

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 8, VOLUMEN 8, Nº 4 DICIEMBRE DE 2012

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

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

## IMPORTANTE

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

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

### SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... suscripción gratuita  
Médicos no psiquiatras ..... \$ 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](mailto:cyc@consultoriaycapacitacion.cl)

Fono: (56-2) 269 7517

\* Suscripción por 1 año (cuatro números).

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

Revisión · Investigación · Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

## DIRECTOR ACADÉMICO

Dr. César Ojeda

## SECRETARIA ACADÉMICA

Ps. Anneliese Dörr

## EDITOR GENERAL

Dr. Alberto Botto

## SUB-EDITORES

Dra. Patricia Cordella, Dr. Paul Vöhringer

## SUB-EDITOR INTERNACIONAL

Ps. André Sassenfeld

## CUERPO EDITORIAL

Dra. Julia Acuña, Dra. Claudia Almonte, Dr. Félix Bacigalupo, Ps. María Luz Bascuñán, Dr. Sergio Bernales, 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](http://www.revistagpu.cl)

---

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

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

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

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

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

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)

## NUEVO MIEMBRO DEL CUERPO EDITORIAL

---

**¡BIENVENIDO!**



### **SERGIO BERNALES MATTA**

Médico U. de Chile (Marzo 1975). Psiquiatra H. Psiquiátrico 1975 a 1982 (Urgencia y Jefe sector 1 a lo largo de esos años). Magíster Filosofía U. de Chile. Profesor Adjunto Ad honorem Instituto Neurociencias Clínicas U. Austral de Valdivia. Profesor Magíster U. Alberto Hurtado. Fundador, ex Presidente y Director del Instituto Chileno de Terapia Familiar. Miembro de Sonepsyn. Miembro fundador de Sodepsi. Miembro del Comité Asesor Internacional de la revista *Sistemas Familiares*, Buenos Aires. Terapeuta Familiar y de Parejas. Director de la *Revista de Familias y Terapias*. Autor de diversos artículos y capítulos de libros en temas de la especialidad.



**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 de 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

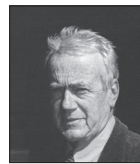
Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

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. En 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. Gomboroff y P. Olivos. Editor durante 4 años de la *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Trabajos publicados en esa revista, en la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y en la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* y en [drpolivos.googlepages.com](http://drpolivos.googlepages.com)  
Actualmente médico psiquiatra en consulta privada y participante en el GDT de Psicoterapia en SONEPSYN (Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía).



**GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL**

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



**POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI**

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



**PEDRO RETAMAL C.**

Médico Psiquiatra, Director de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Profesor de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.  
Director de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (periodo 2004-2006), Coordinador del Grupo de Trabajo Enfermedades del Ánimo de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Director Médico de la Agrupación de Pacientes Bipolares y Depresivos del Hospital Salvador, Director Médico de la página [www.psiquiatriachile.cl](http://www.psiquiatriachile.cl), Miembro del Grupo de Psiquiatría de la Clínica Santa María.  
Es autor y editor de los siguientes libros: *Indicaciones Psicofarmacológicas en la Práctica Médica* (1991); *Depresión, Diagnóstico y Tratamiento* (1992); *Tópicos en Enfermedades Afectivas* (1993), que

corresponden a Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile; *Depresión: Guías para el Paciente y la Familia* (1998), Editorial Universitaria; *Desarrollos en Enfermedades del Ánimo* (1999); *Avances en Enfermedades del Ánimo* (2001), que son Ediciones del Departamento de Psiquiatría, Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; *Enfermedad Bipolar, Guía para el Paciente y la Familia* (2001). *Depresión, Clínica y Terapéutica* (2003), de Editorial Mediterráneo.



**RAÚL RIQUELME VÉJAR**

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

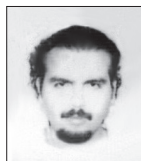
Miembro del Comité Editorial del *Journal of Family Psychotherapy*.



**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 Posdoctoral 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 sobre 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](mailto: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

---

## 369 EDITORIAL

- 369 CUERPO Y TERAPÉUTICA EN PSIQUIATRÍA:  
LA HERENCIA OLVIDADA DE MERLEAU-PONTY  
*Alberto Botto*

## 371 ACADÉMICAS

- 371 IARPP INTERNATIONAL CONFERENCE. SANTIAGO-CHILE 2013
- 372 PRIMER CONGRESO DE LA SOCIEDAD CHILENA PARA EL  
DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA

## 382 COMENTARIO DE LIBROS

- 382 THE REPRODUCTION OF EVIL: A CLINICAL AND CULTURAL  
PERSPECTIVE  
Autora: Sue Grand  
Editor: Analytic Press, 2002  
Relational Perspectives Book Series, 17  
*Comentarista: Catalina Scott*

- 384 PENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA  
Autor: Donna M. Orange.  
Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2012  
*Comentarista: Jaime Landa*

- 386 EL ENIGMA SPINOZA  
Autor: Irving Yalom  
Editorial: Emecé, Buenos Aires, 2012  
*Comentarista: Ramón Florenzano*

- 387 MORIRSE DE VERGÜENZA  
Autor: Boris Cyrulnik  
Editorial: Debate, 2011, 223 pp.  
*Comentarista: Claudia Almonte*

## 389 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

## 396 ENTREVISTA DE GPU

- 396 ENTREVISTA AL PROF. DR. MARIO GOMBEROFF JODORKOVSKY

## 410 ENSAYO

- 410 PERSONALIDAD LIMÍTROFE: APORTES DE MARTIN HEIDEGGER  
Y JAMES CÔTÉ AL PROBLEMA DE LA IDENTIDAD EN NUESTRA  
ÉPOCA POSMODERNA  
*Anneliese Dörr y Paulina Chávez*

- 417 OBJETO, NATURALEZA Y LÍMITES DE LA PSICOLOGÍA DE LAS  
CONCEPCIONES DEL MUNDO  
*Hernán Villarino*

## 426 CASO CLÍNICO

- 426 UN ANTIGUO CASO DE OBSESIÓN-COMPULSIÓN Y SU INÉDITA  
MEJORÍA POSTERIOR A UNA CRISIS CONVULSIVA  
*César Ojeda*

## 430 COMENTARIO AL CASO CLÍNICO

- 430 COMENTARIO A UN ANTIGUO CASO DE OBSESIÓN-COMPULSIÓN  
Y SU INÉDITA MEJORÍA POSTERIOR A UNA CRISIS CONVULSIVA  
*Patricia Cordella*

## 434 PSICOPATOLOGÍA

- 434 LA PSICOPATOLOGÍA EN LOS INICIOS DE LA MODERNIDAD EN  
AMÉRICA LATINA. ANÁLISIS HISTORIOGRÁFICO DE UN CASO  
CLÍNICO: "LA ENDEMONIADA DE SANTIAGO"  
*Gonzalo Peralta y Leonor Irrarrazaval*

## 443 REVISIÓN

- 443 APEGO, NEUROBIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA DEL TRASTORNO  
DE PERSONALIDAD LÍMITE  
*Simón Guendelman, Viviana Miño y Loreto Garay*

- 453 EL PARADIGMA EXPERIENCIAL A PROPÓSITO DEL PROBLEMA  
MENTE-CUERPO  
*Álvaro Wolfenson*

## 457 ARTE Y PSICOANÁLISIS

- 457 LA MUJER QUE HAY EN LA MADRE  
*Soledad Peñafiel*

- 463 REFLEXIONES EN TORNO A UN TIPO PARTICULAR DE PEDOFILIA  
A LA LUZ DEL ANÁLISIS DE LA ÓPERA: "PETER GRIMES"  
*Irene Dukes*

## 472 CALIDAD ASISTENCIAL

- 472 PROPUESTA PARA UNA NORMATIVA: USO, MANEJO Y CUSTODIA  
DE LA FICHA Y OTROS REGISTROS CLÍNICOS DEL INSTITUTO  
PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ BARAK"  
*Rafael Céspedes*

## CUERPO Y TERAPÉUTICA EN PSIQUIATRÍA: LA HERENCIA OLVIDADA DE MERLEAU-PONTY

Alberto Botto

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) fue un existencialista que recibió el influjo de la fenomenología, la psicología científica y la biología. A pesar de la brillantez y profundidad de su pensamiento llama la atención la escasa disponibilidad de sus libros traducidos al castellano. La *Fenomenología de la percepción*, su obra más importante, es hoy prácticamente inencontrable y los escasos ejemplares disponibles corresponden a ediciones antiguas, en su mayoría descatalogadas. Merleau-Ponty fue profesor titular de filosofía en el Collège de France, participó desde su fundación en la mítica revista *Les Temps Modernes* y polemizó abiertamente con su amigo Jean Paul Sartre. En su filosofía es fundamental la manera en que elabora su concepción del cuerpo. El cuerpo –plantea Merleau-Ponty– es nuestro medio general de tener un mundo, de ser-en-el-mundo, y la percepción el fenómeno a través del cual el cuerpo se inserta en ese mundo: la corporalidad entendida como cuerpo *vivido*. Sin embargo, dentro del conjunto de objetos dispuestos en el mundo, el cuerpo se distingue del resto por ser percibido en forma permanente, esto es: por ser un objeto que no nos deja. De esta manera, asumiendo una postura que para muchos ha sido considerada como radical, Merleau-Ponty llega al extremo de afirmar que “No hay que preguntarse, pues, si percibimos verdaderamente un mundo; al contrario, hay que decir: el mundo es lo que percibimos”<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Planeta-De Agostini, Barcelona, 1984.

En el terreno de la psicología experimental fue Francisco Varela quien probablemente desarrolló de manera más lúcida la vertiente del pensamiento que Merleau-Ponty inaugurara con su *Fenomenología de la percepción*. La deuda de Varela hacia el filósofo francés quedó plasmada en muchos de sus trabajos, especialmente en “De cuerpo presente”<sup>2</sup> donde, a la luz de las ciencias cognitivas contemporáneas, hace explícita su intención de continuar por la senda programática de Merleau-Ponty. Allí, Varela reconoce la importancia de comprender el cuerpo no sólo como una estructura física sino como una estructura *viva* (cuerpo biológico) y *vivida* (cuerpo fenomenológico). Este doble sentido de la corporalidad es el punto de partida en el cuestionamiento de la idea clásica que considera la cognición como la representación del mundo a través de un aparato perceptivo independiente de él. Por el contrario, Varela propone el término *enactivo* para referirse al enfoque en el cual la percepción toma la forma de una *acción corporizada*.

Para Merleau-Ponty los síntomas y, por extensión, la psicopatología<sup>3</sup> sólo pueden comprenderse en términos del ser-en-el-mundo de la persona. Ahora bien; si plantear un diagnóstico significa comprender, ¿de qué

<sup>2</sup> Varela F, Thomson E, Rosch E, *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Gedisa, Barcelona, 2011.

