. Sassenfeld A. (2008). Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4 (1), 83-92
33. Sassenfeld A. (2010). Körpersprache und relationale Intentionalität. *Psychoanalyse und Körper*, 9 (2), 71-89
34. Schore A. (2003a). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: W. W. Norton
35. Schore A. (2003b). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: W. W. Norton
36. Schore A. (2005). A neuropsychanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15 (6), 829-854
37. Schore A. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 2, 75-100
38. Schore A. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York: W. W. Norton
39. Stern DB. (2010). *Partners in Thought: Working with Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*. New York: Routledge
40. Stern DN, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, Bruschiweiler-Stern N, Tronick E. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 7, 903-921
41. Stolorow R, Atwood G. (1992). *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. New Jersey: Analytic Press
42. Stolorow R, Atwood G, Orange D. (2002). *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*. New York: Basic Books
43. Stolorow R, Brandchaft B, Atwood G. (1987). *Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz*. Frankfurt am Main: Fischer
44. Teicholz J. (2007). Eine unerwartete Annäherung: Postmoderne Theorie, Säuglingsforschung und das psychoanalytische Unbewusste. *Selbstpsychologie: Europäische Zeitschrift für psychoanalytische Therapie und Forschung*, 29/30, 263-285

PSICOPATOLOGÍA

EL DESCONCERTANTE HABLAR POÉTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

(Rev GPU 2012; 8; 3: 322-325)

Sergio Peña y Lillo¹

INTRODUCCIÓN

Un Fenómeno fascinante y enigmático es lo que podría llamarse el “hablar poético” de la esquizofrenia. En efecto, en algunas formas crónicas de esta enfermedad se observa un extraordinario síntoma que se denomina *Distorsión metonímica* y que consiste en que los enfermos –aunque parezca increíble– hablan espontáneamente en un lenguaje simbólico y metafórico. Así, como ejemplo, transcribiremos parte de una entrevista a una conocida enferma del Hospital Psiquiátrico, de 78 años, que se llamaba Virginia T.

LA ENTREVISTA

La entrevista fue gravada en 1981, cuando esta excepcional esquizofrénica ya mostraba cierto deterioro psíquico que había empobrecido sus increíbles y riquísimas metonimias, como si su locura misma, junto con ella, hubiese ido envejeciendo.

Al comienzo de la entrevista –estando aún en silencio– hace extraños gestos con su mano derecha que levanta en un movimiento de vaivén como si atornillara y desatornillara al mismo tiempo un ampolleta (estos movimientos se denominan estereotipias motoras).

P: ¿Qué es lo que está haciendo?

R: *Sostengo una casa y me caliento las manos. Muchos creen que toco arpa, violín, violonchelo.*

P: ¿Se acuerda de mí?

R: *Mirándolo, lo bosquejo, tanta gente que entra y sale se confunde un rostro con otro.*

P: ¿Ud. fuma?

R: *Dos cigarros registro, señor.*

P: ¿Escucha voces?

R: *No señor, pero tengo visión de los objetos.*

P: ¿Cómo se llama?

R: *Virginia T... cubre nombre y apellidos; Fontainebleau, Casteló; así que no se pueden nombrar los verdaderos nombres y apellidos. Soy Virginia T. Estoy clasificada con ese nombre aquí en el departamento.*

P: ¿Qué edad tiene?

R: *Veinticinco años; quince, veinte, veinticinco.*

(Se le dice la edad real de setenta y ocho años: ríe y responde)

No puede ser señor y repite: quince, veinte, veinticinco años.

P: ¿Es usted casada?

¹ Profesor Titular Psiquiatría Universidad de Chile.

R: Soy niña soltera, pero tengo pequeños enredos de noviazo y pololeo.

P: ¿Tienes hijos?

R: No señor. Es muy doloroso tener hijos... los órganos vitales...

P: ¿Ud. hablaba de otra señorita llamada Virginia T....?

R: Hay muchas virginias producidas por señores caballeros. En mi bosquejo una Virginia T... con la cual me cubro los nombres y apellidos de bautismo.

Armando Roa cita el siguiente trozo textual de la misma enferma cuando ésta era más joven (1959): *Porque se volvió loca una niñita que tenía a su cargo las puestas de sol, noches de luna; se volvió loca, se cayó al suelo, enviaron a los revisores del club de damas aquí, enviaron a una serie de señores a sostener. En el conjunto de número de damas he venido yo, que estoy bajo techo en mi departamento habitación, palacio, clausura, papel, palacio vitraux, jardín. Una niñita Virginia T. se cayó al suelo, le sacaron el cerebro y tenemos terror de que le pongan cortinajes de hidrofobia...*².

El caso de esta increíble enferma interesó a diversos poetas nacionales, entre ellos Huidobro, Anguita e Ibáñez Langlois, que transcribió en un artículo (*El Mercurio*, 25 de marzo de 1973) trozos de su diálogo. Así, por ejemplo, a propósito del Departamento (patio) donde se encontraba, dice:

...arquitectos extranjeros... europeos... las monjas de Cluny son las que saben de dónde salió este patio. Y continúa: Hay mucho tráfico de europeos aquí, muchos insanos europeos vienen a restablecer su salud. También ellos ayudan a extender el chilenismo interno de las naciones... ciudades, países. Con respecto a su nacimiento, responde: *fui producida de tamaño natural, me hicieron por hipnotismo espontáneamente.* Con respecto a si es religiosa, contesta: *Sí, señor, yo rezo. Pero soy más partidaria del Pan y del vino y la hostia consagrada que es el Creador del mundo.* Y agrega, refiriéndose a la Virgen: *De buen aspecto y alta clase social: ... son habitantes de Jerusalem, Efeso; ... al hablar de sí misma dice: Soy noble, tengo título, están guardados.* Y entre sus antepasados, enumera: *Reyes, reinas, nuncios, papas, cardenales, obispos, arzobispos, ministros, potestades, duques; soy una persona particular.* A propósito de los papas, agrega: *Con Pio XI he tenido más trato que con los otros. Él, a veces, ha venido a mi escritorio. Nos hemos entendido con palabras espirituosas.* Finalmente, sobre la Iglesia,

opina: El culto está decaído, también tantos años... qué cansancio no experimentarán los sacerdotes de decir tanta misa. Con respecto a la creación del mundo, dice: *los hombres los produce un creador, quién sabe con qué esfuerzo. Los hombres son buenos. Hay zurdos, cojos, ciegos, pero en general son todos muy perfectos.* Y sobre el otro mundo: *Parece que es un mundo enteramente distinto; no lo podemos imaginar. Lirio morado... muy oscuro... hay hospitales donde cuidan los que se mueren. Lleno de miedo y de terror. Hay puestas de sol y noches de luna a través de los lirios morados. Los lirios blancos hacen más linda la vida.*

Todas estas metáforas, metonimias y enumeraciones son dichas en un tono musical típico e indescriptible y con ese vigor de todo lo auténtico, y –lo más extraordinario– sin ninguna conciencia de lo extraño y singular de su lenguaje, que no diferencian en ningún momento del hablar normal.

Estos enfermos esquizofrénicos, que evolucionan fatalmente a la cronicidad, muestran –desde un comienzo– este peculiar trastorno en la estructura formal del habla que, desde los estudios clásicos de Kraepelin y E. Bleuler se conoce con el nombre de “distorsión metonímica”. Se trata de una enigmática desestructuración del proceso mismo del pensamiento que –con independencia de los contenidos normales o delirantes que el enfermo comunique– se refleja en un lenguaje críptico, por la pérdida de la *vertebración lógica* del pensamiento y por la aparición, sobre este fondo laxo del habla, de numerosas metonimias que le dan a la expresión verbal de estos pacientes una insólita belleza poética.

No conozco estadísticas sobre su frecuencia relativa, pero tengo la impresión, por mi propia experiencia en el Hospital Psiquiátrico de Santiago, que ésta no es mayor a un 5% de los esquizofrénicos crónicos, al menos en la forma de “disgregación poética” a la que estamos aludiendo, ya que otras perturbaciones anormales del lenguaje, como el uso injustificado de neologismos, giros extraños o para-lógicos y frases sin sentido, son mucho más frecuentes, pudiendo tal vez decirse que alguna alteración formal del lenguaje y del pensamiento existe prácticamente en todos los casos de esquizofrenia.

El concepto de *alteración formal del lenguaje* se refiere al compromiso de la estructuración lógica y gramatical del habla, con independencia de las ideas que se expresan que –cuando son psicóticas– corresponden a las llamadas *alteraciones del contenido del pensamiento* (alucinaciones, autorreferencias, juicios delirantes, etc.). En el discurso de los enfermos alienados es muy importante establecer esta distinción, ya que los “contenidos psicóticos” pueden darse en numerosos

² Roa, Armando, *Psiquiatría*. Ed. Andrés Bello, Chile 1959.

y variados trastornos psíquicos (síndrome paranoico, estado confusional, episodio sensitivo-delirantes, etc.), mientras que la disgregación verbal sólo se observa en la Esquizofrenia.

Se distinguen clásicamente cuatro formas de esquizofrenia: Simple, Hebefrénica, Paranoide y Catatónica. Las dos primeras rara vez tienen alucinaciones o delirios, y en ellas el único trastorno, o al menos el principal, es el apragmatismo. La forma paranoide –la más clásica– tiene la sintomatología completa y la catatónica se caracteriza por el predominio de los trastornos de la psicomotilidad (estupor o agitaciones, movimientos estereotipados, mantención de posiciones extravagantes, etc.). Todos estos tipos pueden evolucionar hacia la cronicidad pero –a nuestro juicio– existiría una quinta forma –siempre de evolución crónica– que sería la *Metonímica Disgregada*, en la que aparece –precisamente– el lenguaje metonímico-poético, desde la iniciación de la enfermedad, junto a un amaneramiento catatónico.

Los trastornos formales del lenguaje y del pensamiento –en general– son comunes en todos los tipos de esquizofrenia, pero por razones que se desconocen, la mayoría de las veces estos enfermos sólo tienen un pensamiento laxo y falto de rigor lógico, y en muy pocos casos aparece el fascinante fenómeno del “hablar metonímico-poético”. Algunos han pensado que correspondería a un particular “refinamiento” de estos enfermos, basándose en que el síntoma habitualmente coincide con gestos y conductas bizarras y extravagantes (Jung). No obstante, el trastorno es absolutamente inadvertido por el propio enfermo, que no se percata de su insólito y diferente modo de comunicarse. Mal podría hablarse, entonces, de una búsqueda consciente de belleza o de elegancia. En todo caso –de ser efectiva esta intencionalidad– persiste el misterioso origen de un lenguaje espontáneamente metafórico, que ningún poeta podría tener con la misma fluidez y facilidad, manteniendo una conversación metonímica permanente. Del mismo modo, es imposible imitarlo y –al tratar el síntoma en clases– es necesario, si no está presente un enfermo, llevar ejemplos escritos, debido a la incapacidad de las personas normales para improvisarlo.

Ahora, volviendo a la disgregación del lenguaje, ésta configura un síndrome cuyo elemento central –como hemos dicho– es la *laxitud asociativa*, que consiste en una relajación de los vínculos lógicos del pensamiento, que hace del hablar esquizofrénico un discurso vago y nebuloso y –en casos extremos– un lenguaje de franca incoherencia (“ensalada de palabras”). Sobre este fondo de fragmentación de lo anímico aparecen diversos fenómenos agregados: *estereotipias*

verbales (repetición de palabras sin sentido para el contexto); *neologismos* (vocablos inexistentes, formados por condensación de palabras comunes o simples deformaciones rítmicas) y lo más curioso e interesante, la *distorsión metonímica*, que consiste en el empleo de vocablos habituales, con una significación distinta pero aproximada. Es este “hablar metonímico” –que sólo se observa en algunos enfermos– y que utiliza por lo general palabras solemnes y bizarras, lo que da al lenguaje de estos esquizofrénicos crónicos su carácter poético. Ejemplos de este fenómeno son decir *espacio* por *pieza* (“almorcé en otro espacio”); decir *dignidad* por *elegancia* (“la dignidad de sus ropas”); decir *vacuna* por *relación sexual* (“hasta que ocurra la sagrada vacunación”); decir *encapsulada* por *limitada* (“estoy encapsulada por el invierno”), etc.

En ocasiones se observan series de metonimias entrelazadas, como en el caso de otra enferma internada de por vida en el Hospital Psiquiátrico, que se refería a la duración de su estado de reclusa en los siguientes términos: *Hasta que llegue el tiempo de un oficio con recurso dependeré de la caridad del gobierno*. Y otra aludía a lo largo del diálogo sostenido, diciendo: *El interrogador de blanco se ha estado paseando en figuras de lenguaje*. Como puede observarse, el lenguaje y la expresión son bizarras, pero no incoherentes y se puede comprender su contenido de información. Incluso repiten las mismas metonimias y neologismos con idéntico significado, lo que permite elaborar –en cada paciente– algo así como un verdadero “vocabulario propio”.

Con frecuencia, como señalamos, las metonimias se asocian con el llamado *amaneramiento*, que consiste en que el enfermo adopta actitudes y posturas afectadas y escénicas (como caminar de lado o en la punta de los pies) o utilice –sin sentido en el contexto– palabras extranjeras, vocablos inusuales y entonaciones de ritmo musical. Es este conjunto de metonimias y amaneramiento extravagante lo que hace que el lenguaje de estos enfermos evoque connotaciones de un simbolismo hermético y de una misteriosa belleza. Pero lo más curioso es que este modo de hablar insólito, que es inadvertido por el enfermo, surge de un modo fácil, espontáneo y vigoroso, y es por eso que los convierte en seres sorprendentes y enigmáticos.

Hace años efectuamos un experimento con dos enfermas disgregadas y de un lenguaje ricamente metonímico, utilizando giros verbales de ambas para estudiar la mutua comprensión. Dieron explicaciones vagas pero que aludían aproximadamente al sentido. Y lo más interesante es que ambas –que no se conocían por estar hospitalizadas en sectores diferentes– no encontraron extraño su mutuo lenguaje, lo que indica

que no sólo no diferenciaban su hablar metonímico del normal (por ejemplo el del médico), sino que tampoco percibían la distorsión lingüística de la otra enferma.

Ahora, tal como ocurre en el genuino arte, las metáforas y metonimias, por su amplitud connotativa, producen una suerte de fascinación y de asombro que nos cautiva. Esto lleva a preguntarse: ¿Son las metonimias esquizofrénicas verdadera poesía? ¿Dónde está lo esencial de lo poético: en la intención del autor o en la sensación evocada en el que escucha?

Por otra parte, si el lenguaje disgregado de los esquizofrénicos es bello, ¿cómo se compagina con la idea tradicional de que la belleza siempre implica la normalidad y la armonía? (Pitágoras). ¿Cómo la distorsión del habla –un síntoma patológico– puede producir un sentimiento estético? Pensamos que la respuesta de esta interrogante podría estar en el hecho de que el “hablar metonímico” de estos enfermos psicóticos no es el producto de una “desintegración” primaria del pensamiento y del lenguaje, sino de *otro modo de funcionamiento mental*, como sería, por ejemplo, regresión a un nivel arquetípico existente en la estratificación de todo psiquismo humano.

Creemos, además, que la armonía no puede definirse desde una fórmula ni de una exacta relación numérica, sino desde el placer de los sentidos y que –por lo mismo– no está en “las cosas” de la naturaleza, sino en el psiquismo del hombre que las percibe. Sólo el “placer del alma” da la certeza intuitiva de percibir lo bello y es el último fundamento de la estética. Así sería algo inefable e indefinible que –más allá de toda norma de la conciencia– sólo es posible en la intuición más profunda del propio ser, de donde surge el carácter luminoso tanto de la belleza como de la experiencia mística y su poder de ahondar el conocimiento de las cosas. No existe, en realidad –a nuestro juicio– una frontera decisiva y nítida entre la fascinación de lo poético y lo religioso, siendo todo el arte –en este sentido– sólo un preguiso de la trascendencia sagrada.

Ahora, pensamos que lo esencial de lo poético estaría en el ritmo íntimo del lenguaje y en sus connotaciones metafóricas; y que todo el arte es, en el fondo, poesía. Aun la propia vida del hombre puede

ser “denotativa” o “connotativa”. Es por eso que puede hablarse –literalmente– de vidas “poéticas” y de vidas “en prosa”. Las primeras nos asombran y no terminamos jamás de comprenderlas; no son existencias caprichosas, pero sí impredecibles por la variedad y riqueza de sus potencialidades. Aluden, como cualquier metáfora, a una *densidad* de vida que no logramos precisar.

El esquizofrénico –particularmente el crónico– en este sentido, es un enfermo esencialmente poético, ya que es su propio mundo alienado el que aparece como una metáfora vaga y equívoca. No los comprendemos y quedamos atónitos ante sus extravagancias y sus ideas, que oscilan entre el absurdo y el misterio; entre lo concreto y lo metafísico; del mismo modo, puede decirse que la conducta de los esquizofrénicos crónicos con distorsión metonímica tiene algo así como un “ritmo interior” y una “cadencia propia”. Es efectivo que también su comportamiento tiende a ser estereotipado y geométrico. Pero este “esquematismo conductual” no pierde jamás la connotación de lo bizarro y de lo desconcertante. El arte mismo, por lo demás, tiene también su particular *geometría* y es, al mismo tiempo, espontaneidad y estilo; inspiración y forma típica; intuición y matemática.

La alienación mental esquizofrénica es –en sí misma– con sus extraños delirios y su mundo alucinado, es una creación, sólo que al margen de la legitimidad racional. No así, en cambio, las psicosis confusas y los deterioros orgánicos del cerebro que sólo producen limitaciones y demencia, y que jamás nos evocan esa perplejidad y ese fascinante encanto que experimentamos ante los enfermos esquizofrénicos crónicos. Ahora, frente a los casos –metonímicos y amanerados– que constituyen posiblemente, como hemos dicho, una quinta forma de esquizofrenia de evolución inevitablemente crónica, se experimenta el asombro de estar frente a seres sorprendentes y barrocos, y aceptemos o no la legitimidad de su hablar poético, tendremos que reconocer –al menos– la belleza de su lenguaje mórbido, y si no somos capaces de cuestionarnos los fundamentos de lo estético deberíamos reconocer que experimentamos ante ellos esa perplejidad que evoca lo fantástico; es decir, la certeza de lo absurdo y la realidad de lo imposible.