<sup>3</sup> Al respecto véase, por ejemplo, la detallada descripción y el lúcido análisis fenomenológico que Merleau-Ponty hace del llamado “miembro fantasma” en su *Fenomenología de la percepción*.

manera estamos comprendiendo los trastornos mentales en la actualidad? Nos encontramos a un paso de la publicación del DSM-5, uno de los manuales de diagnóstico más utilizados en occidente. Sabemos que la concepción que tenemos acerca de las enfermedades mentales varía según una serie de factores tanto culturales como sociales y, por supuesto, según el nivel de conocimiento que se tenga acerca de su naturaleza y sus mecanismos. Así, mientras por décadas predominó una mirada “psicologista”, para luego dar paso a una postura “biologista”, hoy nos encontramos ante una especie de híbrido conceptual amparado por la ubicuidad del enfoque “bio-psico-social” el cual, desde el punto de vista de los tratamientos, encuentra su expresión en términos como “neuropsicoterapia”, “neuropsicoanálisis” o las llamadas terapias “psicobiológicas”. En consecuencia, la manera de comprender el origen de las enfermedades mentales también influye sobre la manera de comprender los tratamientos que implementemos para curarlas. Si tomamos como ejemplo la depresión vemos que la efectividad de las intervenciones ha sido puesta en entredicho por la evidencia proveniente de la investigación empírica. A lo anterior se suman las múltiples complejidades que plantea el diagnóstico: por ejemplo, con frecuencia una depresión que no responde a las indicaciones es considerada inmediatamente como un cuadro depresivo resistente cuando, en realidad, se trata de una pseudoresistencia debido a que el diagnóstico de bipolaridad no fue explorado suficientemente a fondo. Con esto quiero decir que no sólo es necesario evaluar de manera crítica cuán efectivos son los tratamientos, sino también –siendo igualmente importante– cuán válidos son los criterios diagnósticos que estamos utilizando, pregunta que, al fin y al cabo, gracias al afán objetivista y supuestamente ateorico del DSM, pocos parecieran cuestionar. El asunto pasa, entonces, por discutir no sólo la efectividad de los tratamientos sino también la naturaleza del objeto de nuestro empeño. Dicho de otra manera: ¿estamos tratando correctamente aquello que se supone que debemos tratar?

Probablemente uno de los mayores desafíos que plantea la investigación neurocientífica en torno a los sistemas complejos como el cerebro/mente<sup>4</sup> humanos

se halle en la forma de incorporar dentro de sus métodos la complejidad inherente a dichos fenómenos sin que por eso pierda su valor heurístico. Es evidente que existen enfermedades como la esquizofrenia o el trastorno bipolar de tipo I donde el abordaje farmacológico es la indicación de primera línea; sin embargo, cada día aparece más evidencia respecto a la utilidad de los tratamientos combinados. Incluso hay autores que plantean –aún de manera experimental, por cierto– que el uso de sustancias prosociales como la oxitocina<sup>5</sup> puede ser beneficiosa en momentos específicos de las psicoterapias (en el comienzo, en situaciones de crisis o ante rupturas de la alianza) a través del fortalecimiento del vínculo en ciertos casos tal como ocurre, por ejemplo, en el manejo de los trastornos de la personalidad. Según este modelo, el uso de medicamentos, más que tratar enfermedades (desde el punto de vista categorial) puede entenderse conceptualmente como una farmacoterapia “pro-psicoterapéutica”<sup>6</sup> cuyo objetivo es complementar las intervenciones psicosociales considerando no tanto las “vulnerabilidades” sino las “sensibilidades” específicas de cada paciente, tanto biológicas como emocionales y culturales.

Entonces ¿qué nos enseña Merleau-Ponty? A mi juicio, desde el punto de vista de la terapéutica, su herencia consiste en comprender que al tratar a una persona siempre tratamos una mente y siempre tratamos un cuerpo (es decir, un *cuerpomente*); por lo tanto, en sus fundamentos, los tratamientos en psiquiatría serán siempre una psicoterapia y toda psicoterapia será también un tratamiento del cuerpo. Utilizando una bella analogía, Merleau-Ponty considera que no es el objeto físico con lo cual debemos comparar el cuerpo sino, más bien, con la obra de arte; es decir, con un “nudo de significaciones vivientes”, donde “el brazo visto y el brazo tocado [...] hacen conjuntamente un mismo gesto”<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Para Panksepp este término debiera ser modificado (eliminando el signo que separa un concepto del otro) simplemente por cerebromente o mentecerebro según el sentido de la causalidad a la que nos refiramos. En: Panksepp J, Biven L. *The archaeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York, U. S. W. Norton & Company, Inc.; 2012.

<sup>5</sup> Ver editorial del número anterior en Rev GPU 2012; 8; 3: 232-234.

<sup>6</sup> Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P, Heinrichs M. Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. *Nature Review Neuroscience* 2011; 12: 524-538.

<sup>7</sup> Merleau-Ponty M, *óp. cit.*

**IARPP** INTERNATIONAL CONFERENCE  
**SANTIAGO-CHILE**  
INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR RELATIONAL PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOTHERAPY **2013**



**A Meeting of  
Traditions:  
Field, Link and Matrix in  
Psychoanalytic Theory and  
Practice**

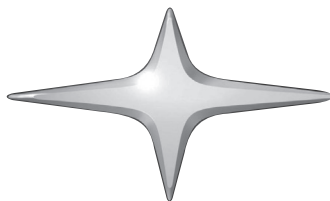
**Encuentro de  
Tradiciones:  
Campo, Vínculo y Matriz en  
la Teoría y Práctica  
Psicoanalíticas**

**CO-CHAIRS**

**María Eugenia Boetsch Salas, Ps.  
Juan Francisco Jordán Moore, M.D.**

Centro de Extensión de la Pontificia Universidad  
Católica de Chile  
7 al 10 de noviembre de 2013 - Santiago, Chile  
sitio oficial: [www.iarpp2013.cl](http://www.iarpp2013.cl)

Más información en Capítulo Chileno de la IARPP:  
[www.iarppchile.cl](http://www.iarppchile.cl)



# 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. Geryal 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](http://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

Salud mental y cultura

Sr. Rodrigo Flores

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

Sr. 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 a la comprensión de la intersubjetividad  
Sr. Jorge Acevedo

09:30 - 10:00

Dramaturgia y Psicoterapia  
Dr. Marco Antonio de la Parra

10:00 - 10:30 Café

10:30 - 11:00

Psicoanálisis: entre la psicopatología y la cultura  
Dr. Juan Pablo Jiménez

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

Dr. Oscar Hereein (Perú)

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)

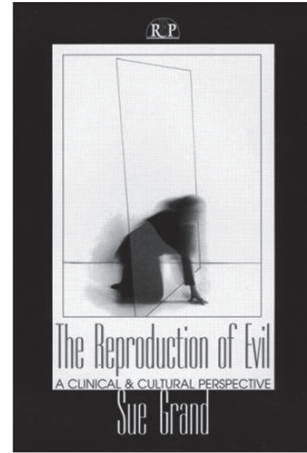
# THE REPRODUCTION OF EVIL: A CLINICAL AND CULTURAL PERSPECTIVE

**Autora:** Sue Grand

**Editor:** Analytic Press, 2002

Relational Perspectives Book Series, 17

(Rev GPU 2012; 8; 4: 382-383)



Catalina Scott<sup>1</sup>

¿Qué puede ofrecer el psicoanálisis en la investigación de la subjetividad de personas cuyas conductas parecieran trascender las posibilidades de la exploración psicoanalítica empática? En el libro *La Reproducción del Mal*, Sue Grand afirma que el psicoanálisis tendría la responsabilidad ética de involucrarse en el estudio de problemas tan humanos como éste, cuya complejidad subjetiva y relacional, muchas veces, comprometen una investigación multidisciplinaria pues las coordenadas que se ponen en juego van más allá de la empatía.

El objetivo central del libro es dilucidar la relación entre la memoria traumática y la perpetración del mal. Con este fin va explorando, a través de un análisis interdisciplinario erudito y apasionado, distintas modalidades de transmisión traumática. Investiga en la subjetiva de los perpetradores, de los descendientes y en la cultura. De alguna u otra forma todos heredan el impacto maligno de la violencia silenciada por los propios afectados: los perpetradores, los familiares y la sociedad. Mediante estudios de casos clínicos Grand va introduciendo al lector en la subjetividad de los

perpetradores de actos de violencia extrema –abuso sexual a menores, incesto, persecución racial, homicidio, genocidio, maltrato físico, tortura– haciendo especial hincapié en la invisibilidad de las modalidades de transmisión del mal y en las intrincadas maneras que la maldad va tomando forma en las generaciones que la heredan.

Al conjugar el análisis cultural, la ilustración literaria y la investigación psicoanalítica de viñetas clínicas escogidas, la autora logra transmitir la inmediatez de la experiencia de una manera, muchas veces, inquietante. El lector puede desconcertarse y perderse en las complejidades relacionales que se van poniendo en juego a través de casos clínicos impactantes. Por otro lado, la autora profundiza en los significados subjetivos que sostienen los actos de violencia en los perpetradores y simultáneamente va explorando el impacto que la violencia van generando en la cultura. Es interesante la delimitación que propone de ciertos estados mentales disociativos y los modos relacionales de contagio maligno silenciado que se establecen entre el perpetrador, la víctima y al espectador pasivo.

<sup>1</sup> Psicóloga UC, psicoterapeuta psicoanalítica adultos, docente de diplomados y magister, Miembro de IARPP Chile. [cscottespinola@gmail.com](mailto:cscottespinola@gmail.com)



En la medida que profundiza en su propuesta, Sue Grand va construyendo una teoría de campo relacional del mal que se sostiene en un proceso de colusión disociativa entre el perpetrador, su familia y la sociedad. Una colusión que potenciaría la transmisión del mal al ir borrando las huellas de la historia. Desde esta perspectiva, la transmisión silenciosa, la colusión y los recuerdos escindidos y/o borrados favorecen la supervivencia del trauma, la soledad y el aislamiento de los descendientes. El ciclo reproductivo del mal tiene sus raíces en traumas producidos por catástrofes a las que es imposible acceder, manteniendo así, de manera irreductible, la vivencia de soledad y vacío.

Me parece que la autora es capaz de entretrejer las perspectivas psicoanalíticas relacionales con una mirada socio-histórica y literaria que, sin duda, viene a llenar un vacío conceptual crítico en la literatura psicoanalítica sobre el trauma y su transmisión intergeneracional. El análisis de la tensión permanente de procesos psicodinámicos y culturales permiten pensar desde una nueva perspectiva la violencia y fragmentación que caracteriza a nuestro tiempo.