PSICOPATOLOGÍA

OBSERVACIONES SOBRE EL DELIRIO EN LA PSICOSIS

(Rev GPU 2012; 8; 3: 326-330)

Diego Blanco¹

Esta presentación es una reflexión clínica-teórica sobre el delirio en la psicosis a partir de un trabajo con pacientes en un Hospital Psiquiátrico. Por medio de lo anterior, y apoyado en los estudios de Freud, veremos que en el delirio se encuentran las coordenadas para un posible trabajo con la psicosis y un lazo que permita restablecerse en lo social; junto a ello, veremos la necesidad de problematizar el estatuto de la ética que implica, finalmente, escuchar a un paciente que nos ofrece un lenguaje distinto el cual trae la marca de la singularidad de su historia.

INTRODUCCIÓN

"No se convierte en loco quien quiere"
Jacques Lacan

Plantear una observación sobre el delirio implica dar cuenta sobre un modo de relación al lenguaje, un modo que frente a la caída del sentido para otro fue canonizado bajo la palabra *delirio*. Se trata de un *proceso* que rememora el momento de aquella irrupción y desate de la palabra donde se petrificaron ideas que luego se resbalaron de un escenario familiar. Ideas que se apartaron para ser sistematizadas para restituir un lazo a una realidad que le ofreció un panorama definitivamente complejo, y del cual se logró sustituir por medio de una realidad propia. Ello ha sido posible por medio de construcciones –de palabras– delirantes, que aquí las pensaremos a partir de la idea propuesta por Andrea D'Arville como un zurcido, y en la cual añadimos

como un tejido que zurció los agujeros por el cual se otorgó una vestimenta posible para que el deseo de un cuerpo no quedara en el anonimato. Es de esta forma entonces, que nos situamos para pensar el estatuto del delirio en su dimensión al sujeto que lo refiere, dejándose entrever que es por medio de la construcción delirante donde se ha posibilitado un lugar en el mundo en el cual poder alojarse.

Es por lo tanto nuestro interés presentar una reflexión clínica-teórica, que posibilite un espacio para pensar un modo posible entre otros, un trabajo con el delirio; puesto que vemos allí un lugar subjetivo y de recorrido por las huellas de una cura. Para ello comenzaremos introduciendo la palabra *delirio* en un análisis etimológico, para luego proponer en conjunto con viñetas clínicas, una reflexión que permita pensar la dimensión clínica que el delirio ocupa en la estructura del sujeto y su importancia del advenimiento que significó para el sujeto la creación de un imaginario nuevo e incuestionable.

¹ Psicólogo Clínico, Universidad Alberto Hurtado.

DESARROLLO

Las letras que se (re)unieron exigidas por otorgar un nombre del cual aferrarse frente a la caída de un imaginario, han quedado cristalizadas en la palabra delirio. Este término, según el estudio etimológico de Monalau (1944), se ha hecho en primer lugar mediante el prefijo *de*, el cual expresa el movimiento por el cual una cosa sale, parte o se aleja de un punto, y se encamina o se va a otro. De este modo, el prefijo *de* nos lleva a considerar en primer lugar, un punto de partida, en segundo lugar, un punto de llegada o fin del movimiento, y en tercer lugar, el espacio recorrido. De modo que la palabra *de* expresa una relación más íntima entre la cosa y la distancia con ella. Ahora bien, la palabra delirar (*delirare*) concentra la palabra *lirare*, la cual es un antiguo verbo que significa labrar un campo por rayas, abrir surcos. *De-lirare*, por consiguiente es separarse del surco, desviarse, extraviarse; en donde delirar es relativo a desvariar, lo cual refiere a decir o hacer disparates, cosas extravagantes, salirse del surco, de la recta de la razón.

En un primer momento nos parece relevante distinguir, a partir de lo anterior, el carácter del movimiento recorrido en la separación con el surco mientras se labra la tierra, puesto que se ha llevado a una nueva producción y modo de abordar la hendidura en el arado; dicho de otro modo, el sujeto ha optado por extraviarse del discurso consensual. Se trata, por lo tanto, de un nuevo trabajo: consiste en labrar un campo cubriendo los agujeros, un bordado posible que permita una producción nueva a fin de continuar con el trabajo del arado en aquel campo primordial que pudo verse perdido en aquellos surcos.

En segunda instancia, vemos que el lenguaje mismo se vio exigido por inscribir con una palabra, la creación de ideas que se extraviaban de la razón, dejando en evidencia que aquello que desconocemos es preciso otorgarle un nombre para así referirlo y nominarlo como posibilidad humana.

Pues bien, *delirar* – a partir de lo mencionado anteriormente – implica un espacio creado que trae la huella de la separación íntima con una cosa, dejándose mostrar los hilos que se usaron para el tejido de un zurcido que lo alejara del surco. Manifestación de un espacio que trae la marca de la relación a la cosa separada, y por tanto, el trazo a la historia del sujeto.

Podemos afirmar, entonces, que en la definición misma del delirio se presenta al modo de una defensa frente a eso que lo vuelve loco, y que por lo tanto se ha creado a fin de apartarse de *esa Cosa*. Por otro lado, ya lo decía Freud (1923): “el delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde originariamente se

produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior” (p. 157).

Es necesario, entonces, advertir la importancia que el delirio ocupa en la locura, donde ciertamente erradicarlo sería una contraindicación al caso. Dejar de contar un delirio implica, por un lado, dejar de contar una escena y por tanto, suspender una relación a la palabra que había sido convocada para insertarse en el mundo. Una palabra, que en la errancia de la locura, se sitúa en una cultura como una lengua extranjera, como un *lenguaje que lo habla otro/Otro*.

El delirio cuenta un espacio ocurrido de un desencuentro en el campo del Otro, de una desgarradura traumática con la realidad que en algún momento ocurrió, y por lo cual se ha optado por crear una realidad propia donde el lenguaje de la locura es una forma de encontrar un lugar en el mundo. Es decir, el delirio ya no se ubica como un relato de una historia, sino como el espacio que a partir del desencuentro con ella se creó. Dicho al modo que lo propone Roberto Aceituno (2008), “La locura es viaje, errancia, su experiencia puede pensarse más como espacio que como representación o relato. Si el delirio es un relato, se trata de un relato que no cuenta nada, pero que en su materialidad misma hace posible otra memoria de las cosas”. En este sentido, entendemos que un relato implica por definición, volver a traer una historia pasada, tal como lo podríamos entender en el síntoma de la neurosis que trae el retorno de lo reprimido; sin embargo, el delirio de la psicosis no presenta aquel retorno, sino más bien un espacio nuevo. Pensamos, por tanto, que en la materialidad del delirio se han distribuido los pasajes a la historia del sujeto.

Pongamos de ejemplo una situación clínica que nos pueda servir para pensar la dimensión del delirio en su relación con la materialidad. Un paciente atendido en un Hospital Psiquiátrico con el diagnóstico de Esquizo-paranoide escuchaba durante todo el día música por unos audífonos preocupándose que nunca dejaran de sonar, además no solía conversar con nadie y los breves minutos que lo hacía era sólo para fines médicos y administrativos. Al lugar donde manteníamos las sesiones él entraba escuchando música por sus audífonos a un volumen bastante fuerte. Durante las primeras sesiones se sacará sólo un audífono para conversar algo breve conmigo. Todas las preguntas que yo le pueda hacer, me las responderá diciendo que vea la ficha médica pues ahí está su historial. En un momento de la sesión me cuenta sobre la razón de por qué tiene que andar con los audífonos escuchando música: “Tengo hiperacusia, me molestan los ruidos de afuera, las sirenas, alarmas, las micros... me llega a doler la cabeza, soy muy

sensible a los ruidos, desde chico". Hasta ese momento, la música seguía sonando por uno de los audífonos que dejaba caer cuando conversábamos algo breve. *¿Un espacio posible para el otro?* Pues bien, en un momento de la sesión yo le pregunto: "¿Cómo son sus audífonos?", él me contesta: "son de una marca especial, son bien buenos porque tienen un borde que me aísla del ruido de afuera" ¿Y qué escucha por ellos?, le pregunto. Rancheras, dice él. Luego de esta respuesta yo le muestro unos audífonos que andaba trayendo en mi abrigo y le digo: "yo tengo estos otros, son distintos". El paciente me dirá: "Ah, sí, los conozco. Yo me los compré antes pero se echaron a perder luego, cómprese éstos, son mejores". En ese instante, el paciente se saca por primera vez el otro audífono de su oído y me los pasa en mis manos diciendo: "Mire vea... voy a bajar el volumen para poder conversar eso sí". Desde allí en adelante, el paciente cada vez que entraba a las sesiones que mantuvimos, se preocupaba de bajar el volumen a su reproductor de música, y sacándose los dos audífonos comenzaba diciendo: "Ya, ¿de qué vamos a conversar hoy?".

Haber planteado un elemento en común donde pudiéramos dar una continuidad especular a un posible espacio que pudiera alojar palabras, fue posible a partir de la materialidad misma de los audífonos por donde era bordado el tejido del delirio. Un tejido que fue necesario relacionarse con él para pensar un encuentro posible.

En los siguientes encuentros que mantuvimos, el paciente me reiteraba su malestar por los ruidos, por lo cual en una sesión luego de preguntarle cómo eran los ruidos que le molestaban, él me cuenta que desde hace algún tiempo hay un hombre que lo persigue a donde quiera que vaya. "Es un chistoso que anda activando las sirenas, alarmas y se mete en los motores de las micros". Debido a ello ha optado por escuchar todo el día música con unos audífonos para que así no logre escuchar lo que este personaje hace para molestarlo. "Es un chistoso, un ignorante... porque no sabe lo que tengo, se burla de mí, sólo de mí, haciendo sonar sirenas y otras cosas... debe ser homosexual".

Desde aquel instante el tema de las sesiones mantenidas referirá a los ruidos que le ha provocado "el chistoso" en su vida. Sin embargo, unas semanas antes que las sesiones finalizaran, y habiéndose preocupado de ayudarlo a abrirse en una línea especular, donde pudiera ir construyendo un imaginario posible del cual poder referirlo en una posterioridad como una narración suya, me dice: "A raíz de lo irreal viene el ruido... mejor no conversemos de eso". Pues bien, el límite lo puso el paciente en un momento donde haber continuado seguir hablando del ruido hubiera significado

encontrarse con el "ruido original", ruido primordial que lo llevó a elaborar una construcción delirante en una posterioridad sobre la base de lo irreal, ¿de un vacío? Es precisamente entonces, en los límites subjetivos, donde cierto psicoanálisis opera desde una ética, diferenciándose de otros modos de trabajo que operan al modo de una reeducación mediante psicorrespuestas. Por lo tanto, y recogiendo lo enseñado por Roberto Aceituno (2006), es "en el límite de lo que puede ser narrado donde la historicidad del relato se revela como *posibilidad subjetiva*". Abordar una palabra es abordar una ética del sujeto.

De este modo, apelamos a que es por el delirio donde se puede pensar un trabajo con la psicosis, a partir de ese fragmento de verdad que nos resulta incomprendible, tal como lo señalaba Freud (1937), donde "las formaciones delirantes de los enfermos me aparecen como unos equivalentes de las construcciones que nosotros edificamos en los tratamientos analíticos, unos intentos de explicar y de restaurar, (...) el delirio debe su fuerza de convicción a la parte de verdad histórico-vivencial que pone en el lugar de la realidad rechazada" (pp. 269-270).

Podríamos situar, entonces, a las formaciones delirantes, como también al síntoma al modo neurótico, equivalentes a una construcción de un mito, donde la historia ficticia se ha ubicado a fin de hacer frente al fantasma que circula velando un deseo que resulta conflictivo al sujeto en su relación a la cultura. De este modo, el síntoma como una formación del inconsciente que trae el retorno de lo reprimido, pone en cuestión la idea de un equilibrio o normalidad, en la medida en que el sujeto neurótico ha optado por reprimir aquello por lo cual teme que lo vuelva loco, dejando manifestar ese trozo de verdad totalmente desfigurado y entramado por la marca de la represión en un síntoma posible de ser tramitado en la cultura; sin embargo, en la psicosis ese deseo es dicho en su literalidad, sin una censura que obstaculice el deseo del sujeto, es decir, revelación de lo pasional de lo que Freud denominaría como *ello*. Dicho de otro modo, en la psicosis lo pasional es puesto en escena, y en la neurosis, en cambio, se ha optado por disfrazarlo mediante el síntoma que deja asomar los trazos del *ello* en el *yo*.

Se trata, entonces, de pensar al delirio en su relación con el mito y al deseo que es tramitado en él. De este modo, el trabajo posible parte necesariamente por escuchar eso que *ello habla*, donde "el no sentido de lo que se calificará como delirio remite a un *excesivo sentido*, del que no se quiere saber nada" (Mannoni, 1980, p. 162). El delirio trae la palabra precisa que el oyente no quiere escuchar.

Al respecto un paciente derivado con un diagnóstico de Esquizofrenia, reclamaba: “Yo no sé por qué estoy acá si no estoy enfermo. ¡Ustedes no tienen los mismos pensamientos que los míos!”. Si no hay un espacio que aloje a la palabra, ella misma caerá en la locura de no ser recibida en ningún lado, puesto que el paciente nos recuerda que ni el idioma de un lenguaje es condición para que unos se entiendan con otros, y que a su vez *no hay un lenguaje normal*. Dicho al modo por Mannoni (1980): “Lo que el esquizofrénico nos pide no es que le comprendamos, sino que le aceptemos en la diferencia que reivindica” (p. 14).

Si la psicosis nos enseña de un modo más directo que la palabra está inscrita y petrificada en un solo significado del cual aferrarse, expresa además que escuchar el drama que alguien necesita compartir implica escuchar una palabra que es distinta a la propia y que ha sido convocada en un acto creativo del sujeto a fin de resolver una relación al conflicto con el cual se enfrentó; en este sentido Freud (1923) en relación con la psicosis ya señalaba la relación conflictiva entre el yo y el mundo exterior, donde la producción psicótica es edificada “en el sentido de las mociones de deseo del ello, y que el motivo de esta ruptura con el mundo exterior fue una grave frustración (denegación) de un deseo por parte de la realidad, una frustración que pareció insoportable” (pp. 156-157).

Poner en cuestión o contradecir la creación delirante, puede resultar una interpelación a la realidad del sujeto; y esto es lo que me enseñó la clínica con pacientes psicóticos a partir de la radicalidad al lenguaje. Al respecto, con el paciente diagnosticado como Esquizoparanoide antes descrito, un des-encuentro de realidades que hubo en el proceso terapéutico ocurrió un día en el cual lo saludo antes de entrar a la consulta y lo invito a pasar; sin embargo, él me dice: “No, hoy es miércoles, no tenemos sesión estos días”. Mi respuesta, a todas luces desafortunada fue: “No, es martes”. La consecuencia de mi respuesta trajo una irritabilidad repentina en el paciente, expresada por palabras y una postura rígida del cuerpo. Esta situación inicial, que no alcanzó a durar más que algunos segundos, fue suficiente para que el cuerpo quedara rígido frente a la intromisión de una palabra que contradecía una temporalidad propia del paciente. Dicho de otro modo, actuar desde el equívoco de la neurosis y haber intentado corregir el error que yo lo había pensado como tal, me hizo pensar los efectos que puede traer cuando la palabra del otro es negada; en algunos casos hay quienes pueden reclamar y tomar distancia como lo hizo este paciente, sin embargo hay otros que le niegan la palabra y quedan marginados de una realidad que los otros estiman como (im)posible. Es

relevante entonces marcar el estatuto de la lógica del lenguaje, en la dimensión donde el delirio es construido a partir de una trama psíquica que regula la relación al otro, en donde la verdad del lenguaje surge como ser distanciado del otro.

El delirio, por tanto, es para Freud (1923) un intento de curación o de reconstrucción donde el sujeto permite asegurarse el deseo que le fue frustrado por la realidad y sobre lo cual se ha creado un imaginario de palabras que conforma “una realidad nueva, que ya no ofrece el mismo motivo de escándalo que la abandona” (Freud, p. 1924. P 195). Se restablece de esta forma una posibilidad de estar en el mundo mediante la singularidad que trae la palabra y el lugar que ocupa ella en la historia del sujeto; si *ello* logra tener un lugar posible donde ser alojado y puesto en relación a otro, se podrá plantear una posibilidad en que la locura tenga un lazo a lo social y se pueda permitir pensar el sufrimiento del paciente en un espacio donde las palabras no son silenciadas, sino que escuchadas por un cuerpo que al igual como al comienzo de su vida, tomó las palabras que otro le dirigió y que hoy se ubica dispuesto a continuar la escena de aquel tiempo: descubrir al Otro.

No se trata entonces de encontrar sino que de descubrir, es decir, *tener un lugar para el otro* disponible para que éste narre su historia, tal como la figura propuesta por Walter Benjamin (2008) del narrador, quien lo representa como alguien que viene de realizar un viaje y puede contar algo, “como alguien que viene de muy lejos” (p. 61), y pueda hacer de su experiencia, una narración que trae adherida la huella de las palabras que recogió.

CONCLUSIONES

Para ir concluyendo, traigo un comentario que me señaló el paciente del cual referíamos al comienzo de este escrito: “Yo pensé que tenía olvidado todas las cosas que le he dicho... esas cosas no están en la ficha médica, sólo las sabe usted y ahora yo”. Luego añade riendo: ¿No se pondrá celoso el chistoso que yo esté con usted ahora? Haber traído la historia del paciente a un espacio donde se pudiera hacer una construcción alternativa a partir de los fragmentos de su historia trajo como resultado clínico, en primer lugar, el reconocerse en una historia que en ciertos lugares no le resultara persecutoria, y en la cual pudiera reemplazar, a momentos con una sonrisa, un personaje creado a modo de intento de curación respecto de su conflicto con la sexualidad.

Una modalidad de trabajo, que me hizo pensar en un espacio posible –dentro de otros– para trabajar con la locura, y pensar que esas ideas locas que solemos

decir de la psicosis, son palabras que se resisten en algunos casos a ser escuchadas por otro, a ser imaginadas por otro; y por lo tanto ser pensadas en una historia posible de ser. El psicoanálisis opera con una ética, la ética del sujeto del inconsciente, y esto implica abordar al sujeto desde una palabra que le es propia y que se ubica en una lógica atemporal. Siguiendo lo señalado por Aceituno, "el psicoanálisis es un trabajo con el tiempo. Se trata tal vez de una temporalidad que viaje en los decires y en las escrituras del síntoma, que se hace espacio y movimiento en la errancia de la locura y que retorna en sueños que pronto olvidamos. Una temporalidad que tiene lógica de un ir y venir y donde lo real de ese camino no está antes ni después, sino que está en su viaje mismo. El tiempo que trabaja el psicoanálisis es también el tiempo que trabaja con él".