Especialmente interesante es el análisis realizado en el Capítulo IV en que aclara las coordenadas teóricas

en el estudio clínico de perpetradores de violencia corporal. Se explora en la investigación clínica sobre la reproducción de la maldad desde una perspectiva psicoanalítica neo-kleiniana y relacional. Más adelante se detiene a investigar los estados subjetivos disociados de los perpetradores de violencia física para formular una noción novedosa sobre lo que ella denomina la paradoja de la inocencia. Una modalidad adhesiva contagiosa de contacto de carácter esquizoide que se caracteriza por la destructividad de los vínculos. Desde aquí investiga el estado de inocencia y extrañeza de los propios perpetradores ante actos de crueldad y violencia real.

Por otro lado, la autora sostiene que las reformulaciones a las teorías del *Self* de Mitchell y Bromberg han permitido integrar las teorías psicoanalíticas sobre los fenómenos esquizoides con los planteamientos contemporáneos acerca del trauma y los estados disociativos.

En resumen, una lectura esencial para clínicos y académicos interesados en profundizar el estudio de algunos de los factores intrapsíquicos, interpersonales y culturales que sostienen la perpetuación del mal y sobre todo sostienen la transmisión del mal a las nuevas generaciones.

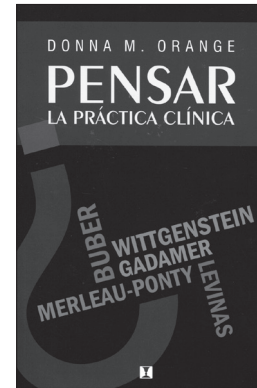
# PENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

RECURSOS FILOSÓFICOS PARA EL PSICOANÁLISIS CONTEMPORÁNEO Y LAS PSICOTERAPIAS HUMANISTAS<sup>1</sup>

**Autor:** Donna M. Orange.

Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2012

(Rev GPU 2012; 8; 4: 384-385)



Jaime Landa<sup>2</sup>

Presentar este libro es presentar a su autora. Me pregunto si habrá diferencia entre lo que se dice y lo que se escribe, si habrá alguna diferencia entre ser en la palabra escrita y ser en la palabra hablada. Ricoeur pensaba que no; sus conferencias, por ello, sólo pudieron ser publicadas tras su muerte. Tal vez ser tanto en el lenguaje como en el acto sea, justamente, el mayor desafío de nuestro tiempo; en ese plural que incluye lo particular en donde se realizara el ser. Seremos, entonces, en aquello que estamos. Durante estos días hemos escuchado a Donna en sus conferencias y en su conversación en un lenguaje coloquial. En la proximidad de la experiencia hemos palpado que no hay diferencia entre lo que ella dice y lo que escribe. Si bien el libro que hoy estamos conociendo en su traducción al español habla sobre las bases filosóficas que fundamentan la teoría de la práctica psicoterapéutica, lo que nos parece especialmente interesante es la singularidad de su lenguaje filosófico. En sus escritos, sus palabras, en un sentido amplio nos hablan de ella, tal como me imagino sucede en la relación con sus pacientes. Son sus inquietudes, sus preocupaciones, sus intereses, sus ideas las que circulan por sus escritos. Y esto no es fácil. No es fácil mostrar lo que se piensa enraizado a

una suerte de entramado de influencias encarnadas en la particularidad de una mirada. Mostrar ese desarrollo de influencias requiere de una cuota de humildad, algo que pienso es parte de su impronta. En lo personal pienso que éste es uno de los desafíos mejor resueltos en el libro.

Si nos detenemos a pensar, por un momento, en lo que hacemos al leer la obra de un autor, podemos darnos cuenta que parte de lo que hacemos es escudriñar sus influencias e investigar para reconocer a sus mentores. Indagar, en último término, las fuentes desde donde un autor desarrolla sus ideas. Lo extraordinario es que con Donna este trabajo no es necesario. Es ella la que presenta abiertamente sus fuentes. En *Pensar la Práctica Clínica: Recursos Filosóficos para el Psicoanálisis Contemporáneo y las Psicoterapias Humanistas* nos encontramos con Buber, Wittgenstein, Lévinas, Merleau-Ponty, Gadamer. Sabemos, al leerla, cómo y desde dónde están presentes sus mentores y cómo la va influenciado en el camino el pensamiento filosófico de cada uno de ellos. Sabemos cómo ella los entiende desde la particularidad de su pensamiento. Sabemos que Donna toma su propio camino y no el trayecto que forzosamente habría que tomar en ese recorrido. El libro

<sup>1</sup> Traducción: André Sassenfeld y Francisco Huneeus.

<sup>2</sup> Presentación del libro de Donna Orange en el 12º Congreso Chileno de Psicoterapia: El Otro esa gran diversidad por el Dr. Landa, Médico Psiquiatra, Universidad de Chile. Psicoterapeuta Psicoanalítico adolescentes y adultos. Docente seminarios teóricos y clínicos de psicoanálisis relacional en diversos cursos de posgrado y Magister. Miembro de IARPP Chile. jimmylanda@gmail.com

adquiere, entonces, el tono de un diálogo; sus planteamientos serán preguntas y nuestras reflexiones serán las respuestas que necesitaremos convertir en nuevas preguntas que nos llevarán a otras lecturas y a futuras reflexiones; el libro abre caminos, sorprende, vitaliza tal como sucede en una buena conversación. Sorprende encontrarse con senderos que se bifurcan y que nos invitan a transitarlos, senderos impredecibles que ponen en juego la potencia de la que habla Aristóteles, una potencia que no señala dirección, pero que sí expande el horizonte a múltiples posibilidades. El libro es una invitación a pensar, distante del *sapere aude* kantiano pero que si lo pensamos tiene algo en común con éste. Si pensamos que al decir pensar aludimos a presentar, a mostrar, a constituir, estamos hablando que pensar es un acto esencialmente singular. Esta particularidad tiene que ver con el contenido de nuestros pensamientos; lo que pensamos nos constituye, no como repetición de pensamientos y teorías de algún autor que nos resulte atractivo. Pensar es un ejercicio que permite renovar constantemente aquello que va constituyendo nuestro pensamiento. Sin duda, es difícil establecer un piso estable si sabemos que los pensamientos son siempre móviles y provisionales. Orange señala que “una actitud falibilista nos mantiene flexibles y abiertos a múltiples horizontes de significados emergentes y en expansión”. De alguna forma, lo provisional de nuestras ideas es lo que nos permitirá expandirnos y estar abiertos a múltiples horizontes de significados.

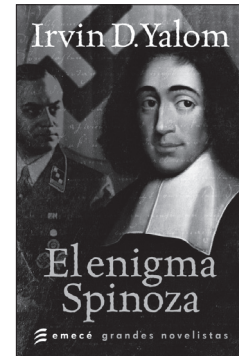
Desde otra perspectiva, Donna construye en el libro un escenario y un tono de reflexión sobre la psicoterapia próximo a la filosofía griega en su vertiente helénica. Nos plantea, fiel a la atmósfera de la filosofía

socrática, que más que el saber importa la experiencia de vida. Una actitud filosófica escasa que no volveremos a encontrar en la historia de la filosofía universal. La muerte de Sócrates así lo demuestra. Una muerte que está vinculada a su consecuencia. No en un sentido épico ni trágico. Una muerte vinculada a un sentido ético, a su consecuencia entre lo pensado y lo dicho. Algo similar a lo que va sucediendo en el espacio terapéutico donde estamos con el paciente no sólo con la teoría, también estamos con nuestra convicción ética respecto a lo que sabemos y a lo que decimos. Un saber que no es objetivo acerca de lo que le ocurre al otro, más bien es un saber del que somos partícipes. Sabremos de nuestros pacientes en tanto vamos sabiendo de cómo estamos nosotros en esa situación. Se trata, entonces, de un saber situado. Presentar este libro traducido al español es, de alguna manera, recibir a su autora en nuestro idioma, nuestra lengua, recibirla en español, la lengua que habitamos. Es invitarla a recorrer las habitaciones de esta gran morada que constituye nuestra lengua y así mostrarle que vivimos *en*, no al margen de lo que fue nuestra habla originaria, el mapudungun, el aimara, el quechua, el guaraní y muchas otras que emergen en nuestra forma de hablar y en la sonoridad de palabras como copiapó, chango, chuso, kuko, Vitacura, y que vuelven, desde algún lugar que esta más allá y que ya se ha vuelto desconocido para nosotros. Territorios, lugares lejanos e ignotos a los que no podremos llevar a Donna. De todas formas, como dice nuestra lengua originaria, ir hacia el origen es siempre ir al futuro en una circularidad que sabemos resulta bastante incomprensible para el pensamiento occidental. Bienvenida al español, Donna.

## EL ENIGMA SPINOZA

**Autor:** Irving Yalom  
**Editorial:** Emecé, Buenos Aires, 2012

(Rev GPU 2012; 8; 4: 386-386)



**Ramón Florenzano**

El psiquiatra y escritor Irving Yalom completa con este libro una trilogía de vidas noveladas de tres filósofos que de algún modo influyeron en los orígenes de la psiquiatría y psicología clínicas, así como del psicoanálisis: Nietzsche, Schopenhauer y ahora Baruch Spinoza. Lo hace de un modo interesante, ya que esta novela alterna capítulos sobre la vida y el pensamiento del autor holandés del siglo XVII; con la del principal ideólogo del Tercer Reich alemán, el estonio Alfred Rosenberg. En el caso del primero, su pensamiento lógico y racional lo llevó a ser expulsado de la comunidad judía sefardita a través de un solemne *cherem* (anatema), que lo hizo no ver más a su familia ni poder asistir a oficios religiosos hebreos. Vivió aislado, alejado también de las religiones cristianas, sean protestantes o católicas, que no comprendían su tesis de un Dios impersonal y lógico, que recibe adoración pero que no retribuye al hombre. Quizá su estructura y fortaleza psíquicas le permitieron centrarse en escribir libros cuya popularidad fue creciente sólo después de su muerte. Mucho más seria fue la psicopatología de Alfred Rosenberg, temprano confidente y fiel seguidor de Adolf Hitler, y el principal ideólogo del Holocausto del pueblo judío en Europa antes y durante la II Guerra. Yalom une ambas vidas con un hilo ficticio: el supuesto interés de Rosenberg por Spinoza. Este interés habría surgido al conocer a través de sus profesores

de enseñanza media la importancia que Goethe diera a Spinoza.

Un experimentado psicoterapeuta como Yalom introduce en sus novelas elementos ficticios: en ambos personajes hay un encuentro con terapeutas. Spinoza conversa con un estudiante del Talmud que posteriormente llega a ser Rabino, quien le muestra el valor de vivir dentro de una comunidad y no en un aislamiento esquizoide. Rosenberg, que tuvo depresiones recurrentes que lo llevaron a ser hospitalizado por lo menos dos veces, inhabilitado para desempeñar sus altas responsabilidades durante el periodo nazi en Alemania, es tratado por un supuesto psicoanalista y psiquiatra alemán que indaga en su necesidad de ser reconocido por una imagen paterna todopoderosa: en su caso, por el Führer. Spinoza no sólo puede escribir libros que le darán fama imperecedera, sino que acepta el núcleo humanista del mensaje del pueblo judío. Rosenberg es juzgado y condenado a morir en la horca en los juicios de Nuremberg, después de la derrota alemana en la II Guerra.

El género psicobiográfico ha sido criticado por la imposibilidad de verificar sus hipótesis. En esta novela Yalom da un paso más allá: introduce personajes ficticios (dentro de bases históricas ciertas, cuidadosamente investigadas), para transmitir un mensaje ético crucial: la importancia del encuentro interpersonal no sólo en estos personajes sino a lo largo del ciclo vital.

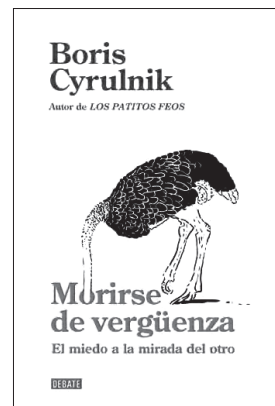
# MORIRSE DE VERGÜENZA

EL MIEDO A LA MIRADA DEL OTRO

**Autor:** Boris Cyrulnik

**Editorial:** Debate, 2011, 223 pp.

(Rev GPU 2012; 8; 4: 387-388)



Claudia Almonte

He querido comentar este libro por varias razones. En primer lugar, aunque parezca obvio, porque me gustan mucho los libros y comentarlos; en segundo lugar, porque desde que vi su lanzamiento en una propaganda el año 2009 en su idioma original francés, *La Honte*, lo busqué hasta que en diciembre del 2011 lo encontré en una librería del vecino país. Desde aquella fecha hasta el momento de escribir, este mi comentario, me he detenido a leerlo, subrayarlo, pensarlo, decantarlo. En tercer lugar, porque de su autor, el doctor Boris Cyrulnik, he leído otros libros que me han servido mucho en la clínica y la vida; parafraseando a Le Soir, Boris Cyrulnik es de esas personas que ayudan a vivir. En cuarto lugar, porque aunque vivimos en una sociedad en que la vergüenza aparentemente pareciera tener menor espacio, al considerar menos la mirada del otro, sigue estando allí silenciosa, presente, limitando, deshabilitando. Y por último, porque me lo pidieron en una entidad denominada “Fundación para la confianza” creada para prevenir el abuso sexual de niños y adolescentes, por José Andrés Murillo, joven filósofo chileno, resiliente, que ha dado sentido a sus propias vivencias abusivas perpetuadas por su guía espiritual, transformando el dolor en generosidad caritativa. Recientemente él escribió un libro, *Confianza lúcida* (editorial UQBAR), donde, entre otros interesantes temas, pone acento en la necesidad de oír las señales del cuerpo, que advertirían del sutil paso de la complicidad al sometimiento. Extraigo de dicho texto lo siguiente: “necesitamos de la confianza porque somos frágiles, vulnerables, porque estamos expuestos a ser heridos

o muertos por el solo hecho de estar vivos. Podemos ser engañados, estafados, manipulados, abandonados, abusados, por el solo hecho de entrar en contacto con otros seres humanos. Necesitamos relacionarnos con otros para llegar a ser seres humanos, pero este relacionarnos constituye la posibilidad de la traición. Para eso creamos confianza”.

Este libro de poco más de 200 hojas, de lectura sencilla en sus formas, no lo es en cuanto sus contenidos, que invitan a la reflexión; pero también brinda datos concretos en cuanto a la biología de la vergüenza con interesantes miradas desde la etología (disciplina que también domina el autor), la genética y el desarrollo social.

La vergüenza siempre nace de una representación, en que la temida mirada del otro determina que el avergonzado enmudezca, quedando prisionero en la reverberación del pensamiento. El propio autor en su libro *Me acuerdo, el exilio de la infancia*, evoca su niñez, volviendo a aquellos lugares físicos donde vivió sus traumas; éstos con el tiempo se transformaron en representaciones en que la emoción fue sepultada para poder sobrevivir; en las últimas páginas del libro que comento, relata que cuando pudo hablarlas a un público que lo felicitó, admiró, etc. pudo, aunque no sin incomodidad y sentimientos de cierta perplejidad, verse liberado de la vergüenza.

Este sentimiento tóxico, o “absceso del alma”, al poder ser “drenado” en la escucha empática o en la emoción compartida, puede liberarse, incluso después de décadas.

Sin embargo, el compartir la vergüenza, no siempre es fácil (por ejemplo en el incesto) y, entonces, la ausencia de palabras agrava la sensación de haber sido objeto sexual. El avergonzado oculta para no incomodar, para no ser despreciado, para preservar su imagen, y esto va estructurando en él un discurso extraño, distante, agotando sus potencialidades por la inhibición, la obligación de no moverse, no decir. El silencio, que sería protector en un contexto agresivo, se convierte en un agresor íntimo cuando el entorno deja de agredir.

Existirían las vergüenzas personales y las vicarias, por estar relacionadas con el abusador maltratador. Muchas veces se observa esto en las madres de hijas abusadas por sus parejas; llevan el estigma de haber sido cómplices, no haber visto, no haber protegido, o incluso haber facilitado el abuso; también en parientes o cercanos de famosos abusadores; o como bien describe Primo Levi, químico y escritor italiano sobreviviente a los campos de exterminio nazi, vergüenza de haber sobrevivido por el beneficio que le significó su profesión en la prisión, al ser mejor alimentado. Sobrevivió a Auschwitz pero no al peso del retorno a la vida. Este trauma, como bien describe en su libro de cuentos, lo "centaurizó", quedando disociado y escindido, terminando su vida en un suicidio. La deshumanización y el intento de retorno a la vida frustrado está relatada en detalle en sus famosos libros *Si esto es un hombre* y *La tregua*.

El avergonzado, a diferencia del perverso, que no se plantea el mundo del otro, está tan centrado en lo que el otro piensa de él, que en su estrategia relacional altera la intersubjetividad, se despersonaliza, llegando a la depresión por agotamiento.

La negación al afecto asociado al recuerdo del trauma es un mecanismo insuficiente, que sólo enquistaba el dolor, y no permite afrontar la realidad postraumática. La personalidad se amputa; el silencio es ese tirano mudo que hace sufrir sin palabras y que impide la reconstrucción de la persona. Esos fantasmas, que se agitan en el silencio, pueden despertar tardíamente, en

forma de un síndrome postraumático. Por el contrario, si se logra modificar la mirada de los otros, a través de un entorno receptivo o un tejido vincular afectivo estable, en que se pueda formar una pasarela intersubjetiva entre el que relata y quien escucha y acoge, se logrará una evolución resiliente. También se podrá lograr a través del desplazamiento de la violencia hacia creaciones personales, como lo son las obras de arte, el compromiso social, etc.

El origen de la vergüenza estaría en una alteración o malformación del vínculo intersubjetivo, que comienza alrededor de los 6 meses de vida y que dura probablemente toda la vida. Para desarrollar el sentimiento de vergüenza se requiere haber tenido un vínculo, que fue desgarrado aguda o insidiosamente, y que es imposible recomponer. El rechazo o desprecio de alguien cuyo afecto se espera, principalmente en un individuo sensible y, en general, poco consciente, es de gran poder traumático, ya que no puede elaborarlo para protegerse.

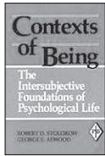
En la etapas del desarrollo de la identidad diversos factores pueden incidir en la aparición de la vergüenza, desde una vulnerabilidad genética a la sensibilidad (alelo mutado del 5-HIAA) al desarrollo de un vínculo pobre, ambientes poco nutritivos o protectores. A éstos, con frecuencia, se añade un trauma tardío (agudo o crónico), que si procede de alguien próximo tendrá un gran poder dañino, generando en el individuo una hipersensibilidad a desarrollar vergüenza. Influyen gran cantidad de factores genéticos, epigenéticos, ecológicos y sociales.

Por otro lado, un cierto nivel de vergüenza daría cuenta de una buena madurez biológica y desarrollo de aptitudes sociales, éticas y morales, que actuarían como medio de control social. Es el exceso de ella el que genera la despersonalización.

Finalizo este comentario invitándolos a recorrer personalmente las páginas de este libro, y saquen vuestras propias conclusiones. Quedan preguntas planteadas y temas para seguir pensando, conversando y revisando.

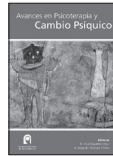
## CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



### AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



### LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



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

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



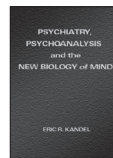
### EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



### TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



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

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



### NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



### TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



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

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



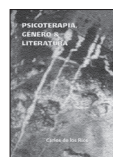
### TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



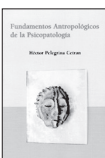
### JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



### PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



### FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

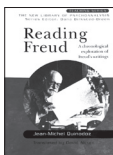


### SCHIZOPHRENIC SPEECH

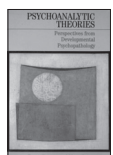
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh  
Ed: Cambridge University Press, London, 2005  
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232  
Compra: [www.amazon.com](http://www.amazon.com)



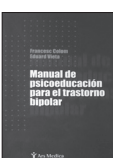
**TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN**  
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo  
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235  
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



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



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



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



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



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



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



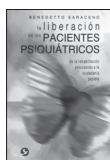
**EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD**  
 Editor General: Hernán Silva  
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



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



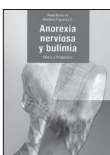
**DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS**  
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz  
 Ed: El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22  
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



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



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



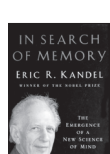
**MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA**  
 Autor: César Ojeda Figueroa  
 Ed: C&C Ediciones  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



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



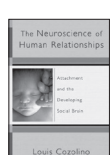
**PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA**  
 Autor: Mario Vidal C.  
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133  
 Compra: www.sonepsyn.cl



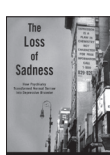
**IN SEARCH OF MEMORY**  
 Autor: Eric R. Kandel  
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136  
 Compra: www.amazon.com



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



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



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





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



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



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



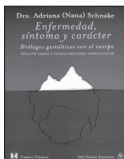
**SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA**  
 Autor: Mauro Mancia  
 Editorial: Lumen, 2006, 301 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386  
 Compra: www.tematika.com



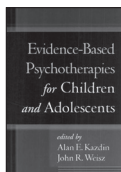
**TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW**  
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh  
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005  
 Comentario: Rev GPU 2007;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



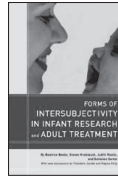
**LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE**  
 Autora: Alcira Mariam Alizade  
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390  
 Compra: magisterio@commet.com.ar