Si retomamos el estudio etimológico inicial del escrito, veremos que, al igual que Aceituno, la importancia que se le otorga al movimiento es central. Es por el movimiento recorrido, donde la materialidad delirante se ubicó en un espacio en un lugar como residencia donde el deseo encontró un imaginario posible a fin de no caer en el agujero.

Es por ello que la importancia del delirio nos resulta central en la clínica con la psicosis, puesto que si vemos que es del surco o agujero del cual el sujeto ha optado por apartarse mediante el zurcido que se ha creado a partir de él, podríamos ubicar a la sintomatología que llamamos positiva, como resultado de un acto donde el sujeto mediante una producción

delirante construyó un narración nueva, en la cual se ubican palabras que fueron convocadas a fin de no caer en el agujero. De este modo, si apartarse de la razón es condición para un acto creativo para no caer enfermo, los delirios serán efectivamente, como lo señalaba Freud, un intento de curación.

Pues bien, si tomamos la enseñanza del paciente esquizofrénico, que exclamaba diciendo que los pensamientos de nosotros son distintos a los suyos, y trabajamos abandonándonos por un momento de lo que creemos saber de nuestra profesión, podremos tal vez pensar una escucha posible al otro.

REFERENCIAS

1. Aceituno R. (2008) *Sobre la memoria de las cosas*. Conferencia leída en el Seminario Internacional "Teatro, Historia, Memoria". Escuela de Teatro Universidad Católica de Chile, Escuela de Teatro de La Memoria, y Escuela de Teatro de la Universidad Mayor. Santiago: Chile
2. Aceituno R. (2006) *Los retornos de Freud*. Santiago: Editorial Palindia
3. Benjamin W. (2008) *El narrador*. Santiago: Ediciones Metales Pesados
4. Freud S. (2008) *Neurosis y Psicosis*. (1923) Obras Completas, Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu
5. Freud S. (2008) *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. (1924) Obras Completas, Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu
6. Freud S. (2008) *Construcciones en el análisis*. (1937) Obras Completas, Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu
7. Mannoni M. (1980) *La teoría como ficción*. Barcelona: Editorial Crítica
8. Monlau P. (1944) *Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*, Segunda Edición. Buenos Aires: Librería El Ateneo

INVESTIGACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE MUJERES DEPRESIVAS CON RIESGO SUICIDA HOSPITALIZADAS EN UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL GENERAL¹

(Rev GPU 2012; 8; 3: 331-335)

Ramón Florenzano², Eny Cataldo³, Catalina Sieverson⁴, Carolina Aspillaga⁵, Sol Pastorino⁶

Este trabajo presenta las características sociodemográficas, clínicas y del riesgo suicida de 91 mujeres hospitalizadas con diagnóstico de trastorno afectivo y suicidalidad en la Unidad de Internación del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador entre mayo de 2010 y agosto de 2011. La edad promedio de la muestra fue de 39,5 años, con 40% de solteras, escolaridad promedio de 12 años, viviendo en familia nuclear o extendida y trabajando fuera (46,2%) o dentro de casa (33,2%). Eran creyentes un 80,1%, y no creyentes un 18,9%. El método más empleado fue la intoxicación medicamentosa, y un porcentaje elevado de los casos usó métodos potencialmente letales (ahorcamiento, lanzamiento al vacío o a objetos móviles), llegando en riesgo vital al hospital un 30%. La intencionalidad de morir se dio en 52,4%. Casi el 80% de los casos tenía intentos previos, y casi un tercio tenía intentos de suicidio de familiares cercanos; un 15,8% lo había logrado. La intensidad de la depresión de acuerdo con los puntajes del cuestionario de Beck era severa en el 43%. Los puntajes de ingreso en el OQ 45.2 tenían un elevado promedio: 110,5 puntos (DS 25,3). Entre las experiencias psicosociales hubo un 72,5% de antecedentes de abuso emocional, 57,1% de abuso sexual, y 42,9% de maltrato físico. La comorbilidad más frecuente del Eje I fue con trastorno ansioso, y en el Eje II con trastorno límite de personalidad.

¹ Presentado en el VII Simposio Internacional de Psicopatología, Clínica Alemana/Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile, septiembre de 2011. Trabajo financiado con un subsidio a la investigación de FONDECYT (Proyecto N° 1100731).

² Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes, Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

³ Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

⁴ Facultad de Psicología Universidad del Desarrollo.

⁵ Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

⁶ Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador.

INTRODUCCIÓN

El riesgo suicida se ha transformado en un tema de creciente importancia en salud pública tanto internacionalmente así como en Chile. La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud chileno lo han colocado en sus objetivos prioritarios, señalando la necesidad de investigar la cambiante epidemiología clínica de los intentos y de la ideación suicida. La OMS señala que cada año más de un millón de personas muere por suicidio, de las cuales dos tercios son hombres.

La ideación suicida es 10 a 15 veces más frecuente: dos tercios de los parasuicidios se presentan en mujeres. La ideación consume tiempo y recurso humano en los servicios primarios y hospitalarios de salud, y es más frecuente que los intentos suicidas completados.

La clasificación de la conducta suicida ha sido un tema debatido en la formulación de los nuevos sistemas clasificatorios. En la versión preparatoria actual del DSM-V se ha planteado la posibilidad de evaluar la suicidalidad como un diagnóstico independiente: hasta el momento es un elemento que aumenta la severidad tanto en cuadros del Eje I como en los el Eje II: tienen un diagnóstico de Eje I muchas veces no tratado, de los cuales un 45-87% corresponden a un trastorno bipolar o un episodio depresivo mayor. Gómez *et al.* han distinguido dentro del concepto amplio de suicidalidad varios subgrupos: los suicidios completados –subconjunto de quienes intentan suicidio–; la ideación suicida, y las conductas de automutilación que no implican necesariamente un propósito letal.

El propósito de esta comunicación es informar acerca de las características sociodemográficas y clínicas de mujeres hospitalizadas por riesgo suicida en un servicio de psiquiatría en un hospital general en Santiago de Chile, y deducir recomendaciones para el manejo de dichos casos en una red de salud mental urbana.

METODOLOGÍA

La población estudiada correspondió a 91 mujeres hospitalizadas entre mayo del 2010 y agosto del 2011 en la Unidad del Internación del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador (SPHDS), que fueron ingresadas por ideación o intento suicida, y en quienes se formuló el diagnóstico de alguna forma de trastorno afectivo, de acuerdo con las definiciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Las pacientes firmaron un formato de consentimiento informado, y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital del Salvador.

Los instrumentos aplicados fueron el formulario BDSF 2.0 utilizado en el SPHDS para registrar las características sociodemográficas y clínicas de los consultantes, el formato SUPREMISS de la OMS (incluye Beck-D), en su versión en español, el Outcome Questionnaire de Lambert en versión validada por De la Parra y Von Bergen, y el sSpace de Jeremy Halstead en versión validada en Chile por Leiva y Armijo.

Los datos fueron digitados en una planilla Excel y analizados con el paquete estadístico SPAW 18.0.

RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes fue de 39,5 años (DS 12,5), como se ve en la Tabla 1. Hubo un porcentaje mayoritario de solteras (40%), seguidas por casadas (31,1%) y luego separadas o divorciadas (16,7%). La escolaridad mayoritaria fue secundaria completa: 12 años de estudios en promedio. Hubo un número no menor con estudios universitarios (24,4%) o técnico profesionales (15,6%). La mayoría de las pacientes trabajaba fuera (46,2%) o dentro del hogar (32,6%). Hubo un 9% de estudiantes. La mayoría de las pacientes vivían con su familia nuclear (66,7%) o extendida (32,8%).

La religiosidad de las pacientes fue estudiada en mayor detalle por ser uno de los objetivos del proyecto financiado por FONDECYT antes aludido, que plantea que la religiosidad o espiritualidad puede ser un factor protector para la suicidalidad. En cuanto a la adscripción religiosa de las pacientes, la Tabla 2 muestra cómo las denominaciones cristianas eran mayoritarias (69,3%), seguidos por los Testigos de Jehová (10,8%). Entre los no creyentes predominaban las que señalaban no pertenecer a ninguna religión (13,8%), seguidas por agnósticas (2,1%) y ateas (2,1%). Respecto a las características de la religiosidad, lo más frecuente fue el recurrir a la oración cuando se está con alguna aflicción (72,1%) y el rezar a diario (52,1%). Las participantes asisten a servicios religiosos en forma mensual o más frecuentemente (30%), y un 29,9% lee diariamente las Escrituras.

La severidad del intento puede apreciarse en las Tablas 3 y 4. El método más empleado fue la intoxicación medicamentosa, con sustancias en general prescritas por los médicos tratantes. Un porcentaje elevado usó métodos potencialmente letales: ahorcamiento, lanzamiento al vacío o a objetos móviles. En un 30% de los casos la paciente llegó en riesgo vital; muchas tomaron precauciones para aislarse y que no hubiera nadie cerca; en cantidades menores (15,4%) escribieron cartas de despedida o tomaron otras medidas en previsión de la muerte; más de la mitad (52,4%) pretendía

morir en ese intento; un porcentaje menor (18,4%) sólo pretendía descansar.

En la Tabla 5 es interesante constatar que 69 pacientes (79,3%) habían intentado suicidarse previamente. Entre los antecedentes familiares, un 15,9% de las pacientes tenía un pariente cercano que se había suicidado, y un 31,8% tenía un pariente que había intentado suicidarse, en ambos casos más frecuentemente uno de los progenitores.

En cuanto a los puntajes en las escalas utilizadas, la Tabla 6 muestra los puntajes de la escala de Beck clasificada de acuerdo con la validación argentina, y la Tabla 7 los puntajes promedio en el cuestionario OQ 45.2.

En cuanto a otros elementos psicosociales, la Tabla 8 muestra la frecuencia con la cual las pacientes se sintieron perseguidas o sufrieron por experiencias traumáticas o violentas. Llama la atención la frecuencia con la cual aparecen la violación sexual, informada por un 52,5% de las mujeres, el abuso emocional, por un 75,1%, y el abuso físico, por un 42,9%

La comorbilidad más frecuente fue con cuadros ansiosos (24%). La mayoría de los cuadros afectivos correspondió a episodios o trastorno depresivo recurrente, con un 20% de diagnósticos de trastorno bipolar. En la mitad de los casos había además un trastorno del Eje II, más frecuentemente trastorno límite (31%), seguido por trastorno histriónico (15%) y otros (4%).

DISCUSIÓN

Los casos acá presentados corresponden a mujeres con trastornos psiquiátricos severos, la mayoría en tratamiento previo en un servicio especializado de psiquiatría. Su riesgo de suicidio es elevado, y probablemente representa un grupo extremo en comparación a los casos vistos en el nivel primario o secundario de atención. Creemos de interés informar acerca de sus características, para comparar con otras casuísticas. En un estudio de Alejandro Gómez (comunicación personal, mayo 2011) de 127 evaluadas por intento de suicidio en el Hospital Barros Luco entre 1988 y 1992 se encontraron resultados semejantes: la presencia de intentos previos aumentaba el riesgo de suicidios completados posteriores, al ser re-evaluadas 113 de ellas en un seguimiento el año 1999. Coincide nuestra casuística con éste y otros estudios al mostrar que los intentos suicidas femeninos se realizan con predominio de intoxicaciones medicamentosas, con intentos previos, con comorbilidad con trastornos ansiosos y adaptativos, así como con trastornos severos de personalidad. El antecedente de abuso físico o sexual es frecuente en la infancia o adolescencia, así como la violencia física.

La religiosidad ha sido considerada un elemento protector relevante en pacientes en riesgo suicida, y este estudio forma parte de una línea de investigación que indaga en las características de su espiritualidad y religiosidad. La adscripción religiosa de la muestra se acerca a la distribución encontrada en la población general chilena, con un porcentaje menor de católicos (52,3% en esta muestra, en comparación a 63% de la población general) y una algo mayor de otros cristianos (18% en esta muestra, con un 15% de la población general), seguidos por Testigos de Jehová (10,2% en comparación a un 4% de otros). Entre los no creyentes predominan los que declaran no tener ninguna religión (13,8%), seguidos por agnósticos (2,3%) y un número similar de ateos (2,3%). Los no creyentes se acercan nuevamente al porcentaje encontrado en la población general (18%).

El recurrir a la conducta suicida puede ligarse a crisis de la vida adulta: en porcentajes importantes los pacientes declaran factores gatillantes de tipo familiar, y laboral. Estos factores deben tomarse en cuenta en el diseño de las intervenciones terapéuticas y preventivas. La tendencia a la repetición de los gestos, y el aumento del riesgo de completar el suicidio en esos casos, otro elemento a considerar en la prevención secundaria del riesgo suicida. La elevada letalidad de muchos métodos, así como la intencionalidad de autoeliminarse en muchos casos, subraya la necesidad de implementar programas preventivos poblacionales enfocados a poblaciones de mayor riesgo. La existencia de tratamientos efectivos tanto para los trastornos afectivos como los trastornos severos de personalidad en la actualidad, enfatiza el hecho de que este problema de salud pública debe ser activamente enfrentado.

A futuro es importante estudiar comparativamente el rol de la religiosidad, sea aumentando el riesgo, sea protegiendo. Es importante hacer análisis de regresión logística y de modelamiento estructural, que permitan estudiar si las diferencias aquí encontradas están ligadas a factores intervinientes (vivir solo y no en pareja, mayor educación, traumatización temprana, y en especial, profundizar en el rol de la espiritualidad y religiosidad. Este estudio confirma otros en la literatura, como los de Dervic *et al.*, que encontró que entre 371 pacientes hospitalizados en Nueva York aquellos sin afiliación religiosa tenían mayor número de intentos de suicidio, más parientes con intentos suicidas. Eran más jóvenes, más educados, y tenían menor contacto con sus familiares, que quienes tenían afiliación religiosa. Esta semejanza de hallazgos nos llevará a profundizar en el seguimiento de estas pacientes, para diseñar intervenciones preventivas relevantes.

TABLAS
Tabla 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE 91 MUJERES DEPRESIVAS HOSPITALIZADAS POR RIESGO SUICIDA

| | Promedio | D Standard |
|---------------------|----------|------------|
| | N | % |
| Edad | 39,5 | 12,5 |
| <i>Estado Civil</i> | | |
| Soltera | 36 | 40,0 |
| Casada | 28 | 31,1 |
| Convive | 7 | 7,8 |
| Divorciada/Separada | 15 | 16,7 |
| Viuda | 4 | 4,4 |
| <i>Escolaridad</i> | | |
| Básica | 20 | 22,2 |
| Media | 34 | 37,8 |
| Técnica | 14 | 15,6 |
| Universitaria | 22 | 24,4 |
| <i>Previsión</i> | | |
| Fonasa A | 30 | 33,7 |
| Fonasa B | 28 | 31,5 |
| Fonasa C | 14 | 15,7 |
| Fonasa D | 14 | 15,7 |
| PRAIS | 2 | 2,2 |
| ISAPRE | 1 | 1,1 |
| <i>Actividad</i> | | |
| Dueña de Casa | 29 | 32,6 |
| Estudiante | 8 | 9,0 |
| Trabaja | 41 | 46,1 |
| Cesante | 5 | 5,6 |
| Jubilado/Pensionado | 6 | 6,7 |
| <i>Familia</i> | | |
| Solo | 7 | 8,0 |
| Origen | 5 | 5,7 |
| Nuclear | 58 | 66,7 |
| Extendida | 12 | 13,8 |
| Otro | 5 | 5,7 |

Tabla 2

CARACTERÍSTICAS DE LA RELIGIOSIDAD, 91 MUJERES HOSPITALIZADAS EN SPHD POR RIESGO SUICIDA, 2010

| Religión | N | % |
|--|----|------|
| Católica | 46 | 52,9 |
| Testigo de Jehová | 9 | 10,3 |
| Evangélica | 16 | 18,4 |
| Agnóstico | 2 | 2,3 |
| Ateo | 2 | 2,3 |
| Ninguna | 12 | 13,8 |
| Asistencia a oficios mensual o más | 27 | 30 |
| Se considera muy religioso | 17 | 19,8 |
| Lee escrituras mensual o más | 26 | 29,7 |
| Reza a diario | 46 | 51,7 |
| Piensa diariamente en temas religiosos o espirituales (ER) | 30 | 33,3 |
| Conversa con amigos semanalmente o más de temas ER | 29 | 32,2 |
| Planea servicio para su religión | 20 | 22,2 |
| Cree en la vida eterna | 59 | 65,6 |
| En aflicción, recurre a la religión | 65 | 72,2 |
| Tiene Fe | 64 | 74,4 |
| Cree que la Fe mueve montañas | 62 | 68,9 |

Tabla 3

MÉTODO SUICIDA EN 91 MUJERES HOSPITALIZADAS CON INTENTO SUICIDA EN SPHDS, 2010-2011

| Método | N | % |
|----------------------------------|----|------|
| Ingesta medicamentos | 32 | 35,2 |
| Objetos punzantes | 10 | 11,0 |
| Asfixia por suspensión | 7 | 7,7 |
| Lanzamiento al vacío o a móviles | 5 | 5,5 |
| Otros | 4 | 4,4 |
| Ingesta alcohol | 1 | 3,2 |
| Asfixia por gases | 1 | 1,1 |
| Sin información | 31 | 34,1 |
| | 91 | |

Tabla 4

OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO
(65 mujeres intentadoras de suicidio hospitalizadas
en SPHDS 2010-2011)

| | N | % |
|---------------------------------------|----|------|
| No tuvo consecuencias físicas | 30 | 46,2 |
| No hubo riesgo vital | 45 | 69,2 |
| Hubo riesgo vital | 20 | 30,8 |
| No había nadie cerca | 27 | 41,5 |
| Tomó precauciones para aislarse | 20 | 30,8 |
| Hizo planes en previsión de la muerte | 10 | 15,4 |
| Planificó el intento en detalle | 9 | 13,8 |
| Escribió carta | 10 | 15,4 |
| Pretendía morir | 34 | 52,3 |
| Pretendía descansar | 12 | 18,5 |

Tabla 5

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDALIDAD, MUJERES
HOSPITALIZADAS EN SPHDS, 2010-2011

| Antecedentes familiares | Suicidio | Intento |
|-------------------------|----------|---------|
| Progenitor | 4 | 16 |
| Hermano | 3 | 10 |
| Hijo | 2 | 0 |
| Abuelos | 4 | 1 |
| Total | 13 | 27 |
| Porcentaje | 15,3 | 31,8 |