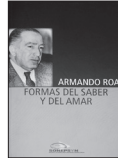
**ENFERMEDAD, SÍNTOMA Y CARÁCTER**  
 Autora: Adriana Schnake  
 Editorial: Cuatro Vientos, Santiago, 2007, 380 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 391-393  
 Compra: www.cuatrovientos.net



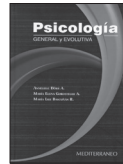
**EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS**  
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz  
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22  
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



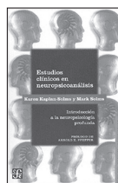
**SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO**  
 Autor: Pedro Torres-Godoy  
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34  
 Compra: www.psicodrama.cl



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



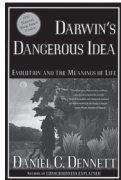
**GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA**  
 Editor: Dr. Hernán Silva  
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva  
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago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



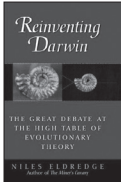
**ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA**  
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms  
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164  
 Compra: www.libreriasdelfondo.com



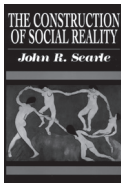
**EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS DE LA FEMINIDAD**  
 Autora: Emilce Dio Bleichmar  
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166  
 Compra: www.libreriangeles.com.mx



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



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



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



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



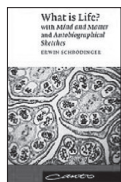
**LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS**  
 Tome II. Mélanie Klein  
 Autora: Julia Kristeva  
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.  
 ISBN : 2213605939  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387  
 Compra: www.amazon.com



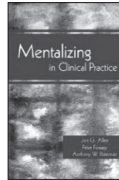
**EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS**  
 Tomo II. Mélanie Klein  
 Autora: Julia Kristeva  
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.  
 ISBN : 950-12-3809-1  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387  
 Compra: www.amazon.com



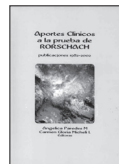
**THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE**  
 Autor: Daniel Siegel  
 Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391  
 Compra: www.amazon.com



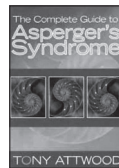
**WHAT IS LIFE?**  
 Autor: Erwin Schrödinger  
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396  
 Compra: www.mediterraneo.cl



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



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



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



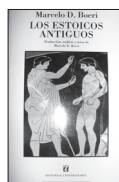
**WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING**  
 Autor: Enrique Jadresic  
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23  
 Compra: www.amazon.com



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



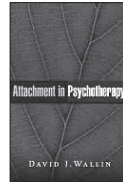
**KARL JASPERS: LA COMUNICACIÓN COMO FUNDAMENTO DE LA CONDICIÓN HUMANA**  
 Autor: Hernán Villarino  
 Editorial: Mediterráneo, Santiago, 2008, 372 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 26-28  
 Compra: www.mediterraneo.cl



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



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



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



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



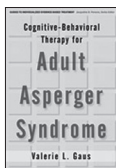
**ATTACHMENT THEORY AND RESEARCH IN CLINICAL WORK WITH ADULTS**  
 Editores: Joseph Obegi y Ety Berant  
 Guilford Press, New York, 2009  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 301-302  
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



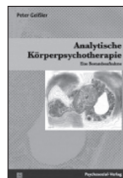
**ENCUENTRO CON LA PSICOTERAPIA. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA RELACIÓN Y EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PARADOJA DE LA VIDA**  
 Autor: Jean-Marie Delacroix  
 Editorial: Cuatro Vientos  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 177-179  
 Compra: www.cuatrovientos.cl



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



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



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



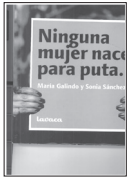
**LOOK ME IN THE EYE**  
 Autor: John Elder Robison.  
 Crown Publishers, New York, USA, 2007, 288 páginas  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 298-300  
 Compra: www.amazon.com



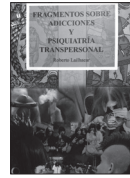
**AUTOBIOGRAFÍA DE UN ESPANTAPÁJAROS**  
 Autor: Boris Cyrulnik  
 Editorial: Gedisa, 249 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 2: 134-136



**ESTRUCTURAS PSICÓTICAS, LÍMITROFES Y NEURÓTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL TEST DE RORSCHACH**  
 Autores: Juan Dittborn Santa Cruz, Soledad Rencoret Mujica, M. Elisa Salah Cabiati  
 Editorial: Mediterráneo, 2010, 141 páginas  
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 3: 258-259



**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



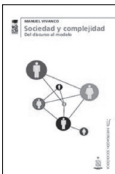
**FENOMENOLOGÍA Y TERAPIA GESTALT**  
 Marcos y Rosane Müller-Granzotto  
 Ed. Cuatro Vientos, Santiago, 2009  
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 4: 363-366



**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



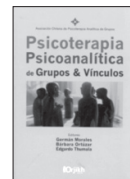
**SOCIEDAD Y COMPLEJIDAD. DEL DISCURSO AL MODELO**  
 Autor: Manuel Vivanco  
 Editorial: LOM / Fac. de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Santiago, 2010, 186 pp.  
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 2: 148-150



**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



### THE REPRODUCTION OF EVIL: A CLINICAL AND CULTURAL PERSPECTIVE

Autora: Sue Grand  
Editor: Analytic Press, 2002  
Relational Perspectives Book Series, 17  
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 382-383



### ONTOLOGÍA DEL LENGUAJE

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



### PENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

Autor: Donna M. Orange.  
Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2012  
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 384-385



### EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA

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



### EL ENIGMA SPINOZA

Autor: Irving Yalom  
Editorial: Emecé, Buenos Aires, 2012  
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 386



### PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

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



### MORIRSE DE VERGÜENZA

Autor: Boris Cyrulnik  
Editorial: Debate, 2011, 223 pp.  
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 387-388

## ENTREVISTA AL PROF. DR. MARIO GOMBEROFF JODORKOVSKY

(Rev GPU 2012; 8; 4: 396-409)



MARIO GOMBEROFF JODORKOVSKY

**El Dr. Mario Gomberoff es Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Chile, Maestro de la Psiquiatría de la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, Profesor del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH), Miembro de la Asociación de Psicoanálisis de América Latina (FEPAL), Miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional de Psicoanálisis (API) y Miembro de la Comisión de Psiquiatría de la Corporación Nacional de Especialidades Médicas (CONACEM) desde sus inicios. Fue el primer Director del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en su sede Oriente, Jefe de Servicio del Instituto Psiquiátrico Dr. J. Horwitz Barack, Subdirector Médico del Instituto J. Horwitz Barack. Además ha sido Director de Magísteres y Doctorados de la Escuela de Psicología de la Universidad Andrés Bello, profesor de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica y Presidente de la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH). El Dr. Gomberoff ha publicado sus trabajos en múltiples revistas y libros tanto nacionales como internacionales.**

**GPU:** *¿Podría contarnos cómo surgió su interés por la psiquiatría y el psicoanálisis?*

**MGJ:** Esta es una pregunta muy personal cuya respuesta no estoy seguro si interesará mucho a los lectores.

Provengo de un pueblo asiático que cada cierto tiempo, defensivamente en sus 4.000 años de historia, ha tenido que emigrar muchas veces, por razones de vida o muerte y que, según la Biblia y otros escritos, ha pasado peleando y reconciliándose con Dios. Durante un largo periodo se le acusó de matarlo, lo que dio origen a múltiples persecuciones, a pesar de que se suponía que había resucitado, lo que entre otras cosas permitió el nacimiento de una religión muy importante, y la escritura de otro testamento. A este pueblo no se le permitía entrar a la Universidad; tampoco tener tierras. Tenía poco acceso a la cultura externa y por lo tanto producía una interna que estaba plagada de preguntas que tenían respuestas insuficientes. Siempre se interrogaba si lo que ocurría afuera, determinado por las autoridades, era bueno o malo para ellos, ya que a veces ni siquiera sabían el idioma, por lo que no entendían lo que pasaba y buscaban siempre el significado. Entonces crecí con la idea de que había sido discriminado y que durante la 2ª Guerra Mundial los nazis podían llegar a América, en cuyo caso mi vida terminaría en un campo de concentración, mientras admiraba a un joven estudiante de medicina, hermano de una amiga que pertenecía a mi pueblo, que andaba siempre cargado de libros y que luego supe que se había convertido en psiquiatra.

Mi padre había nacido en América y era abogado. Yo tenía que ser profesional, no había alternativa. Había que aprovechar esta oportunidad. Como me interesaba, además, saber cómo funcionaba el ser humano y quería explicarme de dónde partía el odio, o qué teníamos nosotros de odiables, de niño compraba libros de anatomía para saber cómo éramos por dentro y hacía preguntas a los profesores, para averiguarlo. Como también me interesaba poder cambiar lo que funcionaba deficientemente en el organismo y que fuera causante de las agresiones, daños y maldades, quise ser médico. Y quise ser psiquiatra, porque me interesaba lo mismo en el terreno de lo mental. En ese tiempo en Chile la mayor parte de los psiquiatras eran organicistas. Como en ese entonces me declaraba materialista, también yo lo era. El estado de la investigación de lo orgánico, sin embargo, no daba para explicar los fenómenos mentales, de manera que pensé, como Freud señaló, que había que dedicarse a expandir el conocimiento sobre lo mental a la espera de los avances en la organicidad. Como también me atraía la dialéctica y la descripción del inconsciente se prestaba para aplicar, en su comprensión, ese método, me hice psicoanalista. No debo

olvidar, sin embargo, que la dificultad del bibliotecario del colegio para prestarme los libros de Freud, con la explicación que era muy chico, estimuló grandemente el deseo de investigar sobre sus planteamientos.

No quiero dejar de mencionar que en mi familia había un cuento de que uno de sus miembros hacía cosas extrañas y que un famoso psiquiatra de esa época recomendó mirar por el ojo de la cerradura cuando el presunto enfermo estuviera en su pieza para que se certificara que entonces solo, y sin saber que era mirado, no hacía nada y que por lo tanto se trataba de una histeria. El familiar murió de un tumor cerebral. Todo eso me parecía misterioso. ¿Cómo podía haber errores de ese tamaño? ¿Cómo se podía llevar a toda la familia a mirar por el ojo de la cerradura, cosa que estaba prohibida, pero que la autoridad del médico podía hacer transgredir? ¿Cómo el poder de la histeria podía matar al paciente o no? ¿Cómo el tumor y el no tumor de la histeria podía hacer que el paciente efectuara las mismas cosas? ¡misterio! y ¡atracción!

También me entusiasmaba la idea de Freud, de que en algún momento habría pastillas que mejorarían la patología, lo que fue una predicción afortunada, pero insuficiente hasta ahora, a pesar del evidente progreso.

Quiero aclarar que después de los 50 años de médico todas las preguntas, inquietudes y deseos que me dirigieron hacia donde estoy no se han respondido, sino que se han incrementado, y sin embargo continuo aquí, sabiendo más y sabiendo menos.

**GPU:** *Para Freud psicoanalizar era –junto a gobernar y educar– una “profesión imposible” fundamentalmente debido a la insuficiencia de sus resultados. ¿Qué piensa de este comentario?*

**MGJ:** Esa afirmación la hace en “Análisis terminable e interminable”, donde dice: “y hasta pareciera que analizar sería la tercera de las profesiones ‘imposibles’ en que se puede dar por cierta la insuficiencia del resultado”. Y el resultado es siempre insuficiente. Freud con esto nos advierte que aunque es fácil tener perspectivas idealizadas, utópicas, ellas no se corresponden con la práctica del educar, gobernar o psicoanalizar. Durante todo el trabajo citado está refiriéndose a los problemas que dificultan su éxito pleno. Pensar que éste puede existir es limitar la posibilidad de progresos en el conocimiento y en la profundización de lo mental y es a lo que alude el “psicoanálisis interminable”.

Desde otro enfoque, a pesar de que es una profesión no imposible pero muy difícil de practicar en un formato amplio, las instituciones psicoanalíticas lo han simplificado definiéndolo delimitadamente, preocupándose principalmente de su técnica que no se ha

modificado suficientemente, con una formación que no ha variado en sus métodos, despreocupándose de las llamadas aplicaciones, que son múltiples. Por ejemplo las psicoterapias de orientación psicoanalítica que curiosamente son las más practicadas por los psicoanalistas, pero que ellos mismos las devalúan y no las aceptan en sus instituciones.

Lo anterior ha disminuido bastante las posibilidades de profundizar psicoanalíticamente en áreas del conocimiento donde su aplicación sería en extremo recomendable y donde miembros de otras profesiones lo hacen, pero careciendo del concurso suficiente de los psicoanalistas propiamente tales.

Lo anterior hace que ser psicoanalista formal es más fácil de lo que suponemos ya que su institucionalización se ha convertido en un lecho de Procusto que ha restringido el Psicoanálisis, acercándolo más a una artesanía de relativa mayor facilidad de acceso, pero haciéndolo perder algo de su espíritu creativo y transgresor. Con respecto a la formación, Anna Freud la ha comparado con la de las escuelas vespertinas, cuando se refiere al tiempo necesario para formarse, que es menor a lo que se requiere para conseguir un doctorado serio universitario. De tal manera que el psicoanálisis se ha reducido grandemente en sus aplicaciones, e incluso desde el punto de vista de la institución más formal recortándose en gran medida sus posibilidades, y se ha convertido en una carrera profesional que en nuestro país y en muchos otros, médicos y psicólogos (más de estos últimos ahora) estudian para ganarse la vida. Es interesante, de todos modos, saber que en realidad lo hacen para tener una mayor base para realizar psicoterapias de orientación psicoanalítica, ya que cada vez hay menos pacientes con la indicación, con medios económicos, con el tiempo (4 veces a la semana) que puedan acceder al psicoanálisis definido por la institución. En este mismo sentido, vale la pena comentar que hay más personas que se dicen psicoanalistas fuera que dentro de las instituciones tradicionales, que a su vez podríamos decir que en su mayoría forman básicamente artesanos que usan las herramientas que les son proporcionadas no necesariamente para hacer con ellas el psicoanálisis que preconizan, pero al cual de todos modos lo denominan como tal (?).

**GPU:** *En marzo pasado se cumplieron treinta años de la publicación del libro Psiquiatría del cual usted fue coeditor junto a Juan Pablo Jiménez. Leyendo la introducción sorprende la plena vigencia de muchas de las ideas que allí se esbozan: la importancia –y el riesgo que implica– de incorporar múltiples perspectivas en el análisis psicopatológicos, la búsqueda de la integración del*

*conocimiento en un “modelo de pensamiento”, la necesidad de reflexionar acerca de la “práctica psiquiátrica real” más allá de lo que “se dice que se hace”, la relevancia del ambiente y las políticas de salud mental en la “sociología del quehacer psiquiátrico” y, por último, la insistencia en la indicación diferencial del tratamiento, ajustado a las necesidades (y posibilidades) de cada paciente. Al respecto, nos gustaría saber cómo se gestó ese libro y qué le parecen esas ideas después de treinta años.*

**MGJ:** Le agradezco el comentario acerca de la vigencia de los conceptos de la introducción al libro. Naturalmente lo comparto. Se trata del primer libro chileno de psiquiatría concebido para estudiantes y escrito por diversos autores. Lo hicimos antes de la popularización de los DSM. Se gestó en un momento en que liderábamos uno de los grupos más grandes de la psiquiatría chilena. Nos habíamos hecho cargo del Hospital Psiquiátrico, posteriormente Instituto, trasladándonos desde el Hospital Salvador donde habíamos conseguido inaugurar un Departamento de Psiquiatría y un Servicio de Psiquiatría. Habíamos recibido un contingente numeroso de psiquiatras de la Clínica Psiquiátrica que querían trabajar con nosotros, y además muchos colegas que buscaban formarse. Era obligatorio editar este libro que expresaba un modo de abordar la especialidad en una forma más diversa, menos personal y más de conjunto. Además explorábamos idealmente la posibilidad de explicitar los comunes denominadores de los diversos grupos. Posteriormente nos pidieron reeditarlos pero nos dimos cuenta que rápidamente había quedado obsoleto y que se requería hacer otro mucho más remozado, lo que implicaba un trabajo muy grande, de tal modo que dejamos el espacio a otros. La falta de presupuesto, lo pequeño del mercado, originan que las ventajas que hay en otros países nos hagan muy poco competitivos en estas iniciativas. De todos modos ese libro tiene un valor histórico innegable y representa lo que queríamos que fuera nuestro grupo para la psiquiatría chilena, plasmando con él una innovación importante en un intento de juntar las diferentes parcelas en que es tan fácil dividir nuestra especialidad, agrupando en ellas a defensores excesivamente convencidos, a nuestro juicio, de las “verdades” que sostienen y que no son más que perspectivas parciales. Lo interesante es que los jóvenes psiquiatras inseguros, en este campo de la medicina que es más ambiguo, contradictorio y cambiante que en otras especialidades, rápidamente se adhieren a la que creen que es más segura, avalados por los profesionales más viejos que lideran las parcelas. Estábamos convencidos que debíamos dar tribuna a los diferentes enfoques de mirar la clínica, no con el ánimo de integrar sino de sumar y enriquecer su



percepción y comprensión en un camino tal vez más difícil, menos seguro, pero más integral. Reticencias en la participación y dificultades propias nuestras hicieron que estos propósitos no tuvieran el éxito que esperábamos, como ocurre en general con empresas de esta naturaleza. Sin embargo algo de eso quedó: ese libro al que Ud. alude tan generosamente.

**GPU:** *Dentro de sus variadas actividades académicas usted ha impartido docencia en la Universidad de Chile (donde es profesor titular) y en el Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Chile. Al respecto quisieramos preguntarle: ¿Qué ha significado para usted la actividad docente en estas dos instituciones? ¿Cómo ve la relación entre la Universidad y el Psicoanálisis?*

**MJG:** La Universidad para el psicoanálisis significa una plataforma para su desarrollo y especialmente en la investigación y en sus aplicaciones. Tiene allí la ventaja de encontrarse con ciencias que necesitan de su concurso y que el psicoanálisis necesita para enriquecerse con sus aportes y para cotejar el resultado de sus propios descubrimientos. El afirmar que el psicoanálisis es técnica, teoría y un método de investigación creo que es válido siempre que no sea excluyente y no se encierre en sí mismo. Eso es lo que ha sucedido históricamente en muchas regiones, con lo que el campo del psicoanálisis se ha estrechado y en muchos aspectos se margina del desarrollo de las ciencias. A su vez las universidades sin psicoanálisis han prescindido de una ciencia que considero necesaria para explicarse los fenómenos mentales. Creo que la psiquiatría debe enseñar los rudimentos del psicoanálisis que, a mi juicio, es la teoría más abarcativa de la mente. La medicina debe saber de la así llamada psiquiatría dinámica que, entre otras cosas, podrá proponer interacciones fundamentales y eficientes en la relación médico-paciente, intentar explicar la relación de la mente y el cuerpo y el entorno social, desde su perspectiva.

Que los psicoanalistas no valoran su ingreso a la Universidad me parece fruto de una soberbia absurda que trata de preservar una autonomía que lo único que hace es aislar y excluir a su ciencia del intercambio fecundo. Cuando veo al psicoanálisis en la Universidad no lo veo en un grupo que va a tiempo parcial (un par de horas a la semana) a dictar un diplomado o a hacer supervisiones de psicoterapia y que no pueden ser sobre el psicoanálisis formal, sino que lo concibo inmerso en la dinámica universitaria total. Durante muchos años los psicoanalistas despreciaron esta posibilidad y actualmente, ahora que la han empezado a apreciar nuevamente, se ha hecho más difícil su incorporación ya que las universidades han llenado sus cupos con otras corrientes.

Los institutos de psicoanálisis son las organizaciones docentes de las asociaciones psicoanalíticas. Ni un gremio, ni una sociedad científica pueden tener influencia decisiva en un proceso docente ni tampoco dar títulos profesionales. Creo que debe haber una separación clara entre Instituto y Asociación, siendo el primero el que debería dar el título de psicoanalista. Por otra parte, formarse como psicoanalista implica un estudio de posgrado que debiera tener un formato universitario, con una carrera docente para los profesores y con exigencias para los alumnos, parecidas a cualquier posgrado universitario. El psicoanalista así formado podría entrar o no a las asociaciones.

Actualmente las exigencias de los institutos son muy parciales. En la práctica, la formación en las instituciones es subsidiaria de las asociaciones donde el poder fáctico lo tienen los analistas didácticos (aquellos que tienen derecho a analizar a los alumnos) que, sin aparecer en público, son representados políticamente por sus analizados, lo que a su vez genera competencias sordas entre los didactas, entre otras cosas, para analizar un mayor número de candidatos y entre los demás analistas en defensa de sus terapeutas y las teorías que representan. Si los institutos fueran autónomos de las asociaciones y sus normas fueran dictadas no por ellos mismos sino que en eso también contribuyeran otras autoridades docentes, por ejemplo universitarias, es posible que muchos de estos conflictos se ahorrarían; lo que históricamente no ha ocurrido por el temor a que las autoridades universitarias atacaran al psicoanálisis. Tal temor probablemente tenía algún fundamento cuando efectivamente la "ciencia judía" era perseguida. Si el análisis debe ser protegido excesivamente, después de 100 años de existencia quiere decir que es sumamente débil en sus fundamentos. El excesivo cuidado más bien ha sido debilitante.