Tabla 6

CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD DE DEPRESIÓN DE ACUERDO
CON LA ESCALA DE BECK, MUJERES HOSPITALIZADAS EN SPHDS,
2010-2011

| | N | % |
|-----------------------|----|-------|
| Ausencia de depresión | 9 | 11,4 |
| Depresión leve | 26 | 32,9 |
| Depresión moderada | 10 | 12,7 |
| Depresión Severa | 34 | 43,0 |
| Total | 79 | 100,0 |

Tabla 7

PUNTAJES PROMEDIO AL HOSPITALIZARSE, MUJERES INGRESADAS CON RIESGO SUICIDA, SPHDS, 2010-2011

| | N | Mínimo | Máximo | Promedio | Desviación Estándar |
|----------------------|----|--------|--------|----------|---------------------|
| Puntaje global OQ 45 | 74 | 11 | 158 | 110,5 | 25,3 |
| Síntomas | 74 | 27 | 96 | 71 | 15,3 |
| Rel. Interpersonal | 74 | 12 | 40 | 21,8 | 6,06 |
| Rol Social | 74 | 4 | 32 | 18,3 | 6,18 |

Tabla 8

FRECUENCIA DE EXPERIENCIAS PSICOSOCIALES, MUJERES HOSPITALIZADAS POR SUICIDALIDAD, SPHDS 2010-2011

| | N | % |
|-------------------------|----|-------|
| <i>Perseguida por</i> | | |
| Sus creencias | 12 | 13,20 |
| Sus opiniones políticas | 10 | 11,10 |
| Su discapacidad física | 18 | 19,80 |
| Su orientación sexual | 7 | 7,80 |
| <i>Ha sufrido</i> | | |
| Amenazas de abuso | 43 | 47,3 |
| Abuso emocional | 66 | 72,5 |
| Abuso físico | 39 | 42,9 |
| Violación sexual | 52 | 57,1 |
| Tortura Física | 11 | 11,1 |

PRÁCTICA CLÍNICA

RESULTADOS DE UNA AUDITORÍA DE FICHAS CLÍNICAS DE LOS EGRESOS DEL AÑO 2008 DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ HORWITZ BARAK”: LA FICHA CLÍNICA, LA HISTORIA CLÍNICA (SECTORES DE CORTA ESTADÍA)

(Rev GPU 2012; 8; 3: 336-350)

Rafael Céspedes Pino¹

Basado en una auditoría administrativa de fichas clínicas del año 2009, de los egresos del año 2008 del Instituto Psiquiátrico, se elabora este trabajo sobre 80 fichas clínicas auditadas, correspondientes a Sectores de Corta Estadía. En este trabajo se presentan los resultados de las fichas clínicas, respecto a sus carátulas, el orden, características generales de los registros, la Historia Clínica y las evoluciones de los profesionales en estos egresos. Se expone la ponderación de los diversos ítems, los resultados por secciones, y el puntaje promedio por Historia Clínica y de cómo se llegó a él. Las Historias Clínicas resultaron ser deficientes, así como muchos otros registros auditados. Finalmente se hacen algunos comentarios y propuestas.

INTRODUCCIÓN

Un requisito a exigir en cualquier momento por las autoridades, para poder atender patología GES en una Institución de Salud, es estar acreditado en Calidad Asistencial. Lo más básico, según nuestro parecer, son los Registros Clínicos. Este trabajo quiere ser una contribución en un proceso de toma de conciencia de la relevancia de alcanzar los Están-

dares de Calidad exigibles, en el ámbito particular de los Registros Clínicos y por añadidura en todos los ámbitos de la Calidad Asistencial en el Instituto Psiquiátrico.

El año 2009 se publica el “Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada” y su respectivo Manual de Cotejo, instrumentos para la acreditación de hospitales y clínicas en general en el país (1).

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

El 24 de febrero del año 2010 se aprueba por Resolución Exenta N° 33 del Ministerio de Salud el “Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada” y la “Pauta de Cotejo” del referido manual. En este manual se fijan los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud en psiquiatría para garantizar que las prestaciones otorgadas alcancen la calidad requerida para garantizar la seguridad a los usuarios (2).

En el informe N° 231/09, de la Contraloría General de la República, publicado con fecha 9 de marzo de 2010 en la página Web de esta Institución, en el apartado III número 5 “Fichas Clínicas” se hace referencia a una auditoría de Fichas Clínicas realizada en el Instituto Psiquiátrico en el año 2009, y a una serie de Normas y Leyes en este ámbito. Deja en claro la Contraloría que los registros de las fichas clínicas son deficientes (3).

Respecto a los registros clínicos, el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada y su Pauta de Cotejo, de la Superintendencia de Salud en el Ambiente N° 6 señala los estándares mínimos a cumplir en esta área, para poder acreditar:

“6° ÁMBITO: Registros (REG)

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

Componente REG-1:

El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

Características:

REG 1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.

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

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

REG 1.4 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente” (2).

Luego en la Pauta de Cotejo del Manual se entra en detalles y se incluyen los verificadores, que son: “los requisitos específicos que se deben medir para calificar en el cumplimiento de cada característica” (2).

ALGUNAS CONSIDERACIONES EN RELACIÓN CON LA FICHA CLÍNICA Y LA HISTORIA CLÍNICA

Aclararemos, en primer lugar, que consideramos como cosas totalmente distintas lo que es la Ficha Clínica, de lo que es la Historia Clínica, términos que muchas veces se usan indistintamente.

La Ficha Clínica es el archivo de un conjunto de registros, del cual es parte la Historia Clínica, en nuestro caso la Historia Clínica Psiquiátrica. La Ficha Clínica es única para cada persona, puede ser un objeto material, de papel, o electrónica, idealmente podría ser la misma para todos los establecimientos de la Red Asistencial, para que todo lo efectuado en atenciones de salud estuviese en un mismo archivo. En una Ficha Clínica, por lo tanto, puede haber más de una Historia Clínica, pues ésta se realiza generalmente por cada evento de internación o por nuevas atenciones ambulatorias por otros eventos distintos o similares que llevan a consultar en un lapso variable y que haga necesario realizar una nueva historia clínica. La historia clínica tiene una conformación general que es conocida desde temprano en la formación de cualquier profesional de la salud, con algunas diferencias, según la especialidad o establecimiento.

Existe una regulación sobre la ficha clínica, consistente en leyes, reglamentos y normativas que tienen pertinencia sobre ella, además cada hospital o establecimiento asistencial debe constar con una normativa propia, la cual debería ser conocida por todas las personas que intervienen en la ficha clínica, y debería ser una actividad fundamental de la gestión del establecimiento el supervisar su cumplimiento, de todos quienes trabajan con este fundamental archivo de registros y documentos varios.

Es sabido que los estándares de calidad exigidos actualmente para acreditar por la Superintendencia de Salud son bajos, pero debemos señalar que a los médicos y a todo el personal de salud, lo que éticamente les corresponde es desarrollar todas sus actividades clínicas en un nivel de excelencia, incluido el ámbito de los registros clínicos.

La Historia Clínica es un documento que debe elaborar el Médico Tratante y su Equipo o el Becado con la supervisión adecuada; la Historia Clínica debe dar cuenta de un trabajo profesional, que requiere de un esfuerzo reflexivo, de juicio y razonamiento, en el que se pondera, se hacen distinciones y se significa la información recopilada a través de entrevistas al paciente, familiares y otras personas, se ponderan y valorizan los hallazgos del examen físico y del examen mental del enfermo, se evalúan y procesan las diversas fuentes de información documental y de registros de los que se disponga, de los exámenes

de laboratorio y de imagenología, de las evaluaciones e informes de otros profesionales. Las evoluciones que deben dar cuenta de las variaciones del estado del enfermo, de los avances o dificultades en el tratamiento y otros aspectos relevantes, junto con resúmenes periódicos y otras instancias de reflexión y análisis, también son, y deben, ser parte integrante de la Historia Clínica.

La Historia Clínica y la Ficha Clínica tienen un valor fundamental en la atención de salud, pero además tienen un valor importantísimo para la investigación clínica, para la gestión en salud y como medio de prueba en los Tribunales de Justicia. Su utilidad en estos ámbitos dependerá sin duda de que se haga un registro de todas las acciones y circunstancias que tienen relación con la asistencia al enfermo y de la calidad, orden, legibilidad y pertinencia de estos registros.

No podemos dejar de enunciar aquí la confidencialidad de los registros clínicos, y de que existen leyes y normativas que regulan estos aspectos.

Hay que resaltar el derecho del enfermo a recibir información de su Ficha Clínica e Historia Clínica, por lo cual para no vulnerar este derecho es básico que los registros sean adecuados, completos y pertinentes, para que al emitir un informe éste sea de utilidad para el conocimiento de la persona o de los profesionales de la salud que lo requieren u otras instituciones como ISAPRES, AFP, Tribunales. Otros alcances en este sentido pueden revisarse en trabajo publicado sobre las Epicrisis (5)

El desarrollo y elaboración de una Historia Clínica es una actividad de aprendizaje, y también, en la que se refleja el conocimiento y la pericia del o los profesionales y puede ser fuente para calificar los avances en la formación de los Becados, por lo cual debe ser una actividad supervisada por los Médicos Tratantes, los Jefes de Sectores, de Servicio y los encargados de la docencia. Además, la Historia Clínica es lo nuclear del quehacer clínico, pues es lo que da cuenta de la coherencia entre los procesos de estudio, las formulaciones diagnósticas y los tratamientos de los cuales es objeto el enfermo.

La Historia Clínica Psiquiátrica en lo fundamental debe cumplir todas las exigencias de cualquier Historia Clínica, además de los que son propios de ella en razón de la especialidad.

La estructura de una Historia Clínica Psiquiátrica consta de una serie de partes que son tradicionales, sobre la base de lo aprendido en semiología básica, respecto de la estructura de una Historia Clínica, debemos agregar lo que resulta indispensable en psiquiatría y en el respectivo Establecimiento o Servicio. La estructura básica de una Historia Clínica Psiquiátrica podemos verla en muchos textos de la especialidad, que en general son concordantes (6, 7).

MÉTODO

Este trabajo se elabora sobre la base de una Auditoría de Fichas Clínicas del Instituto Psiquiátrico, realizada en el año 2009, de una muestra escogida al azar de los egresos del año 2008, por personal de la Unidad de Estadística y Producción, correspondiente a 10 egresos de hospitalización, de cada uno de los 8 Sector de Corta Estadía del Instituto Psiquiátrico (80 egresos).

Lo que se auditó son los registros clínicos del último egreso del año 2008; en el caso de haber más de uno, lo que se evalúa son los registros efectuados desde el día que ingresa al Sector de Corta Estadía el enfermo, procedentes en casi la totalidad del Servicio de Urgencia. Se mostrarán en este trabajo algunos parámetros de la Ficha Clínica y de la Historia Clínica, de las evoluciones de los profesionales, de los consentimientos informados; se excluyen las epicrisis, tratadas en otra publicación (5).

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

La plantilla de auditoría, en lo referente a la Historia Clínica, consideró todos los puntos que contiene una Historia Clínica Psiquiátrica en textos de psiquiatría clínica, y complementado o, mejor dicho, poniendo énfasis en lo que exige el Reglamento de Internación del Minsal. Se agregó en la plantilla un aspecto a auditar, el de la supervisión, dado que el Reglamento de Internación específica que las acciones sobre los enfermos psiquiátricos deben ser efectuadas por un Médico Acreditado (psiquiatra acreditado). Muchos enfermos son atendidos por Becados o Residentes de Psiquiatría, los cuales deberían ser siempre supervisados y quedar registro de esta supervisión.

A los diversos ítems de la historia clínica se les asignó un puntaje para su evaluación, con motivo de esta publicación, puntaje que se le adjudica por el hecho de tener registro o se le asigna un cero (0) en caso de no tener registro; no se efectúa una ponderación por tramos, ni se pondera la adecuación o pertinencia de lo registrado, por haberse tratado de una auditoría administrativa y no de pares.

A diversas secciones de la Ficha Clínica y de la Historia Clínica que consideramos en la plantilla para la auditoría le hemos asignado un puntaje total de 100; por ejemplo, en trabajo anterior a la epicrisis (5) le asignamos 100 puntos, así a la sección Carátula y Estado de Ficha Clínica 100 puntos, etc., que dan de sumar los puntajes parciales de esta sección. Del mismo modo se

procede con las otras secciones, esto nos permite evaluar más en detalle todo lo relacionado con los registros; finalmente se pueden ponderar las diversas partes y entregar una nota global por Ficha Clínica.

La plantilla de auditoría, se mostrará conforme vayamos refiriendo los resultados de las diversas partes en que desglosaremos los parámetros de la Ficha Clínica y de la Historia Clínica en el siguiente orden:

Datos de la Carátula, Estado de la Carátula y del Contenido Ficha Clínica: en esta sección se evalúa el registro de datos que debe hacer la oficina de admisión, recaudación y archivo; además se califica el orden de la ficha clínica en general, y si las hojas de registros clínicos se encuentran foliadas, con nombre y número de ficha del enfermo, entre otras cosas. A esta parte le asignamos 100 puntos máximos en total.

Ingreso por Servicio o Unidad: en esta sección se precisa por cuál Servicio o Unidad ingresan los enfermos a Sectores de Corta Estadía, y no se le asigna puntaje por tratarse de un dato específico.

Preingreso: En los Sectores de Corta Estadía los residentes de psiquiatría, al llegar un enfermo, antes de 24 horas por lo general le hacen lo que llaman un preingreso, que es una evaluación general del enfermo, plantean hipótesis diagnósticas y se dejan indicaciones; a esta sección le asignamos un total de 100 puntos.

Ingreso (Historia Clínica): Por lo general al día siguiente de ingresar a un Sector de Corta Estadía, al enfermo se le hace un ingreso, lo que llaman *Ingreso a Sector*, que es una entrevista realizada por un grupo de médicos y otros profesionales, de lo cual se deja un registro que no tiene una estructura formalizada y estable, sino que es muy variable de un ingreso a otro. Luego de esto vienen las diversas evoluciones de los médicos y otros profesionales. No existe una Historia Clínica Psiquiátrica propiamente tal, con las diversas partes que constituyen a ésta, en los registros de la internación. Por lo cual en la auditoría se consideró el Ingreso a Sector como la Historia Clínica, por ser el registro más elaborado de parte del médico o del equipo tratante.

Desglosaremos esta sección Ingreso (Historia Clínica), en Tipo de Internación (voluntaria, no voluntaria), Historia Clínica propiamente tal, los Diagnósticos, el Plan de Tratamiento o Indicaciones y el Consentimiento Informado. A estas tres secciones que consideramos en el Ingreso (Historia Clínica), le asignamos en total un puntaje máximo de 100.

Finalmente la Evolución de los Profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, y terapeutas ocupacionales) la analizaremos pero no le consignamos puntaje en este trabajo, pues se pondrá el énfasis en lo cualitativo.

RESULTADOS

Expondremos los resultados de la evaluación de la Ficha Clínica e Historia Clínica por secciones, las que hemos señalado precedentemente.

Datos de la carátula, estado de la carátula y del contenido ficha clínica

Los datos a llenar en la carátula de una Ficha Clínica son 27: del 1 al 20 deben ser llenados por Admisión y del 21 al 27 por el médico.

Los datos llenados por Admisión son en un 100% legibles, pero no se llenan todos, en promedio se completa un 39% de éstos.

La segunda parte de la carátula de la Ficha Clínica, que debiera ser llenada por el médico, como se especifica en la carátula, en los últimos años no se llena en ninguno de sus puntos. Se usa generalmente por cualquier profesional para hacer algunas anotaciones diversas, por ejemplo si pertenece o no a GES, si tiene o no alguna alergia medicamentosa, etc., todo esto de modo esporádico y sin ninguna norma.

El estado de la carátula en un 90% se encontraba en buen estado y limpia.

Respecto al contenido de las 80 Fichas Clínicas, 20 se encontraban archivadas (con acoclip o una pitilla), solamente 6 con sus hojas aparentemente ordenadas. Ninguna hoja de todas las fichas se encontraba foliada, y las hojas de registro clínico de todos estos egresos (940 hojas en total) un 46% (433 hojas) tenían el nombre del paciente y un 24% (230 hojas) el número de Ficha Clínica, habiendo coincidencia entre ambos subgrupos; un gran porcentaje no tenía ninguno de estos datos.

El puntaje obtenido en promedio de esta sección, de un total de 100 puntos, obtiene 31,9.

Los datos de estos parámetros los podemos ver en la Tabla 1.

INGRESO POR SERVICIO O UNIDAD

Como podemos ver en el cuadro siguiente, los ingresos a Sector, prácticamente en la totalidad, provienen de traslados de enfermos ingresados previamente por el Servicio de Urgencia. De los 80 egresos de Sector de Corta Estadía, 79 lo hicieron al Instituto por el Servicio

Tabla 1
PARÁMETROS: DATOS DE LA CARÁTULA, ESTADO DE LA CARÁTULA Y DEL CONTENIDO FICHA CLÍNICA

| Parámetro | | | % | Puntaje máximo | Suma puntaje obtenido | Promedio por F.CI. |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----|----------------|-----------------------|--------------------|
| <i>Datos de la Carátula</i> | | | | | | |
| | <i>Sí</i> | <i>No</i> | | | | |
| Legible | 80 | 0 | 100 | 5 | 400 | 5,0 |
| Llenado de datos de 1 a 20 Admisión | 80 | 0 | 39 | 10 | 312 | 3,9 |
| Llenado de datos de 1 a 7 (Médico) | 0 | 80 | 0 | 5 | 0 | 0,0 |
| <i>Estado de la Carátula</i> | | | | | | |
| | | | | | | 0,0 |
| Limpia | 73 | 7 | 91 | 10 | 664,3 | 8,3 |
| Buen estado | 72 | 8 | 9 | 10 | 648 | 8,1 |
| <i>Contenido Ficha Clínica</i> | | | | | | |
| | | | | | | 0,0 |
| Archivados | 20 | 60 | 25 | 10 | 50 | 0,6 |
| Orden | 6 | 74 | 7 | 15 | 6,3 | 0,1 |
| Hojas Foliadas | 0 | 80 | 0 | 15 | 0 | 0,0 |
| Hojas con nombre del Paciente | 77 | 3 | 46 | 10 | 354,2 | 4,4 |
| Hojas con número de Ficha Clínica | 48 | 32 | 24 | 10 | 115,2 | 1,4 |
| TOTAL Puntajes de Sección 1 | | | | 100 | 2.550 | 31,9 |

de Urgencia y 1 a través del Consultorio Externo; a esta sección no se le asigna puntaje, como señalamos precedentemente (ver Tabla 2).

HISTORIA CLÍNICA (INGRESO A SECTOR)

En este acápite consideramos el ingreso a Sector desde el día que el enfermo efectivamente llegó a éste, trasladado desde Urgencia o desde CAE; desde este día se cuenta el total de hojas de atención y de evoluciones que ha tenido el enfermo y que han sido registradas en la ficha clínica por los diversos profesionales.

Al ingresar un enfermo a un Sector se le realiza un Preingreso, generalmente por parte de los becados; posteriormente se realiza un Ingreso, el cual es hecho en una "Reunión de Ingresos", por el Equipo Profesional del Sector.

La casi totalidad de estos Preingresos e Ingresos son efectuados oportunamente, como puede apreciarse en las Tablas 3 y 4.

Los Ingresos son efectuados por el Equipo de Profesionales del Sector, Becados, Médicos Tratantes y los demás Profesionales Paramédicos del Sector. Estos ingresos consisten en una entrevista que se hace al enfermo por una o varias personas en estas reuniones, de la cual un profesional deja registro en la Ficha Clínica, y que es firmada "Equipo Sector" pero no se detalla qué personas participaron, no se ponen ni los nombres, ni las profesiones de los participantes.

El registro que se hace de esta Reunión, que se designa "Ingreso a Sector Nº" es el de una entrevista sin estructura definida, más o menos extensa, en la que no se distinguen partes o acápites diferenciados, salvo al final, en el que destaca los siguientes títulos, "Diagnóstico o

Tabla 2
INGRESO POR SERVICIO O UNIDAD

| Parámetro | Cantidad | % |
|-----------------------------------|----------|-----|
| Ingreso de Urgencia | 79 | 98 |
| Ingreso CAE | 1 | 1 |
| Ingreso Unidad de Alcoholismo | 0 | 0 |
| Ingreso U. E. T. Adictivos | 0 | 0 |
| Ingreso UEPI | 0 | 0 |
| Ingreso UDAC | 0 | 0 |
| TOTAL de Ingresos a Sector | 80 | 100 |

Tabla 3
PREINGRESO

| Parámetro | SÍ | NO | % | Puntaje máximo ítem | Suma Puntaje obtenido | Promedio por F. Cl. |
|--|----|----|-----|---------------------|-----------------------|---------------------|
| Preingreso | 23 | 57 | 28% | | | |
| Legible | 23 | 0 | 85% | 10 | 195,5 | 8,5 |
| Fecha | 20 | 3 | | 10 | 200 | 8,7 |
| Hora | 1 | 22 | | 10 | 10 | 0,4 |
| Oportunidad | 22 | 1 | | 10 | 220 | 9,5 |
| Examen Físico | 3 | 20 | | 10 | 30 | 1,3 |
| Examen Mental | 7 | 16 | | 10 | 70 | 3,0 |
| Examen Neurológico | 0 | 23 | | 10 | 0 | 0,0 |
| Hipótesis Diagnóstica/Diagnóstico | 18 | 5 | | 10 | 180 | 7,8 |
| Plan de Tratamiento/Indicaciones | 22 | 1 | | 10 | 220 | 9,5 |
| Exámenes Laboratorio | 4 | 19 | | 10 | 40 | 1,7 |
| TOTAL Puntaje Sección Preingreso 3a | | | | 100 | 1.165,5 | 14,57 |

Tabla 4
TIPO DE INTERNACIÓN, HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICOS

| Parámetro: | SÍ | No | % | Puntaje máximo ítem | Suma puntaje obtenido | Promedio por de F.Cl. |
|--|----------------|------------------|------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ingreso (Historia Clínica) | 77 | 3 | 0,96 | | | |
| Legible | 77 | 0 | 82% | 3 | 231 | 2,88 |
| Tipo de Internación | | | | 5 | 0 | 0,00 |
| Voluntaria | De urgencia | No hay registros | | | 0 | |
| | Programada | No hay registros | | | 0 | |
| Involuntaria | De urgencia | No hay registros | | | 0 | |
| | Administrativa | No hay registros | | | 0 | |
| | Judicial | No hay registros | | | 0 | |
| Fecha | 67 | 10 | 87 | 3 | 201 | 2,51 |
| Hora | 0 | 77 | 0 | 3 | 0 | 0,00 |
| Oportunidad | 71 | 6 | 92 | 5 | 355 | 4,43 |
| Motivo de consulta | 0 | 77 | 0 | 5 | 0 | 0,00 |
| Anamnesis próxima | 0 | 77 | 0 | 5 | 0 | 0,00 |
| Anamnesis remota | 0 | 77 | 0 | 3 | 0 | 0,00 |
| Historia personal | 0 | 77 | 0 | 2 | 0 | 0,00 |
| Historia familiar | 0 | 77 | 0 | 2 | 0 | 0,00 |
| Historia Matrimonial | 0 | 77 | 0 | 2 | 0 | 0,00 |
| Situación social actual | 0 | 77 | 0 | 5 | 0 | 0,00 |
| Personalidad premórbida | 0 | 77 | 0 | 3 | 0 | 0,00 |
| Examen Físico | 0 | 77 | 0 | 5 | 0 | 0,00 |
| Examen mental | 5 | 72 | 6 | 5 | 25 | 0,31 |
| Examen Neurológico | 0 | 77 | 0 | 5 | 0 | 0,00 |
| Hipótesis Diagnóstica/Diagnóstico | | | | | | |
| Diagnósticos Médicos | 11 | 66 | 14 | - | | |
| Diagnósticos Psiquiátricos | 67 | 10 | 87 | 5 | 335 | 4,18 |
| TOTAL Puntaje Sección 3b1 | | | | 66 | 1.147 | 14,34 |

Hipótesis Diagnóstica", "Comentarios" y finalmente otro denominado "Tratamiento o Plan de Tratamiento".

En la sección Comentarios se incluyen temas de diversa índole, en ocasiones se hace referencia bajo este título a aspectos del examen mental del enfermo, sin colocar esa denominación.

En la sección Tratamiento o Plan de Tratamiento se anota indicaciones de psicofármacos exclusivamente en la generalidad de los casos, muy ocasionalmente hay solicitud de exámenes de laboratorios y otros, o acciones o actividades a desarrollar por otros integrantes del equipo de profesionales. Por lo tanto en esta actividad de equipo no se refleja la participación de cada profesional participante en el abordaje de la atención y tratamiento del enfermo ingresado.

Este Ingreso a Sector, efectuado en Reunión del Equipo Profesional del Sector respectivo, lo hemos considerado, en la presente auditoría, como la Historia Clínica Psiquiátrica, dado que no hay ninguna Ficha Clínica auditada de los 80 egresos del año 2008 de los Sectores de Corta Estadía del Instituto, que tenga una Historia Clínica Psiquiátrica propiamente tal.

De las fichas auditadas se revisaron los ingresos anteriores, en las cuales había muchas que tenían 6 o más ingresos, desde hace dos o más décadas, y se puede apreciar que la Historia Clínica Psiquiátrica se dejó de realizar en la década de los 90 del pasado siglo. De esta situación nadie puede dar una razón de por qué y cómo se llegó a ella.

Personal de Admisión-Recaudación afirma que hace muchos años se dejó de incluir en la carátula de la Ficha Clínica de un ingreso el set de Historia Clínica estandarizado e impreso, que se usó por años.

3a. Preingreso

En este parámetro revisamos el "preingreso", que es una breve recepción que se hace a los enfermos que ingresan a Sectores de Corta Estadía por parte de los becados o residentes, en general, en las primeras 24 horas de llegados a Sector, luego de ser trasladados desde el Servicio de Urgencia.

De los 80 egresos auditados de los Sectores, a 23 de ellos se les hizo preingreso, de ellos sólo 3 tenían examen físico y sólo 7 un examen mental registrado. Sólo 1 tiene registro de la hora en que se hizo el preingreso y tres no tenían la fecha de realización de éste. Casi la totalidad de los Preingresos fueron hechos oportunamente, antes de 24 horas.

A este registro, la suma de todos los ítems que se considera, se le asignó 100 puntos como máximo, el puntaje promedio de estos Preingresos es de 14,57, se hizo el cálculo respecto al total de los egresos (ver Tabla 3).

3b. Ingreso (Historia Clínica)

En esta parte del trabajo analizaremos los resultados de la Historia Clínica, pero recordaremos que no existe una Historia Clínica propiamente tal, en ninguno de los egresos auditados del año 2008 de los Sectores de Corta Estadía, por lo cual para poder evaluar los registros y no solamente calificar desde un primer momento, que la Ficha Clínica en cuanto a los registros del egreso del año 2008 es Deficiente, decidimos hacer la evaluación de la Historia Clínica, sobre el "Ingreso a Sector", que es el registro más extenso y en cierto modo más elaborado, realizado por un grupo de profesionales de cada Sector.

Esta sección la presentaremos dividida en tres partes, para su mejor visualización en las Tablas 4, 5 y 6, precedida de los comentarios correspondientes. La suma total de los puntajes máximos de cada ítem evaluado de las tres parcialidades es de 100 puntos.

Las secciones son las siguientes: Tipo de Internación, Historia Clínica y Diagnósticos (3b1), Plan de Tratamiento/Indicaciones (3b2), Consentimiento Informado de los Tratamientos y otras Condiciones (3b3).

3b1. Tipo de Internación, Historia Clínica y Diagnósticos

En relación con el tipo de internación, o sea si es voluntaria o involuntaria, en el Servicio de Urgencia se hace registro de esta situación en algunos ingresos, pero una vez trasladado a Sector el enfermo nunca más es consultado o no se registra de si se trata de un ingreso o permanencia voluntaria o involuntaria en internación. En la primera parte de la Tabla 4 podemos ver que no hay ningún registro sobre el tipo de internación. El Reglamento de Internación es enfático en señalar que se registre si es que el paciente está interno por su voluntad o contra su voluntad, situación que debe quedar registrada y exponerse claramente y ser firmada por el enfermo, su familiar responsable o el representante legal. Para las hospitalizaciones que se prolongan más de treinta días también el Reglamento exige una serie de condiciones para que se proceda de acuerdo a derecho, pero de ellas no hay registro en la ficha clínica de los egresos auditados, existiendo enfermos que están internos muchos meses.

De las 80 Fichas Clínicas auditadas 77 solamente contaban con Ingreso a Sector, todas eran legibles en un 82%.

En el 87% de los ingresos se registra la fecha de la realización, en ninguno se coloca la hora en que se realizó el ingreso.

Tabla 5
PLAN DE TRATAMIENTO/ INDICACIONES

| Parámetros | Sí | No | % | Puntaje máximo ítem | Suma puntaje obtenido | Promedio por de F.CI |
|--|----|----|----|---------------------|-----------------------|----------------------|
| Plan de Tratamiento/ Indicaciones | 79 | 1 | 98 | | | |
| Indicaciones Psicofarmacológicas | 65 | 14 | 82 | 3 | 195 | 2,44 |
| Otras indicaciones Farmacológicas | 13 | 66 | 16 | 2 | 26 | 0,33 |
| Medidas de Seguridad y Protección del Paciente | 7 | 72 | 9 | 5 | 35 | 0,44 |
| Exámenes Laboratorio | 13 | 66 | 16 | 1 | 13 | 0,16 |
| Exámenes de Imagenología | 3 | 76 | 4 | 1 | 3 | 0,04 |
| Cuidados de enfermería | 1 | 78 | 1 | 3 | 3 | 0,04 |
| Acciones Asistente Social | 1 | 78 | 1 | 3 | 3 | 0,04 |
| Acciones de psicología | 2 | 77 | 3 | 3 | 6 | 0,08 |
| Acciones de Terapia Ocupacional | 0 | 79 | 0 | 3 | 0 | 0,00 |
| Total Puntaje Sección 3b2 | | | | 24 | 284 | 3,55 |

Tabla 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS TRATAMIENTOS Y OTRAS CONDICIONES

| Parámetros: | Registros en Ficha Clínica | | | Puntaje máximo ítem | Suma puntaje obtenido | Promedio por F.CI |
|---|----------------------------|----|------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | Sí | No | % | | | |
| <i>Consentimiento Informado</i> | | | | 10 | 0 | 0,0 |
| Acepta enfermo | 0 | 80 | 0 | | | |
| Acepta apoderado/familiar | 0 | 80 | 0 | | | |
| Acepta Representante Legal | 0 | 80 | 0 | | | |
| Autorización del Director | 0 | 80 | 0 | | | |
| Retractación del enfermo | 0 | 80 | 0 | | | |
| Opinión Psiquiatra Interconsultor | 0 | 80 | 0 | | | |
| Opinión Director | 0 | 80 | 0 | | | |
| Caso Riesgo Vital | 0 | 80 | 0 | | | |
| Caso Ingreso Judicial | 0 | 80 | 0 | | | |
| <i>Consentimiento Específico de Tratamiento</i> | Sí | No | % | | | |
| Terapia Electroconvulsivante * | 0 | 80 | 0,00 | | | |
| Clozapina | 0 | 80 | 0 | | | |
| Otro Fármaco | 0 | 80 | 0 | | | |
| Tratamientos Aversivos | 0 | 80 | 0 | | | |
| <i>Tratamiento o Procedimiento Irreversible</i> | Sí | No | % | | | |
| Psicocirugía o Cirugía Cerebral | 0 | 80 | 0 | | | |
| Hormonoterapia | 0 | 80 | 0 | | | |
| Aplicación Técnicas de Esterilización | 0 | 80 | 0 | | | |
| Otro tratamiento Irreversible | 0 | 80 | 0 | | | |
| Total Sección 3b3 | 0 | 80 | 0 | 10 | 0 | 0,0 |

El 92% de los ingresos es considerado como oportunos, pues han sido realizados al día siguiente de su ingreso al Sector.

Del total de 77 Ingresos a Sector, de los 80 egresos auditados en su Historia Clínica (Ingreso) ninguno tiene registros sobre los siguientes ítems de una Historia Clínica: motivo de consulta, anamnesis próxima, anamnesis remota, historia personal, historia familiar, historia matrimonial, situación social actual, personalidad premórbida, etc.

Del total de 77 Ingresos a Sector, de los 80 egresos auditados, sólo 5 de ellos, 6%, tienen una sección titulada "Examen Mental", ningún ingreso tiene registro de examen físico y examen neurológico.

Diagnósticos Psiquiátricos tiene el 87% de los ingresos auditados y Diagnósticos Médicos el 14%; ver en detalle en la Tabla 4.

3b2. Plan de Tratamiento/ Indicaciones

En la sección Tratamiento o Plan de Tratamiento se anota indicaciones de psicofármacos exclusivamente en la generalidad de los casos, muy ocasionalmente hay solicitud de exámenes de laboratorios y otros, o acciones o actividades a desarrollar por otros integrantes del equipo de profesionales. Por lo tanto en esta actividad de equipo no se refleja la participación de cada profesional que actúa en el abordaje de la atención y tratamiento del enfermo ingresado.

El puntaje promedio por ficha clínica obtenido en esta sección es de 3,54 (ver Tabla 5).

3b3. Consentimiento Informado de los Tratamientos y otras Condiciones

En ninguno de los egresos del año 2008 auditados, existía consentimiento informado alguno, y tampoco existía registro de una serie de otras condiciones que el Reglamento de Internación exige se registren al momento de realizar la acción correspondiente, por ejemplo si se trata de un ingreso voluntario o no, lo que se muestra en una sección anterior.

Si bien es cierto que no todos los enfermos requieren de las acciones o pasan por las situaciones que en este sección evaluamos, hay algunas que sí son de rutina exigidas por el reglamento de Internación en todos los casos, como por ejemplo, que se registre que si el paciente está interno por su voluntad o contra su voluntad, situación que debe quedar registrada y exponerse claramente y ser firmada por el enfermo, su familiar responsable o el representante legal. Las hospitalizaciones que se prolongan más de treinta días, también el Reglamento exige una serie de condiciones para que se proceda de acuerdo a derecho, pero de ellas no hay registro en la ficha clínica de los egresos auditados.

En los 80 egresos auditados de los Sectores de Corta Estadía hay registro de terapia electroconvulsivante efectuada en 5 enfermos, pero en la ficha clínica no existe registro o un documento que dé cuenta del consentimiento informado para esta terapia (se investigó y se comprueba que en la Unidad de TEC tenían una carpeta con los consentimientos informados de estas terapias realizadas).

El puntaje parcial de esta parte del Ingreso (Historia Clínica), Consentimiento Informado de los Tratamientos y otras Condiciones es 0,0 (ver Tabla 6).

4. Puntajes de los diversas Secciones de la ficha Clínica y Puntaje Promedio de las Fichas Clínicas auditadas

Expondremos los puntajes por las diversas secciones consideradas en la auditoría y en este trabajo, y luego de sumar las diversas Secciones mostraremos el puntaje promedio de las Fichas Clínicas auditadas y en qué categoría califican éstas según el puntaje.

4a. Puntaje promedio de Ingreso (Historia de Sectores de Corta Estadía Clínica) de egresos del año 2008 auditados

El puntaje de la suma de las tres partes de la Sección IIIb: Ingreso (Historia Clínica), es de 17,89 en promedio por egreso auditado. Por lo cual todos los Ingresos (Historia Clínica) deben ser considerados Deficientes (ver Tabla 7).

Tabla 7

PUNTAJE PROMEDIO DE FICHA CLÍNICA DE EGRESOS DEL AÑO 2008 AUDITADOS DE SECTORES DE CORTA ESTADÍA

| | Puntaje máximo ítem | Suma de puntaje obtenido de 80 F. Cl. | Promedio por Ficha Clínica |
|---|---------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Total Puntaje Sección 3b1 | 66 | 1147 | 14,34 |
| Total Puntaje Sección 3b2 | 24 | 284 | 3,55 |
| Total Puntaje Sección 3b3 | 10 | 0 | 0,00 |
| Total Puntaje Sección 3b Ingreso (Historia Clínica) | 100 | 1431 | 17,89 |

Tabla 8

PUNTAJE PROMEDIO DE FICHA CLÍNICA DE LOS 80 EGRESOS DEL AÑO 2008 AUDITADOS DE SECTORES DE CORTA ESTADÍA

| | Puntaje máximo Sección | Suma de puntaje obtenido de 80 F. Cl. | | Puntaje Promedio por Ficha Clínica |
|--|------------------------|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| Total Puntaje Sección I | 100 | 30% de 2550 | = 765 | 9,56 |
| Total Puntaje Preingreso | 100 | 20% de 1165 | = 233 | 2,91 |
| Total Puntaje Ingreso (Historia Clínica) | 100 | 50% de 1431 | = 715 | 8,94 |
| Total Puntaje Ficha Clínica | 100 | 5146 | = 1713 | 21,41 |

4b. Puntaje promedio de Ficha Clínica de los 80 egresos del año 2008 auditados de Sectores de Corta Estadía

Para el cálculo del puntaje promedio de cada Ficha Clínica auditada asignaremos un treinta por ciento a la Sección I (Carátula, etc.), un veinte por ciento a la Sección Preingreso y un cincuenta por ciento a la Sección Ingreso (Historia Clínica). La sumas de los puntajes así ponderados nos da un puntaje final por Ficha Clínica Auditada de 21,41 (ver Tabla 8).