Lo que quiero decir con estos comentarios es que creo que la Universidad le haría y le hace, en muchos lugares, bastante bien al psicoanálisis y que el temor de los analistas hacia ella encubre el temor que debieran tener a sus propios impulsos conservadores autodestructivos, que impiden entrar a la Universidad. En mi calidad de psiquiatra el psicoanálisis ha sido de fundamental ayuda para intentar comprender las dinámicas mentales normales y patológicas. No concibo mucho un profesional de la psiquis sin que tenga, al menos, teorías acerca de cómo funciona; asimismo me parecen muy parciales si ellas se refieren exclusivamente al funcionamiento orgánico. El salto de lo orgánico a lo mental es excesivamente grande para quedarse con una sola posibilidad. Por lo demás Freud en sus conceptos de las series complementarias facilita la mayor comprensión de esto.

Enseñar psiquiatría en general y dentro de ella las psicoterapias, la interacción del paciente con el equipo de salud mental sin considerar a la mente, me parece un despropósito. Con ello no digo que el psicoanálisis sea la única teoría válida del funcionamiento mental, pero es posible que sea la más amplia y, para mí, la más esclarecedora y eso a pesar de los muchos años de su vigencia. Actualmente el psicoanálisis tiene que compartir, más que en otras épocas, lugares con la farmacoterapia (tal como Freud lo había predicho) y con otras teorías. El psicoanálisis ya no es el único "show" del pueblo, pero creo que la competencia será un aliciente para su progreso.

Por otra parte, el ser psicoanalista exclusivamente clausura las perspectivas ya que sus instituciones son extremadamente conservadoras, cerradas, y se creen autosuficientes. Durante muchos años se creía que quien no era exclusivamente psicoanalista se estaba desperdigando y no lo podía hacer bien, lo que a mí me parecía un error. Al revés, la psiquiatría se abre más al mundo. Por otro lado los pacientes en psicoanálisis no pueden pertenecer a las mayorías nacionales ya que deben tener un ingreso mayor, lo que hace que los psicoanalistas no tengan acceso a atender a la gente pobre. Eso no ocurre con los psiquiatras. De modo que siéndolo, se puede cumplir también con la vocación social de la Medicina ejerciendo la Psiquiatría Dinámica.

**GPU:** *Usted también ha sido docente de un programa de doctorado en psicoanálisis cuyo énfasis está puesto en la teoría. ¿Qué lugar le asigna a la investigación empírica en el desarrollo de los conceptos y la práctica psicoanalítica? ¿Hacia dónde, a su juicio, debiera dirigirse la investigación en psicoanálisis?*

**MGJ:** Efectivamente, no sólo he sido docente de un programa de doctorado y de un magister en psicoanálisis con énfasis en la teoría y en la investigación, sino que además lo he creado y dirigido, creyendo que la así llamada técnica se enseña en los institutos de psicoanálisis y que teoría e investigación son campos no suficientemente explorados del psicoanálisis, que arrastra excesivamente los hallazgos de un Freud del siglo XIX y de comienzos del siglo pasado. Los institutos ponen el acento en la técnica, que es lo que más interesa aprender a los alumnos, que se ganan la vida con esos conocimientos; por lo demás la afirmación de que el psicoanálisis, es un método de investigación indistinguible de la técnica hace creer a los psicoanalistas que son técnicos e investigadores. Es curioso que en los institutos no haya clases sobre investigación.

De tal modo que, como en otras partes, se nos ocurrió inaugurar el programa al cual usted hace referencia

sin preocuparnos de formar terapeutas técnicos y bajo el alero de la Universidad. Además de la formación que era nuestra motivación más importante, queríamos dar a los psicoanalistas formales que se interesaran la posibilidad de adquirir un título académico universitario con revalidación de muchos cursos del Instituto. Esto levantó una gran oposición en la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH). Ningún psicoanalista se mostró interesado. Poco tiempo después, sin embargo, en diversas universidades se inaugurarán postítulos, diplomados, magísteres parecidos al nuestro, dirigidos por psicoanalistas, pero con el nombre de psicoterapias de orientación psicoanalítica. En lo anterior queda de manifiesto la rivalidad entre diversos grupos y la necesidad de mantener en secreto, yo diría secuestrado, el psicoanálisis en la institución madre aunque sea sólo de un nombre, lo que da poca transparencia y sin embargo el atractivo de lo misterioso. Y quienes están allí parecen tener una investidura especial. Incluso ha habido grupos con estructura y formación muy parecida a la APCH fundados por psicoanalistas que se denominan "de psicoterapia de orientación psicoanalítica" por un cierto temor al grupo original de psicoanalistas fundadores que defenderían la exclusividad del nombre de psicoanálisis, y que ulteriormente cuando los formados son más numerosos cambian el nombre a psicoanálisis. Estos grupos no han pertenecido a la Asociación Psicoanalítica Internacional (API), aunque ahora último hay iniciativas para que pertenezcan; algo similar a lo que ha pasado con los grupos lacanianos.

La afirmación de que el único método de investigación adecuado al psicoanálisis es el propio psicoanálisis, excluyendo a otros, me parece que va en su detrimento. El mismo Freud echó mano a todo lo que tenía disponible para sus propias observaciones y conclusiones. Los progresos de la investigación empírica y sus hallazgos en el campo de la mente, por ejemplo, hacen que sea muy inadecuado el desecharla aunque ella en oportunidades tenga resultados que hagan tambalear algunos postulados psicoanalíticos, y justamente por eso mismo. Hace poco la API recomendó que no se defendiera tanto la estructura de las instituciones sino que se defendiera el psicoanálisis. Yo agregaría: que no se defiendan tanto el psicoanálisis sino su objeto, que es la mente, la psiquis donde la diversidad de métodos de abordaje amplía el panorama. Los hallazgos de Freud, en el campo del grupo, de las masas, de la sociología, de las obras artísticas, del poder, etc., ¿acaso necesitaron sólo el diván? ¿Y todo eso no es psicoanalítico?

Estoy lejos de estar de acuerdo con que todo lo que hace el psicoanalista es psicoanálisis. Me parece que tal afirmación es una idealización de nuestra ciencia o más

bien de los psicoanalistas, pero pensar que ésta se remite a lo que pasa en el diván, la jibariza.

Es tan amplio el campo donde el psicoanálisis puede investigar que delimitarlo no lo favorece. Quisiera, sin embargo plantear que los cambios que están ocurriendo en su interior y también en su exterior permiten suponer que aplicarlo para que se autoobserve y auto-critique sería recomendable.

**GPU:** *A través de diversas instancias usted ha participado activamente en la dirección y administración del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak". Al respecto quisiera preguntarle: ¿qué fortalezas y debilidades encuentra en las políticas públicas de salud mental?*

**MGJ:** Efectivamente llegué al antiguo Hospital Psiquiátrico hace más o menos 35 años. Previamente había sido el primer Director del Departamento de Psiquiatría de la Sede Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Participé allí con un grupo venido de la Clínica Psiquiátrica en la época de la Reforma Universitaria que durante muchos años no había conseguido ser reconocido como Departamento de la Universidad y sin un Servicio de Psiquiatría dependiente del Hospital Salvador, y que sin embargo tenía una gran demanda de formación y que además recibía a cerca de 10 psiquiatras que se habían ido de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, lugar donde estaba el Departamento de Psiquiatría de la Sede Norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; esto fue a raíz de un cambio de autoridad. Nos habíamos convertido en uno de los grupos más grandes y más atractivos pero sin tener un Servicio de Psiquiatría. Se nos ofreció el Hospital Psiquiátrico. Negocié para que se pusiera en vigencia también el Servicio de Psiquiatría del Hospital Salvador. Tenía en mente realizar un complejo de un Departamento de la Universidad con campos clínicos en ambos hospitales, lo que lamentablemente no se realizó.

Cambios desfavorables para nosotros en las autoridades universitarias del Área Oriente quitaron a mi grupo del Hospital Psiquiátrico su pertenencia al Depto. de Psiquiatría y con eso a la Facultad. Del servicio a mi cargo en el Hospital Psiquiátrico partieron la mayoría de las innovaciones que significaron la modernización del Hospital. Cuando llegamos, el número de enfermos desnutridos y con TBC era enorme, los sectores de agudos y crónicos, y hasta el Servicio de Urgencia estaban llenos de pacientes con estadías de muchos años, el "patio de reos" tenía una de las mortalidades más altas del país. La comida desde la cocina no alcanzaba a llegar a los pacientes, desaparecía. Había un becado en todo el Hospital. Mi grupo se encargó de aumentar la dotación del Servicio de Urgencia al doble, de crear un Servicio

de Residencia, de alimentar a los pacientes, tratar la TBC, crear un Hospital Diurno, ubicar a los pacientes en la comunidad. Se terminaron los "patios de crónicos" y el "patio de reos" dejó de tener un régimen carcelario, el Hospital se llenó de becados universitarios y becados nuestros no universitarios que no pagaban y a quienes tratábamos de contratar y que se recibían por la Corporación de Especialidades (CONACEM). Durante muchos años el grupo no perteneció a las estructuras universitarias, sin embargo la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile nos enviaba becados a quienes formábamos como si fuéramos un departamento. Los departamentos nos enviaban becados para su formación parcial. Teníamos además un cupo propio. Allí hemos formado a cerca de 300 psiquiatras que se esparcen por todo el país y que ocupan puestos destacados en todo tipo de instituciones psiquiátricas.

Convertimos un Hospital que estaba a punto de ser un asilo en un Instituto docente, a pesar de los continuos ataques que recibíamos en diversas épocas, en contra de la calidad nuestra de Hospital, por parte de algunos defensores de la Psiquiatría Comunitaria, aunque ellos mismos nos enviaban a los pacientes más graves, más crónicos, que no podían atender. Durante muchos años no pertenecimos a ningún Departamento, posteriormente al Departamento del Área Oriente (eso a raíz que un integrante del grupo fue nombrado su Director) y ahora al Depto. del Área Norte, lo que no ha significado ninguna ayuda y, al revés, los cargos de académicos que han quedado vacantes por jubilación, muerte o renuncia los perdemos, no los reponen. En la práctica seguimos siendo excluidos y se nos disminuye el número de académicos. Actualmente en horas universitarias tenemos menos de un cargo de la Universidad de Chile

Lo que hemos hecho allí no ha planteado mayores gastos significativos ni para la Universidad ni para el Ministerio.

De todo lo anterior se entiende que nunca he participado en la creación de las políticas públicas de la salud mental. El contacto con el Ministerio se remite al que tuve hace 35 años cuando me ofrecieron que mi grupo se hiciera cargo del Hospital Psiquiátrico. Entonces no habían psiquiatras en provincias, excepto en Concepción y Valparaíso, tampoco en los consultorios. Ahora se destina más dinero a la especialidad, se atiende a más pacientes y más eficientemente, hay medicamentos, la gran cantidad de psicólogos permite más psicoterapia, y además hay muchos más psiquiatras. En gran medida la mejor atención se debe a que hay más psiquiatras. Los avances comparativos son muy grandes. Me llama la atención la multiplicidad de grupos de psiquiatría

que hay sin una entidad central que permita la discusión de la política general en la cual participen todos. Si no se pertenece al grupo ideológico que detenta el poder, la participación en el diseño de la política es muy mínima, de tal modo que ésta es dictada por un grupo bastante pequeño. Creo que la Universidad debiera ser consultada en una proporción mayor a lo que ocurre, con respecto a la política. También los distintos grupos que implementan esa política.