4c. Categorización de las Fichas Clínicas de los 80 egresos del año 2008 auditados de Sectores de Corta Estadía según puntaje

Considerando el puntaje promedio obtenido, 21,41, por las Fichas Clínicas de los 80 egresos de los Sectores Corta Estadía del año 2008, debemos considerar todas las Fichas Clínicas auditadas como Deficientes, los rangos de catalogación por puntaje de los registros clínicos son en general muy similares.

Los rangos de ponderación que nosotros consideramos son los mismos que hemos considerado al catalogar las Epicrisis (5) (ver Tabla 9).

Tabla 9

CATEGORIZACIÓN DE LAS FICHAS CLÍNICAS DE LOS 80 EGRESOS DEL AÑO 2008 AUDITADOS DE SECTORES DE CORTA ESTADÍA SEGÚN PUNTAJE

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

5. Registro de las Evoluciones Clínicas de los Profesionales

Desde el primer día de estadía en el Sector y hasta su egreso se contabilizaron todas las evoluciones de los profesionales, las cuales se correlacionan con los días de estadía del enfermo para hacer algunos cálculos.

Se presentan los resultados separados por profesional en los respectivos cuadros más adelante.

La legibilidad de las evoluciones de los médicos y otros profesionales paramédicos es un promedio de la legibilidad de los respectivos manuscritos.

La identificación del profesional es siempre incompleta, de difícil lectura, colocan sólo el apellido o la firma muy ocasionalmente el apellido y la firma, y excepcionalmente el nombre completo y la firma.

Nunca se coloca la hora en que es atendido el enfermo, incluso si la evolución se hace en un horario inhabitual. Los controles de los Médicos Residentes en Turno excepcionalmente tienen registrada la hora de atención.

La evolución médica frecuentemente está hecha por diversos médicos, lo que dificulta la comprensión del desarrollo del caso clínico, por varios factores.

Excepcionalmente se registra el Sector en donde se evoluciona el enfermo, por lo cual es prácticamente imposible seguir los cambios de Unidad de un enfermo o para lograr rehacer el itinerario dentro del Instituto del enfermo se requiere de un gran esfuerzo y de consultar diversos registros, poco legibles, imprecisos, si es que éstos existen.

Las evoluciones se efectúan en cualquier hoja, desaprovechando la existencia de hojas con membrete de los diversos profesionales que existen para este efecto, lo que contribuye al desorden general de los registros, agravado, como se ha dicho, por la deficiente identificación de los profesionales.

El Trabajo de Equipo no se refleja en este análisis; por otra parte en los casos que ha participado activamente un psicólogo u otro profesional no se menciona lo hecho por éste en la Epicrisis.

5a. Evolución Médica de 80 Fichas Clínicas: de los ocho Sectores de Corta Estadía

Pondremos aquí el énfasis en la frecuencia de las evoluciones en promedio por enfermo, lo que podemos apreciar en el cuadro en la zona en gris; en una columna podemos ver la suma de las evoluciones de los diez

Tabla 10
EVOLUCIÓN MÉDICA DE 80 FICHAS CLÍNICAS: DE 8 SECTORES DE CORTA ESTADÍA

| Parámetro | Sí | No | % | Evoluciones médicas por Sector C. E. | | Total días de Estadía por Sector C. E. |
|--------------------------------------|----|----|-------|--|-----|--|
| Evolución Médica | 79 | 1 | 98 | Sector 1 | 61 | 244 |
| Legible | 79 | 0 | 80 | Sector 2 | 79 | 400 |
| Fecha | 79 | 0 | 98 | Sector 3 | 155 | 437 |
| Hora | | | | Sector 4 | 67 | 180 |
| Nombre Médico | 51 | 28 | 64 | Sector 5 | 143 | 555 |
| Firma Médico | 30 | 49 | 37 | Sector 6 | 87 | 543 |
| Control Médico de Turno Urgencia | 0 | 79 | 0 | Sector 7 | 149 | 663 |
| Control Médico Residente | 42 | 37 | 53 | Sector 8 | 121 | 300 |
| Reunión de Ingreso de la Unidad | 63 | 16 | 79 | Total Sectores | 862 | 3.322 |
| Reunión de Evolución de la Unidad | 6 | 73 | 75 | En promedio se evolucionó una vez cada 3,85 días a cada enfermo de los Sectores de Corta Estadía | | |
| Supervisión a Becado | 11 | 68 | 14 | | | |
| Evaluación por tratante Post CMT o R | 29 | 12 | 29/41 | | | |

egresos auditados en cada Sector y en la otra columna la suma de días de estadía de los diez egresos de cada Sector. La división de una columna por la otra nos da cada cuantos días en promedio se evolucionaron los enfermos; en este caso corresponde a una evolución médica cada 3,85 días (ver Tabla 10).

5b. Evolución de Enfermería de 80 Fichas Clínicas de los ocho Sectores de Corta Estadía

Pondremos aquí el énfasis en la frecuencia de las evoluciones de enfermería en promedio por enfermo, lo que podemos apreciar en el cuadro en la zona en gris; en una columna podemos ver la suma de las evoluciones de los 80 egresos en total auditados en los Sectores y en la otra columna la suma de días de estadía de los 80 egresos en total de los Sectores. La división de una columna por la otra nos da, cada cuantos días en pro-

medio se evolucionaron los enfermos; en este caso corresponde a una evolución profesional de enfermería cada 15,82 días (ver Tabla 11).

5c. Evolución de Psicología de 80 Fichas Clínicas de ocho Sectores de Corta Estadía

Pondremos aquí el énfasis en la frecuencia de las evoluciones en promedio por enfermo, lo que podemos apreciar en el cuadro en la zona en gris; en una columna podemos ver la suma de las evoluciones de los 80 egresos en total auditados en los Sectores y en la otra columna la suma de días de estadía de los 80 egresos en total de los Sectores. La división de una columna por la otra nos da cada cuantos días en promedio se evolucionaron los enfermos; en este caso corresponde a una evolución por psicólogo cada 85,18 días (ver Tabla 12).

Tabla 11
EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA DE 80 FICHAS CLÍNICAS DE OCHO SECTORES DE CORTA ESTADÍA

| Parámetro | Sí | No | % | Total evoluciones de enfermería en 80 egresos de los 8 Sectores de C.E. | Total de días de estadía de 80 egresos de los 8 Sectores de C.E. |
|----------------------|----|----|-----|---|--|
| Evolución Enfermería | 62 | 18 | 77 | | |
| Legible | 62 | 0 | 76 | | |
| Fecha | 48 | 14 | 77 | | |
| Hora | 1 | 62 | 1 | | |
| Ingreso Enfermería | 21 | 80 | 26 | En promedio hay 1 evolución de Enfermería cada 15,82 días de estadía | |
| Nombre Enfermero/a | 11 | 51 | 017 | | |
| Firma Enfermero/a | 35 | 27 | 56 | | |

Tabla 12
EVOLUCIÓN DE PSICOLOGÍA DE 80 FICHAS CLÍNICAS DE LOS OCHO SECTORES DE CORTA ESTADÍA

| Parámetro | Sí | No | % | Total evoluciones de Psicología en 80 egresos de los 8 Sectores de C.E. | Total de días de estadía de 80 egresos de los 8 Sectores de C.E. |
|-----------------------|----|----|-------|--|--|
| Evolución Psicología | 15 | 65 | 18 | | |
| Legible | 15 | 0 | 86% | | |
| Fecha | 13 | 2 | 13/15 | En promedio hay 1 evolución de Psicología por cada 85,18 días de estadía | |
| Hora | 0 | 15 | 0 | | |
| Informes Psicológicos | 4 | 76 | 5 | | |
| Nombre Psicólogo/a | 12 | 3 | 12/15 | | |
| Firma Psicólogo/a | 6 | 9 | 6/15 | | |

5d. Evolución de Asistente Social de 80 Fichas Clínicas de los ocho Sectores de Corta Estadía

Pondremos aquí el énfasis en la frecuencia de las evoluciones en promedio por enfermo, lo que podemos apreciar en el cuadro en la zona en gris; en una columna podemos ver la suma de las evoluciones de los 80 egresos en total auditados en los Sectores y en la otra columna la suma de días de estadía de los 80 egresos en total de los Sectores. La división de una columna por la otra nos da cada cuántos días en promedio se evolucionaron los enfermos; en este caso corresponde a una evolución Asistente Social cada 42,59 días (ver Tabla 13).

5e. Acciones Terapeuta Ocupacional de 80 Fichas Clínicas de ocho Sectores de Corta Estadía

Pondremos aquí el énfasis en la frecuencia de las evoluciones en promedio por enfermo, lo que podemos apreciar en el cuadro en la zona en gris; en una columna podemos ver la suma de las evoluciones de los 80

egresos en total auditados en los Sectores y en la otra columna la suma de días de estadía de los 80 egresos en total de los Sectores. La división de una columna por la otra nos da cada cuántos días en promedio se evolucionaron los enfermos; en este caso corresponde a una evolución por terapeuta ocupacional por cada 332 días (ver Tabla 14).

COMENTARIOS

1. Es una sentencia de todos conocida en el campo de la salud y de la justicia al juzgar el actuar de los profesionales de la salud, que lo no registrado no existe. Lo que muestra este trabajo es lo que se encuentra registrado en las respectivas fichas clínicas auditadas, lo que no se encuentra registrado si se hizo en la práctica, como no se registró, no existe y menos tratándose de una auditoría.
2. El que no exista una Historia Clínica Psiquiátrica impresa para completar por los médicos, no justifica la no elaboración de ésta, considerando que el

Tabla 13
EVOLUCIÓN DE ASISTENTE SOCIAL DE 80 FICHAS CLÍNICAS DE OCHO SECTORES DE CORTA ESTADÍA

| Parámetro | Sí | No | % | Total evoluciones de Psicología en 80 egresos de los 8 Sectores de C.E. | Total de días de estadía de 80 egresos de los 8 Sectores de C.E. |
|------------------------------------|----|----|-------|--|--|
| Evolución A. Social | 37 | 43 | 46% | | |
| Legible | 37 | 0 | 84% | | |
| Fecha | 34 | 3 | 34/37 | En promedio hay 1 evolución de Asistente Social por cada 42,59 días de estadía | |
| Hora | 0 | 37 | 0/37 | | |
| Antecedentes sociales con encuesta | 33 | 47 | 41% | | |
| Informe Social | 0 | 80 | 0% | | |
| Entrevista familiar | 16 | 64 | 20% | | |
| Visita Domiciliaria | 1 | 79 | 1/80 | | |
| Nombre A. Social | 19 | 18 | 18/37 | | |
| Firma A. Social | 18 | 19 | 18/37 | | |

Tabla 14
ACCIONES T. OCUPACIONAL DE 80 FICHAS CLÍNICAS DE LOS OCHO SECTORES DE CORTA ESTADÍA

| Parámetro | Sí | No | % | Total evoluciones de T. Ocupacional en 80 egresos de los 8 Sectores de C.E. | Total de días de estadía de 80 egresos de los 8 Sectores de C.E. |
|-------------------------|----|----|-------|--|--|
| Acciones T. Ocupacional | 10 | 70 | | 10 | 3.322 |
| Legible | 10 | 0 | 79% | | |
| Fecha | 10 | 0 | 10/10 | | |
| Hora | 0 | 10 | 0 | | |
| Evaluaciones | 10 | 70 | | En promedio hay 1 evolución de Terapeuta Ocupacional por 332 días de estadía | |
| Actividades | 0 | 80 | 0 | | |
| Nombre T. Ocupacional | 4 | 6 | 4/10 | | |
| Firma T. Ocupacional | 5 | 5 | 5/10 | | |

desarrollo de una historia clínica se aprende en los primeros años de la carrera. Y es algo fundamental, o debería serlo, el aprender a elaborar, confeccionar y completar una Historia Clínica Psiquiátrica por los médicos en formación desde sus primeros días de contacto con la especialidad.

3. El cómo se llega a esta situación del manejo de la Ficha Clínica en el Instituto Psiquiátrico no era el objetivo de este trabajo, pero considerando los resultados deficientes de los registros clínicos de la auditoría, el objetivo fundamental es el que constituya en una invitación a iniciar un proceso de reflexión y trabajo en el Instituto para superar estas importantes deficiencias.
4. Es de regla en un informe de auditoría, el indicar que se hagan las mejoras pertinentes a las deficiencias encontradas, las autoridades de la respectiva institución deben velar por que se implementen. Dichas indicaciones fueron incluidas en el Informe de Auditoría de Fichas Clínicas de los Egresos de Corta Estadía del año 2008, del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak". Por otra parte, la Contraloría General de la República en su informe definitivo, reseñado con anterioridad, señala textualmente respecto a las deficiencias detectadas con los registros clínicos: "El Instituto no responde esta observación. Por lo tanto, dado que la Ficha Clínica es un elemento de prueba de la evolución clínica de los pacientes así como de la intervención del médico tratante en su proceso de rehabilitación y/o curación, corresponde que el Director del Instituto informe a este Organismo de Control respecto de las medidas tomadas para regularizar lo observado en el informe del Auditor Médico del Hospital y lo observado por esta Contraloría". Y en sus conclusiones indica: "6. Dar solución a lo observado por el médico

auditor sobre las fichas clínicas de los pacientes, documentos de gran utilidad para el médico tratante del paciente o para el que lo subroga" (3).

5. Sólo esbozaremos una opinión muy general en relación al punto 3 de esta sección, pues resultaría por lo demás raro no hacer ningún alcance al respecto. Creo que al grado de deterioro al que se llegó en relación con los registros clínicos en el Instituto Psiquiátrico, se debe al paradigma imperante en la organización, impuesto por más de tres décadas por su equipo directivo. Es lo que he denominado Paradigma de Campo Clínico, que es el objetivo privilegiado de estas personas, en su permanencia en el Instituto: "Paradigma centrado en los intereses docentes, en desmedro de los asistenciales y que concibe a la organización como un sistema cerrado, lo que hace no se perciban los cambios operados en el ambiente mundial globalizado, en nuestra nación y en el sector salud como un todo, y que, además, ignoren que la Sociedad espera una misión distinta para esta organización, compatible con los principios que orientan al Gobierno en materia de Salud, las condiciones sociales imperantes, especialmente con el reconocimiento y autorreconocimiento en las personas de una serie de derechos que hace insostenible ya, el considerarlos entes pasivos, que reciben sin cuestionamiento lo que se les quiera dar, en síntesis un paciente y cliente cautivo de la Institución" (8).
6. El paradigma imperante en el Instituto no sólo ha ido en desmedro de los registros clínicos, si consideramos que éstos son un reflejo de la labor asistencial, sin duda debemos aceptar que el quehacer asistencial también se ha resentido. Además con lo deficiente de los registros, resulta imposible hacer investigación sobre esa base. También podemos

pensar que la docencia no puede ser óptima, pues quienes se están formando no se ejercitan ni se forman convenientemente, en una actividad básica y relevante como es la elaboración de una Historia Clínica y otros registros con todo lo que esto significa e importa. El estado deficitario de los registros da cuenta además, de una escasísima o tal vez nula supervisión de parte de los docentes y de las jefaturas clínicas, que generalmente coinciden en una misma persona. En las fichas clínicas auditadas no existen evidencias de supervisión, pues no existen registros de ella.

7. Los jueces piden constantemente información de los enfermos, solicitan su ficha clínica, ¿qué impresión se formaran de nosotros al revisar una ficha clínica? con todas las deficiencias que se han señalado. Muchas otras instituciones están es su derecho de solicitar información respecto a los enfermos; de acuerdo a como lo estipulan diversas leyes y normativas, hay dificultades en poder dar una información que sea de utilidad en beneficio del enfermo, por la deficiencia de los registros. De la red asistencial solicitan también información de los enfermos, y al enfermo debe entregársele una información completa y resumida al momento del alta (epicrisis) ¿qué tan útil resultarán registros deficientes en la continuidad de la atención? ¿Qué impresión se formarán de nosotros, esos profesionales que deben tomar decisiones o fundamentar sus decisiones en base a los informes recibidos, basados en registros deficientes?
8. Hay quienes piensan que estas deficiencias en los registros se solucionan implementando una ficha electrónica o digitalizada; no me parece así, creo que las preocupantes deficiencias en los registros tienen que ver con una cultura de la organización en donde quienes deben hacer la gestión y la supervisión del quehacer asistencial y docente abdican de esa obligación.
9. Para lograr revertir la deficitaria situación de los registros clínicos del Instituto Psiquiátrico se requiere un cambio cultural importante en la organización, que debe ser liderado por los máximos directivos, pues cualquier cambio cultural en una organización si no es liderado por la plana directiva mayor es imposible; las organizaciones de salud no son una excepción en esto.
10. De cualquier manera que se hubiesen ponderado los diversos ítems o secciones en el manejo de la auditoria, igual la calidad de las Fichas Clínicas sería Deficiente, en toda auditoria existen campos o ítems considerados imprescindibles, y si éstos no

se encuentran completados o no se han registrados se cataloga de inmediato la Ficha Clínica de Deficiente, y en las fichas Clínicas de los Egresos Auditados del Instituto hay muchos ítems considerados imprescindibles en cualquier auditoría de Fichas Clínicas que no se registraron.

10. La misión del Instituto Psiquiátrico debe fundamentarse, creo, en tres pilares, lo asistencial, la docencia y la investigación. Pero estos tres ámbitos fundamentales deben potenciarse sinérgicamente, para el beneficio y desarrollo armónico entre ellos, y de esta manera dar respuesta adecuada a las demandas y necesidades de sus usuarios, sin comprometer la calidad, sino que por lo contrario siempre avanzar hacia la excelencia.

PROPUESTAS

1. Es conveniente la realización de auditorías de los registros clínicos y de las Fichas Clínicas de modo permanente y a intervalos convenientes, para evaluar si hay avances en la solución de la situación deficitaria encontrada, además de propender a complementar las auditorías de corte netamente administrativo con otras de pares, para poder dar cuenta de la calidad del contenido y de la pertinencia de los registros y la labor de los profesionales.
2. Es indispensable contar con una normativa del manejo y uso de la Ficha Clínica, que dé cuenta de cómo deben hacer los registros los profesionales, el cuidado de la ficha clínica y la protección de los datos registrado que es información confidencial. Como una manera de contribuir al desarrollo de una normativa del Instituto Psiquiátrico, en un próximo trabajo presentaremos un propuesta de normativa, que sirva como insumo a un profundo trabajo en el Instituto Psiquiátrico orientado a lograr este objetivo, que además es exigencia para la acreditación en calidad, la cual prontamente será una exigencia a los establecimientos asistenciales, que de no alcanzarse traerá graves consecuencias a la organización.

REFERENCIA

1. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, Minsal, 2009
2. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, Minsal, 2010
3. Informe N°: 231/09, de la Contraloría General de la República, publicado con fecha 9 de marzo de 2010 en la página Web de esta Institución, www.contraloria.cl

4. Diario Oficial, Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan. 14 de Julio del año 2000.
5. Céspedes R. Resultados de una Auditoría de Fichas Clínicas de los Egresos del Año 2008 del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak": Las Epicrisis, Rev GPU 2011; 2: 214-220
6. Gomberoff L. Psiquiatría, Ed Medcom, Santiago, 1982
7. Vallejo J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría, Ed Masson, Barcelona, 2006
8. Céspedes R. La Implementación del Reglamento de Internación en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B. "Una Perturbación Para El Cambio Transformacional", Tesis MDCO UDP, 2001

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

FIGURAS HISTÓRICAS DE LA PSIQUIATRÍA ALEMANA

(Rev GPU 2012; 8; 3: 351-358)

Enrique Escobar Miguel¹

Este trabajo de naturaleza histórica tiene una doble motivación: histórica y clínica. Se describe la vida y la obra de una selección de psiquiatras alemanes realizada por el autor además de los aportes a la psiquiatría clínica. Parece importante en una época en que predomina en la enseñanza de la psiquiatría la influencia de nosologías, hacer un rescate de las descripciones de otra época destinada a despertar y enriquecer la conciencia de los más jóvenes. Se pretende así mostrar algo diferente a los acotados sistemas clasificatorios multiaxiales DSM y CIE (16, p1025 -1038) efectuados en su respectiva época.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La psiquiatría alemana, a cargo de los alienistas, se nutre en el siglo XVIII de dos corrientes ideológicas: el romanticismo y el vitalismo de Stahl, que dieron apoyo a las dos escuelas principales (13). Los románticos, conocidos como Psiquistas (Psychiker) motivados por la importancia que veían en las pasiones la causa principal de la locura, y los Somaticistas (Somatiker) que sin dejar de ser especulativos se interesaban especialmente en las modificaciones corporales observables en los enfermos mentales. Tenían diferencias terapéuticas, pues mientras los románticos insistían más en el elemento psíquico mediante ciertos procedimientos generadores de emociones intensas: miedo, angustia, tensión, usando camas y sillas giratorias, duchas, baños, etc., los somaticistas emplearon cremas necrosantes del cuero cabelludo, sangrías, lavados, privación de alimentos y medicamentos como opio, bromuros, hi-

drato de cloral y paraldehido. Aunque ambas corrientes muy polémicas fueron casi estériles en lo doctrinal, humanizaron cada vez más la vida en los establecimientos asilares (8,13). Éstos estaban a cargo de las comunas, ubicando a los locos en sitios especiales de los hospitales, antiguos conventos expropiados con la reforma, exregimientos, etc. Las casas para locos especialmente preparadas con celdas para “tratarlos” con cadenas, argollas de hierro, tinas para baños, camas y camisas de contención, eran dirigidas por administradores no siempre médicos. En Bremen en 1764 se fundó el primer establecimiento privado, en el que además de los otros recursos se hacían curas de opio. Después de las guerras napoleónicas se aprecia una mayor preocupación por la calidad de vida de los enfermos junto con un interés de investigar científicamente la enfermedad. Si bien en un principio se internan en establecimientos de reclusión para los irreversibles y de cuidado para los potencialmente mejorables. Posteriormente se

¹ doctorescobar123@hotmail.com.

construyen instituciones más dignas donde se incluye el tratamiento en colonias agrícolas y se reducen progresivamente las medidas de fuerza (12, pp. 425-432).

Entre los miembros de la denominada Psychiker (Psiquistas) más “moralistas” que “psicólogos” destacan Johann Christian Heinroth, del cual nos ocuparemos luego, Johann Christian Reil, autor en 1803 del primer tratado sistemático de psicoterapia, “Rapsodia sobre la Aplicación de los Métodos de Tratamiento”, J.G. Langerman muy preocupado del cuidado de los locos, y Karl Wilhelm Ideler, quien menciona por primera vez la anamnesis en su Compendio de Terapéutica del Alma en 1835 (13).

De los Somatistas varios fueron directores de asilos como H.Damerow, K.Fleming y C.Roller quienes con la observación cotidiana de los enfermos neutralizaron las especulaciones excesivas (8).

La psiquiatría de asilo fue desvalorizándose a medida que irrumpía la psiquiatría universitaria iniciada con W.Griesinger, del que hablaremos más adelante. Aparecen dos tendencias: la “psiquiatría del cerebro” y la “escuela clínica”, sobresaliendo en la primera estudios sobre la afasia de C.Wernicke, las investigaciones microscópicas de K.Westphal y el aislamiento de las demencias seniles de A.Alzheimer y de A.Pick. En cuanto a la escuela clínica atraídos por aislar la enfermedad mental considerando su curso destacan K.Kahbaum que aisló la Catatonía, E.Hecker que independizó la Hebefrenia y E.Kraepelin con su aporte magistral que también describiremos luego (12, p. 429). En los años del siglo XX por el contexto con que aquí abordamos el trabajo no hacemos más comentarios que los que aparecen en el estudio de los autores que revisamos. Para un mayor conocimiento remitimos a Henrik Peters, U. (5). A continuación hacemos una breve reseña de un miembro destacado de la escuela Romántica.

JOHANN CHRISTIAN HEINROTH (1773-1843)

Nació el 17 de enero de 1773 en Leipzig. Estudió medicina en Leipzig y Viena volviendo una vez graduado a su tierra natal. Fue influenciado por el protestantismo que influyó en su orientación psicopatológica. Ejerció la psiquiatría y fue nombrado profesor de la Universidad de Leipzig en 1812 ejerciendo hasta su fallecimiento en 1843. Estimó a Esquirol por el cual sintió gran afinidad. En su época florece la medicina romántica que considera a la enfermedad mental como una enfermedad del alma. Para Heinroth la concepción religiosa de pecado estaba imbricada en el origen de la enfermedad mental (13). Sin embargo afirman Postel y Quérel “que si en

vez de pecado se cambia a culpabilidad muchas de sus concepciones adquieren una dimensión curiosamente moderna” (12, p. 652).

De acuerdo con aquellos autores se puede considerar a J. Heinroth como precursor del Psicoanálisis pues distinguió tres niveles psicológicos, un “ello” que incluye los instintos y sentimientos, un “yo” y un “la conciencia moral” que –no obstante sus connotaciones religiosas– tiene clara semejanza con el superyó freudiano.

Al parecer fue este autor el que primero usó el vocablo griego traducible en paranoia para referirse a la locura, no en el sentido de su debilitamiento sino de una alteración de su funcionamiento: el razonamiento.

Entre sus obras escribió sobre patología mental, destacando *Estudios de Nosología* (1810), *Alteraciones de las Facultades Mentales y su Tratamiento* (1818), *Tratado de Medicina Psicológica* (1824-1825) y su *Sistema de Medicina Psicocriminal* (1825).

Atendiendo a continuación al siglo XIX el influjo de las escuelas citadas decae para dar paso a una visión orgánica del origen de las enfermedades mentales. En efecto, fue Wilhelm Griesinger quien proclamó que las enfermedades mentales eran causadas por patologías cerebrales, por lo que ha sido considerado como el primer psiquiatra biológico.

WILHELM GRIESINGER (1817-1868)

Nació en Stuttgart el 29 de julio de 1817. Sus estudios médicos los comenzó en 1834 en Tubinga y los concluyó a la edad de 21 años en Zurich en 1838 con un estudio sobre la difteria. En esta ciudad recibió la influencia de Johann Scholein, quien resaltó el estudio de las ciencias naturales sobre la filosofía en la medicina alemana.

Su carrera como alienista se inició, luego de una breve estancia en Paris, en el nuevo Asilo de Alienados de Winnenthal donde trabajó dos años siendo sucesivamente Privat Dozent (1843) y profesor sin Cátedra. Luego en 1849 fue titular en Kiel, interrumpiendo su carrera para establecerse en el Cairo donde ejerció labores administrativas y de médico particular de un Jédive. Luego de dos años regresó a Alemania y obtuvo la cátedra de Tubinga. En 1860 aceptó la Clínica de Zurich y la dirección de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Burgholzli, de la que fue el primer titular, iniciando la enseñanza oficial de la psiquiatría positivista, apoyada en el desarrollo de las ciencias fundamentales, desplazando definitivamente a la psiquiatría romántica (8).

Wilhem Griesinger, quien a la edad de 28 años publicó un tratado de psiquiatría traducido al francés en

1865 como “*Traité des maladies mentales: pathologie et thérapeutique*” en cuya primera página dice: “Siempre debemos ver antes que nada en las enfermedades mentales una afección del cerebro” (8, p. 11). Dentro de su apartado terapéutico propuso la idea de fuente belga y francesa que los enfermos podían beneficiarse trabajando en el campo en colonias agrícolas. Sin embargo su espíritu ecléctico le permitió reconocer una causalidad psicológica en algunas enfermedades mentales.

A propósito del libro citado afirmó Kraepelin que con esa sentencia se muestra que “el triunfo de la observación científica de los hechos sobre el punto de vista filosófico y moralizador fue el primer fruto de este nuevo desarrollo” (8, p. 134).

Griesinger fue uno de los últimos defensores de la concepción de Psicosis Única que provenía de los principios de la medicina griega. En efecto, Areteo de Capadocia estableció que la enfermedad mental comenzaba con la melancolía por exceso de la bilis negra, proseguía por estimulación simpática dando lugar a la manía y terminaba con la demencia. Fue en el siglo XVIII con Chiarugi y en el siglo XIX con Guislain los que precedieron a nuestro autor en el concepto de psicosis única. Este concebía su evolución con la melancolía, la manía, la paranoia y la demencia, donde en las primeras se afectaban los factores afectivos y en las dos últimas las perturbaciones del pensamiento.

Dentro de su apartado terapéutico propuso la idea de fuente belga y francesa de que los enfermos podían beneficiarse trabajando en el campo en colonias agrícolas.

A cargo de la cátedra enfatizó la enseñanza e investigación más que el tradicional rol custodial, falleciendo a los 51 años y sucediéndolo Westphal en la Cátedra de Berlín.

Avanzamos a continuación al estudio de un psiquiatra que, si bien nació en el siglo XIX, su influencia mayor se deja ver en el siglo siguiente y a no dudarlo permanece hasta la actualidad.

EMIL KRAEPELIN (1856-1926)

Kraepelin, de origen modesto –su padre actor y profesor de música no logró mantener una buena estabilidad económica– nació el 15 de febrero de 1856, el mismo año que S. Freud y Jules Séglas, en Prusia, en la ciudad de Neustrelitz. Influido especialmente por su hermano mayor Karl, botánico y zoólogo, eligió estudiar medicina y gracias al Dr. Krueger, amigo de la familia, aficionado a la psicología, se decidió por la psiquiatría durante

una estadía con Wilhelm Wundt en Leipzig. La carrera la comenzó en 1874 en Leipzig y luego la continuó en 1875 en Wurtzburgo, volviendo a Leipzig en 1877.

Los cursos de psiquiatría los hizo con Franz von Rinecker y Hermann Emminghaus en Wurtzburgo, donde quedó muy impresionado al conocer los enfermos mentales (10).

Se recibió en Munich en 1878 con una tesis titulada “El Lugar de la Psicología en la Psiquiatría” obteniendo su habilitación como Privatdozent. Durante cuatro años trabajó con Von Gudden en Munich, trasladándose a Leipzig al Servicio de Paul Flechsig con el cual se enemistó, por lo que trabajó con el neurólogo Guillermo Erb. A estas alturas, mal valorado por su atracción por la psicología, ingresaban pocos estudiantes a su curso.

Sin embargo se le ofreció por parte de una sociedad editorial la confección de un *Compendio de Psiquiatría* que resultó ser bien evaluado lo que le dio un impulso a su carrera. En efecto, en 1886 fue elegido profesor de psiquiatría de la Universidad de Dorpat (Estonia) donde permaneció cuatro años. A esa altura había publicado su trabajo titulado *Influencia de las Enfermedades Agudas sobre el origen de las Psicosis*.

En 1891 llegó a Heidelberg donde le colaboraron Gustav Aschaffenburg y Alois Alzheimer. En 1903 a cargo de la Cátedra lo encontramos en Munich, donde fundó el Instituto Alemán de Investigaciones Psiquiátricas –germen del Instituto Mac Planck– proyectado como un exigente centro multidisciplinario aprovechando el avance de las ciencias. En la inauguración dictó una conferencia sobre “Cien años de psiquiatría” que ampliada se transformó en un libro. El Instituto disponía de diversas secciones como la de histología patológica, otra de histología topográfica, una de serología y otra de genealogía-demográfica desarrollando su labor asistencial, y académica, publicando trabajos de psicología experimental sobre las Asociaciones, la Fatiga, el Sueño, el Efecto de los Narcóticos, etc. Pero su obra magna iniciada con aquel citado compendio fue su *Tratado de Psiquiatría*, donde elabora una nosología fundada en un criterio evolutivo que alcanzó prestigio internacional y que se reconoce aún hoy como uno de los mayores aportes de la psiquiatría alemana. Kraepelin falleció víctima de una Neumonía el 7 de octubre de 1926 cuando estaba redactando la novena edición de su *Tratado* (12, pp. 664 -665).

Nuestro autor se formó en la escuela organicista. Su carácter reservado, minucioso y respetuoso del orden está reflejado en el gran esfuerzo que desarrolló para escribir su libro en sucesivas ocho ediciones. El tratado, revolucionario en cuanto a su estructura nosológica, ordena las enfermedades, a diferencia de la concep-

ción sintomática vigente, según dos conceptos: la evolución de la entidad morbosa y el estado terminal del paciente. Concibió una nueva enfermedad: la Demencia Precoz, agrupando tres tipos clínicos principales: la Catatonía de Kahlbaum descrita entre 1863 y 1874, la Hebefrenia diferenciada por Hecker en 1871 y una forma delirante que llamó Paranoide. Esta última, adquirió gran prestigio nosológico internacional y la diferenciación de la Paranoia donde existía un sistema delirante sin alteración del pensamiento, la voluntad y la acción. Años después agregó una forma de demencia simple en la que se observa un debilitamiento intelectual progresivo sin llegar a una forma defectual profunda. En opinión de Kraepelin según León “lo fundamental de la esquizofrenia es la perturbación de la afectividad, el empobrecimiento de sentimientos, impresiones vitales e intereses y el debilitamiento del juicio, en ausencia de fallas en el entendimiento y la memoria” (7, p. 533). La Demencia Precoz evoluciona en sucesivos brotes que van dejando casi siempre como secuela el deterioro o defecto psicológico (9).

Por otra parte consiguió, con el mismo criterio evolutivo, dar definitivamente sustento a la Psicosis Maníaco-Depresiva recogiendo el antiguo material clínico que desde la época de los griegos (Platón, Aretio de Capadocia), destacada por los franceses (J.P. Falret, Baillarger) venía hablándose de la melancolía y la manía como una única entidad. La Psicosis Maníaco-Depresiva cursa en fases sin provocar defecto, si bien algunos psiquiatras han observado también deterioro aunque muy raramente diferenciándolo de la Pseudo Demencia Depresiva.

Kraepelin distinguió cuatro formas clínicas de la psicosis maníaco-depresiva:

1. los estados maníacos,
2. los estados depresivos con la melancolía simple que cursa desde una inhibición simple hasta el estupor, la melancolía grave con un delirio melancólico, hipocondríaco o con ideas de negación de órganos (Síndrome de Cotard) y una melancolía confuso-onírica semejante a los accesos delirantes ansiosos de Magnan
3. los estados fundamentales en los que no existe interrupción entre los distintos estados morbosos que si bien pueden mostrarse en forma atenuada, coinciden con el temperamento ciclotímico.
4. los estados mixtos en donde encontramos elementos maníacos asociados en el mismo acceso a elementos depresivos, hallazgo vislumbrado por el belga Guislain, aunque fue nuestro autor quien los rescató y con eso dio otro gran empuje a la teo-

ría de la enfermedad bipolar como una unidad mórbida.

Para ambas entidades, la Demencia Precoz y la Psicosis Maníaco-Depresiva propuso un origen endógeno, es decir, que su causa debía buscarse en la organización interna de la personalidad, fundamentada en la herencia y en un ambiente psicológico definido (7, pp. 217-224). (Más adelante encontraremos a H. Tellenbach quien se dedicó especialmente a este aspecto al estudiar la depresión).

Como recién dijimos, nos corresponde estudiar a continuación a un autor que, aunque coincidía con los conceptos kraepelinianos, concluyó que había que modificar el nombre y aclarar que no hay una entidad sino que son un grupo de enfermedades que tienen en esencia ciertas características psicopatológicas especiales.

EUGÈNE BLEULER (1857-1940)

Nuestro autor nació el 30 de abril de 1857 en Zollikon, próximo a Zurich. Estudió Medicina en su Universidad y Psiquiatría desde 1881 en el Hospital de Waldau a cargo de Schaerer. Continuó su formación en París con J.P. Charcot y Jacques Magnan, luego en Londres y Munich, terminando un año de internado en el Servicio de Auguste Forel en la Clínica de Burghölzli, en Zurich. Nombrado director del asilo de Rheinau para incurables, permaneció doce años ahí, lo que le permitió convivir intensamente con los pacientes. En 1898 reemplazó a Forel en Zurich, donde permaneció hasta su retiro en 1927. Entre sus ayudantes recordemos a Karl Abraham, Ludwig Binswanger, Carl G. Jung y Eugène Minkowski. Eugen Bleuler falleció el 9 de febrero de 1940 (12, pp. 598-599).