Tal vez debería agregar que la venida al Hospital Psiquiátrico se realizó desde el Hospital Salvador a través de una decisión en que cada miembro tuvo la libertad de optar por uno u otro campo clínico. Estábamos llenos de becados que no tenían dónde trabajar: los enviábamos al Hospital Psiquiátrico para su práctica sin tener injerencia allí. El irnos allí nos daba la oportunidad de satisfacer nuestra vocación de servicio con los pacientes más graves y desposeídos, y de dar cargos a becados hasta entonces *ad honorem* y a colegas que querían trabajar con nosotros. Nuestro intento de ingresar al comienzo a las estructuras formales universitarias a través de un Departamento era sistemáticamente rechazado, lo que se entiende ya nuestra adscripción habría significado el rebalse de cualquiera de ellos con la consiguiente modificación de su identidad. El aceptar becados que no pasaban por la Universidad se debía a que ésta tenía los cupos muy restringidos y además a que teniendo nosotros todas las condiciones para hacerlo, era muy difícil negarse a colegas que nos buscaban para su formación cuando además faltaban psiquiatras en el país. El juramento hipocrático algo tenía que ver con esto también. Apenas podíamos los contratábamos, ya que en el Hospital Psiquiátrico teníamos una gran cantidad de cargos. En alguna oportunidad un par de directores de departamentos de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile vinieron a repartirse los becados con la argumentación que nosotros no pertenecíamos a ninguna estructura universitaria, lo que pudimos parar, felizmente.

He creído que la institucionalidad debe estar al servicio de los objetivos y de la tarea. Si no lo está, hay que flexibilizarla hasta que pueda cambiar, trabajar paralelamente, negociar. Cuando nos íbamos de la Clínica Psiquiátrica, que era un lujo, al Hospital Salvador donde no había nada para nosotros y donde marcamos el paso, durante años y luego cuando nos fuimos al Hospital Psiquiátrico, casi un asilo, decían que estábamos locos. Cuando formábamos a tantos psiquiatras decían que destruíamos la especialidad. Hoy ellos están regados por todo el país en hospitales, clínicas, universidades. Todas las presidencias de las sociedades

científicas psiquiátricas han sido ocupadas por miembros de nuestro grupo, que además ha ayudado a todos los grupos universitarios a consolidarse. También a diversas universidades privadas.

**GPU:** *Pasando a otro tema, en la actualidad es difícil pensar la práctica psiquiátrica y psicoterapéutica sin los aportes de una serie de fuentes como las neurociencias cognitivas, la llamada "nueva filosofía de la mente", la genética, las teorías de desarrollo y los postulados evolucionistas. ¿Está de acuerdo con este enunciado? ¿De qué manera estas fuentes han influido en el desarrollo del psicoanálisis?*

**MGJ:** Estoy de acuerdo con el enunciado. Estas fuentes sin embargo, a mi modo de ver, no han influido en el desarrollo del psicoanálisis tal como debiera haber sido. Esta es una ciencia que sigue un camino que es paralelo a los desarrollos y a la aparición de otras. Debemos tomar en cuenta que los textos más leídos en la formación de los actuales psicoanalistas son aquellos de Sigmund Freud, el creador que murió hace más de 70 años. Los trabajos psicoanalíticos publicados en general deben empezar citando a Freud. Un psicoanalista, por ahí dice que en Psicoanálisis la palabra Freud se cita con tanta frecuencia como en teología la palabra Dios. Hasta 1939, fecha en que muere, las diversas corrientes que se alejaban del fundador debían renunciar a la API o eran apartadas. Adler, Jung, Stekel e incluso Ferenczi y posteriormente los culturalistas, tuvieron que alejarse. Eitingon, que fue el creador de los Institutos (lugar donde se forman los psicoanalistas), planteaba que en técnica sólo debía leerse lo escrito por Freud; en esa época había un comité secreto y además censura para las publicaciones. Nuevas corrientes como incluso la kleiniana debían hacer demostraciones en sus trabajos de su lealtad con Freud para poder permanecer. Recién después de su muerte pudieron florecer nuevas teorías y aparecieron autores que no fueron apartados, a quienes se les permitió su creatividad. De todos modos aparecen como transgresores de las normas y reglamentos de la API, aunque no se los persigue como antaño. Estas normas y reglamentos no tienen sin embargo gran modificación. Cuando un grupo nuevo compuesto por analistas quiere entrar a la API, debe someterse a una revisión que dura años para saber si cumple con las normas y reglamentos a los que hacemos referencia. Se comprenderá que si se cuida con tanta preocupación que el cuerpo del psicoanálisis se mantenga intacto incluso de "contaminaciones" creadas por los propios psicoanalistas, los cuidados son más extremos cuando se trata de aportes foráneos. Esa es una de las razones de la reticencia para tener contacto con la Universidad.

Esta actitud felizmente está haciendo crisis y surgen autores psicoanalistas que incluyen en sus trabajos las fuentes por usted citadas, pero en una proporción bastante pequeña hasta el punto que su influencia es ínfima. Lo anterior, junto a la concurrencia cada vez de menos pacientes y la disminución de candidatos para formarse, hace que la crisis acelere su cercanía. Llama la atención la menor concurrencia de candidatos médicos y la mayor de psicólogos, en circunstancias que en países como USA y Argentina hasta hace unos años no se permitía la entrada a los psicólogos en los institutos.

Todo lo anterior, a mi juicio, augura cambios importantes en el psicoanálisis que deberán partir por cambios en su institucionalidad, lo que supondrá una reingeniería. Tal vez al comienzo, cuando su impacto en la cultura de su época generaba grandes fuerzas oponentes, cuando sus conceptos eran revolucionarios, se requería de una estructura monolítica interna que fuera capaz de resistir los embates. Entonces tal vez se justificaba que fuera autoritaria y secreta. Actualmente cuando ha sido asimilado por la cultura y ha influido en cambios profundos, debe defenderse solo y permitirse la libertad de echarse a volar, explorar y contactarse con el mundo y con sus propios hijos que han surgido de él. El pensar que el psicoanálisis es uno solo es renunciar a la diversidad de sus brotes, a su fecundidad con esas fuentes que usted menciona, es cortarles las alas, es inhibir su esencia misma y convertirlo en una ciencia conservadora, lo que es la antítesis de la ciencia. Tal cambio implica movimiento, transformación, giros, modificaciones de sus postulados básicos como ocurre en cualquier teoría por más sólida y asentada que parezca. Y ése es el riesgo que su actual institucionalidad tiene muchas dificultades en correr. El riesgo de continuar sin cambios es de transformarse en una pieza de museo. Aunque todavía estamos lejos de eso.

**GPU:** *¿Qué le parece la siguiente afirmación: "el psicoanálisis es un tipo de psicoterapia psicodinámica"?*

**MGJ:** El psicoanálisis es algo más que la afirmación planteada, es una o varias teorías, es un método de exploración de la mente y además se caracteriza por tener diversas aplicaciones. Como terapia, es un tipo de psicoterapia psicodinámica. A todas aquellas que derivan del psicoanálisis o que tienen mayormente elementos de éste, se las apellida psicodinámicas. La que tiene más elementos es la llamada psicoanálisis. La API da una definición de ella, pero en la práctica los psicoanalistas en su trabajo realizan diversas variaciones. A ellas, en ocasiones, se les ha llamado psicoanálisis con parámetros. Las variaciones son cada vez más numerosas, hasta el punto que se crean verdaderas escuelas, que a

su vez se corresponden con variaciones en las teorías y en sus aplicaciones. Sin embargo tradicionalmente los psicoanalistas han sido muy cuidadosos en respetar las definiciones de la API cuando se refieren a su quehacer y llaman a las demás psicoterapias de orientación psicoanalítica. Estas últimas han surgido a propósito de las dificultades que ha tenido el método con pacientes graves, por problemas económicos, a veces por la ineficacia en su aplicación. Ellas posteriormente se han estructurado como métodos definidos y sólidos. A todas estas psicoterapias y al método más original los podemos llamar psicoterapias psicodinámicas. El hecho que la API no admita en su seno al resto de estas psicoterapias me parece que es una renuncia innecesaria que lo deja reducido a una técnica que cada vez tiene menos pacientes y menos terapeutas que la aplican. Los candidatos, que son cada vez más escasos, quieren entrar a los institutos para aprender el método original, que los posibilitará posteriormente a practicar mejor, según creen, el resto de las psicoterapias psicodinámicas. La renuncia a la que hacemos referencia la podemos interpretar como la idea de mantener incólume el tradicional psicoanálisis que se resguarda como el metro en el museo de pesas y medidas del Louvre. Doy un ejemplo: el psicoanálisis tradicional requiere por lo menos 4 sesiones semanales. Hay una discusión que dura años acerca de si puede disminuirse la frecuencia a 3. Todavía no hay una decisión oficial. Mientras tanto Uruguay y Francia han disminuido ya a 3 y nadie dice que no hacen psicoanálisis.

**GPU:** *Durante años la interpretación de la transferencia ha sido considerada como la herramienta terapéutica psicoanalítica por excelencia; sin embargo, en el último tiempo ha sido fuertemente cuestionada. Incluso algunos plantean (Gabbard entre ellos), que en ciertos casos o momentos del tratamiento una interpretación de la transferencia utilizada con mesura y prudencia puede ser productiva; sin embargo en otros casos puede llegar a ser contraproducente, especialmente en pacientes con un bajo nivel de organización de la personalidad. ¿Está de acuerdo con esta postura y el rol central de la interpretación de la transferencia? ¿Qué papel le asigna al resto de las intervenciones psicoanalíticas?*

**MGJ:** Creo que el psicoanálisis aplicado como terapia consiste en acoger al paciente, escucharlo, ver si es posible tratarlo con psicoanálisis y tener una actitud que va tras la búsqueda de comprender su discurso, de buscar los significados que en él permanecen ocultos y su relación con los síntomas, con los rasgos caracterológicos, con los problemas que tiene en la vida y con aquellas interrogantes que pueden surgir para ambos,

psicoanalista y paciente, con respecto a este último. Para lograr esto se echa mano a las teorías, al método de exploración, y a los hallazgos descubiertos por los autores psicoanalíticos. Un elemento importante de ellos ha sido la transferencia. Hasta cuando se descubrió, se hacía psicoanálisis, privado de esta herramienta, que luego se convirtió en muy importante. Hay que considerar que se descubrió primero como