Cabe hacer presente que a través de Jung, Bleuler recibió la influencia del psicoanálisis si bien nunca se declaró psicoanalista. También se comunicó con Freud, quien estaba muy interesado en su integración al movimiento psicoanalítico, pero aquél le señaló con razones bien fundadas, su imposibilidad (2). Sin embargo, Bleuler siempre tuvo presente el rol jugado por los complejos y el inconsciente.

A medida que más conocía a sus enfermos más convencido estuvo del ordenamiento kraepeliniano de las dos grandes enfermedades endógenas. Sin embargo la observación de los dementes precoces le permitió concluir que el nombre Demencia Precoz no correspondía con la realidad: muchos enfermos no se demencian al comienzo, incluso en algunos es difícil comprobar un claro deterioro a lo largo de los años. Pero a lo expuesto

hay que agregar el hecho más importante que llevó a Bleuler a proponer un cambio al nombre. Nos referimos a su proposición de que la característica principal de la enfermedad es un desdoblamiento de las funciones psíquicas por la cual la personalidad pierde su unidad. De ahí que haya concluido cambiar el nombre e inventó el neologismo “esquizofrenia”, que proviene del término griego correspondiente a escindir, es decir, a la disociación del psiquismo. Bleuler hace notar que aunque utiliza el singular reconoce que hay varias formas de la enfermedad que aquí no repito por ser de todas conocidas. Su primera publicación fue en un capítulo del libro de Gustav Aschaffenburg, pero su propio libro fue la *Demencia Precoz*. El Grupo de las Esquizofrenia apareció en 1908 si bien en ediciones posteriores mejoró su presentación. El texto –dando cuenta del gran contacto que tuvo con sus pacientes– describe, enriquecido por numerosos ejemplos, los síntomas de la enfermedad (1). Aquí sólo destacaremos la sintomatología principal pero no nos adentramos en el resto. En todo caso esperamos abrir la curiosidad del lector que no conozca el libro pues, en mi opinión, es uno de los más completos en la descripción de la enfermedad.

Bleuler, atento a la presentación clínica, describió síntomas fundamentales simples como las alteraciones de las asociaciones, donde éstas pierden su continuidad desapareciendo la idea principal, apareciendo síntomas como laxitud, disgregación, bloqueo del pensamiento, etc.; los cambios de la afectividad, destacando la indiferencia, la discordancia ideoaffectiva, el empobrecimiento emocional, y la ambivalencia: “otorgando a los psiquismos más diversos un índice positivo y otro negativo al mismo tiempo” (1, p. 61), distinguiendo ambivalencia afectiva, intelectual y de la voluntad. En cuanto a los síntomas fundamentales compuestos, describe el autismo como la pérdida del contacto con la realidad que puede ser tenue o tan intenso como observar a un enfermo inmóvil, indiferente, incapaz de huir ante el fuego; otros son la alteración de la atención, la voluntad y la personalidad, para cuya descripción remitimos al lector directamente a la fuente. Del mismo modo hay que revisar los síntomas accesorios que no siempre están presentes, y que en otras ocasiones aparecen más manifiestos que los fundamentales. Por último, respecto al pronóstico, a diferencia de Kraepelin que aceptaba la cura, Bleuler prefiere hablar de importante mejoría pues a su juicio no hay restitución *ad-integrum*.

El autor que revisamos a continuación ocupa un lugar destacado en la historia no sólo alemana sino universal, pues, como se verá, su aporte es crucial en el estudio de la psiquiatría.

KARL JASPERS (1883-1969)

Jaspers nació en Oldenburg, en Alemania, de familia campesina y comerciante –si bien el padre fue abogado– el 23 de febrero de 1883. De acuerdo con los deseos paternos inició la carrera de Leyes en 1901 que abandonó al año siguiente para ingresar a Medicina en Berlín. Antes de recibirse se casó con Gertrudis Mayer en 1910. Se trasladó posteriormente a Gotinga y luego a Heidelberg en 1908, donde fue asistente de Frans Nissl, emprendiendo así su carrera académica por cuatro décadas, hasta su autoexilio en 1948 –siempre acompañado de su esposa– a Basilea, desencantado de la concepción de universidad imperante. Jaspers afirma: “En el fondo se había transformado nuestra conciencia existencial. El Heidelberg actual no era ya algo nuestro” (11, p. 153). Fallece allá el 26 de febrero de 1969 (10).

Jaspers desde 1915 había dado muestras de sus otros intereses, de tal modo que desde 1913 enseñó psicología en la Facultad de Letras y en 1921 cambió definitivamente su interés hacia la filosofía –obteniendo la cátedra– que enseñó en la misma Universidad hasta 1937, fecha en que fue despedido por el gobierno nacional socialista pues su mujer era judía. Al respecto, es conmovedor y ejemplar el testimonio de Jaspers sobre su amor a su mujer y a Alemania que no abandona no obstante los riesgos evidentes. En su *Diario* de su amor conyugal dice “Que el mundo, que nos quiere separar mediante la clasificación racial, no penetre en nosotros; que permanezcamos *absolutamente* solidarios, y no sólo solidarios bajo determinadas condiciones”. (...) “Esta solidaridad es absoluta” (11, p. 151). De su amor a su tierra natal y a su universidad a lo ya citado remito a Ojeda.

Aunque como dijimos dedicó su principal obra a la filosofía, antes de abandonar la medicina escribió a los 30 años un libro que revolucionó la Psiquiatría. En efecto, en 1913 salió a la luz la primera edición de su *Psicopatología General*, obra que, perfeccionada en sucesivas ediciones (la última de 1942), revolucionó la investigación de la psicopatología y entregó un invaluable instrumento para el estudio de la enfermedad mental.

Jaspers afirma que la fenomenología “tiene la misión de representar intuitivamente los estados psíquicos que experimentan los enfermos, según sus condiciones de afinidad, se limitan, se distinguen y se aplican términos precisos. Con esta finalidad se describen las manifestaciones externas del estado anímico, se estudian sus condiciones, se comparan entre ellas mediante autodescripciones y confidencias de los enfermos” (6, p. 159).

Jaspers aclara que más que una acumulación de conocimientos, lo que interesa es desarrollar una conciencia metódica. Mario Vidal recuerda que Jaspers ha destacado que la psicopatología tiene que alcanzar una forma explicativa utilizando los métodos de las ciencias naturales, y otra comprensiva sirviéndose de los métodos de las ciencias del hombre (15).

Sin el método no es científicamente posible aprehender el objeto. Sin un método no hay conocimiento posible. Sin embargo hay que conocer las limitaciones del método y por lo tanto saber complementarse (ayudarse) con otros modos (métodos) de aprehensión (15). A este propósito el mismo Vidal destaca que, de acuerdo con Jaspers, “la pluridimensionalidad del objeto de la psicopatología se corresponde con el pluralismo metodológico necesario para su estudio” (15, p. 15). Para esta última Jaspers recurre al estudio de la psicopatología utilizando el método fenomenológico, método fundado por Edmund Husserl, con el fin de estudiar los fenómenos como se dan en la conciencia eludiendo cualquier obstáculo que entorpezca su comprensión.

Mediante este método se pretende describir lo experimentado en la conciencia tal como es descrito por el paciente. Es importante consignar, entre otras cosas, que es la forma de los fenómenos anormales más que los contenidos mismos lo que interesa en la fenomenología. Asimismo la experiencia de lo empatizable, es decir que lo vivido por el paciente es reconocido como natural y evidente que no requiere mayor comprobación. Por otra parte los conceptos *comprender* y *explicar* o *proceso* y *desarrollo* como trascendentales en la comprensión fenomenológica, son descritos en el trabajo de Ivanovic-Zuvic –ya citado– y analizados magistralmente por el propio Jaspers (7).

El mejor entendimiento del libro de Jaspers –complejo sobre todo en su primera edición– dividido, según los métodos citados para el estudio de la psicopatología, puede ser ayudado por el texto de Vidal. Acá, limitados por su amplitud y complejidad, sólo destacamos las siguiente partes y capítulos:

- 1^a Destinada a la aprehensión de distintos hechos particulares, subjetivos (vivencias) como objetivos (rendimientos cognitivos, manifestaciones expresivas, conductas explícitas, etc.).
- 2^a Dirigida a la aprehensión de las relaciones en que entran los hechos psíquicos: entre sí (relaciones comprensibles) y con el cuerpo (relaciones explicativas).
- 3^a Dedicada a la captación de totalidades relativas a esos hechos particulares (estado de la conciencia, inteligencia, imagen y concepción del mundo),

relativas a sus relaciones (caracterología, teorías explicativas) y otras relativas a la enfermedad mental (nosología) y de aquellos factores que pueden modificarla (biografía, constitución psicofísica, etc.).

- 4^a Describe el alma anormal en la sociedad y en la historia (herencia, situación sociológica, religión, aspectos históricos, etc.).

Termina el libro con un apéndice, donde, entre otras, se describen las tareas terapéuticas y la historia de la psicopatología como ciencia.

Corresponde por último presentar a un colega que tuvo íntimo contacto con nuestro país y que aportó a la formación de varios colegas chilenos en el ámbito de la psiquiatría antropológica.

HUBERTUS TELLENBACH (1914-1994)

Tellenbach nació en Colonia el 15 de marzo de 1914. Recibió la influencia de un tío materno, el Dr. Engelbert Sons, médico con gran vocación de servicio, y del teólogo Theodor Willemsen, su profesor de religión.

Bachiller en 1933 estudió conjuntamente Filosofía y Medicina en varias ciudades alemanas, doctorándose en Filosofía en Kiel y Medicina en Munich el mismo año de 1938.

Ingresó a la Clínica de Neurología y Psiquiatría de Munich dirigida por el Profesor Oswald Bumke. Por esa época se casó con la doctora Ingeborg Goose, con la cual tuvo tres hijos. Desgraciadamente fue llamado a filas al inicio de la segunda guerra mundial. Como médico militar vivió la horrible campaña de Rusia, de la cual fue retirado herido gravemente en 1943. Al terminar la guerra fue detenido y trasladado a EE.UU. donde fue liberado cercas de dos años después. Cabe destacar que durante su cautiverio organizó con otros académicos cursos de distintas materias que permitían a los docentes mantenerse activos intelectualmente –en base a sus propias memorias– y a los soldados distraerse y adquirir conocimiento.

Ya en Alemania, en la misma clínica de Munich, a cargo ahora del Profesor Sterz, se recibió en 1952 de Neurólogo y tiempo más tarde de Psiquiatra con un trabajo antropológico sobre la espacialidad en la Melancolía.

En 1972 lo vemos ya en Heidelberg, donde en una esforzada carrera alcanzó en 1958 el título de Profesor de Neurología y tiempo más tarde el de Psiquiatría.

Por sus múltiples intereses científicos, poéticos y artísticos en general, que se manifiestan en una notable producción académica, generosa actividad docente

y extraordinaria calidad clínica fue reconocido en Sociedades de numerosos países. Según Dörr, ha sido considerado como la figura más influyente de la psiquiatría alemana de la segunda mitad del siglo veinte. El Profesor Tellenbach falleció en Munich el 4 de septiembre de 1994 (4, pp. 187-197).

De su obra tan amplia entregaremos, con las limitaciones de esperar, un resumen de los aspectos centrales de *La Melancolía*, que esperamos invite a la lectura del texto. Este libro está dedicado a la depresión desde una perspectiva fenomenológica, respaldado por un estudio prolijo, rico en descripción de casos de pacientes monopolares ingresados en 1959 en la Clínica de Heidelberg. Tellenbach, de acuerdo con el vocablo griego, llamará a la depresión melancolía (bilis negra, amargura).

En el libro Tellenbach rescata el término endógeno aparecido a principio del siglo XX, para ubicar al grupo de enfermedades que cumplen con las características de la endogenidad distinguiéndolas de las otras “causas” de enfermedades mentales: las de origen somático (somatogénesis) y psíquico (psicogénesis).

Es propio del espectro de lo endógeno lo rítmico del acontecer vital, como por ejemplo el ritmo sueño-vigilia, el ritmo de los apetitos oral, sexual, etc. Lo rítmico se aprecia claramente en la morbilidad de la Melancolía con su reaparición cuando se dan ciertas condiciones patógenas. Otra característica es la transformación del ritmo del acontecer, en donde se rompe lo unitario de aquellos ritmos como acontece precisamente en las psicosis endógenas sea en la depresión o en la catatonías periódicas. Una tercera condición es la transformación de la cinesis del acontecer vital, que en la psicosis maniaco-depresiva va de un enlentecimiento estuporoso hasta el frenesí maniaco. Una cuarta cualidad es lo global de la transformación de la existencia. El ser del hombre es transformado en forma radical, lo que se aprecia en forma más evidente en la Esquizofrenia pero que también está presente en las fases de la Psicosis Maníaco-Depresiva. Una quinta característica es la vinculación con etapas de la maduración, como la adolescencia, la adultez y la ancianidad en procesos naturales. Son formas patológica ligadas a la maduración los trastornos de la conducta alimentaria, la hebefrenia y las psicosis involutivas. Una penúltima condición de lo endógeno es su ligazón con la constitución y la herencia pues los modos de ser son hereditarios, como por ejemplo el tipo melancólico. Una última cualidad de la endogenidad la constituye la reversibilidad. Esta se aprecia sobre todo en la melancolía con su característica recuperación aun sin la ayuda de los medicamentos como lo prueba su evolución antes de la era farmacológica (3, 14). Visto lo descrito, se impone la

pregunta ¿qué rol juega la herencia? Y Tellenbach tiene una respuesta, la reconoce, ¡que duda cabe después de los estudios genéticos!, pero como una posibilidad –más marcada en los gemelos univitelinos– pues agrega la importancia de la situación patógena y de cierto modo de ser. Sobre esta última, concluye describiendo el “*Typus Melancholicus*” caracterizado por varios rasgos como el afán de orden, la autoexigencia, la disponibilidad para los demás, y una marcada escrupulosidad con un exacerbado sentimiento de culpa. Además del valor en sí para Tellenbach, estos rasgos en ciertos momentos –puestos en tensión y entrando en contradicción ante situaciones determinadas– son situaciones premelancólicas –desencadenantes de la depresión.

Al respecto, afirma Tellenbach que ciertas condiciones vitales generan constelaciones decisivas para la aparición de la melancolía. En la primera se refiere a la incapacidad de salvar los límites (morales, sociales, laborales, etc.) dado principalmente por su necesidad de orden, quedando el ser encerrado en una situación insostenible que termina en la paralización. Denomina Tellenbach a esta constelación *includencia* como un aspecto patogenético decisivo de la transformación endógena-melancólica. En la segunda alude a una detención del “ser-ahí”, pues aparece un adeudar respecto de diversas exigencias (rendimiento, orden en el amor para los otros, lo ético o lo religioso) configurándose un quedar retrasado, constelación que Tellenbach llama *remanencia* y que termina también en el estancamiento. En verdad dice Tellenbach que “En toda constelación premelancólica aparecen siempre ambos fenómenos” (14, p. 178). En lo principal en ambas constelaciones surgen contradicciones insalvables entre los rígidos rasgos y ciertas situaciones insostenibles para el paciente que terminan por precipitarlo en la melancolía.

En cuanto al tratamiento, Tellenbach concuerda en la necesidad de utilizar antidepresivos como primera medida (sin descartar el uso de la TEC cuando sea preciso), y una vez conseguido su efecto continúa con la etapa psicoterapéutica. Ésta “consiste en una suavización, disolución y evitación de situaciones que resultan patógenas de diversos modos y que preceden a la transformación endógena. La cuestión de las recibidas se halla íntimamente vinculada a este saneamiento de las situaciones patógenas” (14, p. 215). Tomar conciencia de sus rasgos, buscando flexibilizarlos, aclarando la importancia en la generación de la enfermedad; sin embargo el autor propone que siempre hay que considerar la terapéutica de la estructura –aludiendo al psicoanálisis– que si bien es compleja y a veces impracticable sería la única terapia verdaderamente “causal”.

REFERENCIAS

1. Bleuler E. *Demencia Precoz El Grupo de las Esquizofrenias*. Ediciones Hormé Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina
2. Decker H. "What will happen if My Zurichers desert me?": *The favourable reception on Psychoanalysis in Switzerland* en *The Psychiatric Clinics of North America* (1999) History of Psychiatry Room S, Friedman R. Editors Vol 17 N° 3: 637-648 W. B. Saunders Company Philadelphia USA
3. Dörr O. (1995) *Psiquiatría Antropológica. Contribuciones a una Psiquiatría de Orientación Fenomenológica-Antropológica*. Editorial Universitaria, Santiago, Chile
4. Dörr O. (1996) *Espacio y Tiempo Vividos. Estudios de Antropología Psiquiátrica*. Editorial Universitaria, Santiago, Chile
5. Henrik Peters U. (2001) Un Siglo de Psiquiatría Alemana. *Persona* N° 4 pp. 11-52 en <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdf.jsp?iCve=14718178001>
6. Ivanovic-Zuvic F. (2000) *El legado de Karl Jaspers*. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* Vol. 38, N° 3: 157-165
7. Jaspers K. (1963) *Psicopatología General*. Editorial Beta, Buenos Aires, Argentina
8. Kraepelin E. (1999) *Cien años de psiquiatría. Una contribución a la historia de la civilización*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, España
9. Kraepelin E. *Traducción de un fragmento del Tratado de Psiquiatría* en <http://www.alcmeon.com.ar/3/11/a.11-08.htm>
10. Kraepelin E. *Biografía* en <http://www.historiadelamedicina.org/kraepelin.html>
11. Ojeda C. (2000) *Karl Jaspers: amor, destino y libertad*. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* Vol. 38, N° 3: 150-156
12. Postel J, Quérel C, Coordinadores (2000) *Nueva Historia de la Psiquiatría*. Fondo de Cultura Económica, 2ª edición, México
13. Shorter E. (1997) *A History of Psychiatry From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. John Wiley & Sons, Inc New York USA
14. Tellenbach H. (1976) *La Melancolía. Visión Histórica del Problema. Endogenidad. Tipología. Patogenia*. Clínica Ediciones Morata, Madrid, España
15. Vidal M. (2003) *Para Leer a Jaspers. Invitación a la Psicopatología General*. Editorial Universitaria Santiago Chile
16. Vidal G, Alarcón R, Lolas F, Directores (1995) *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. II Macropedia*. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina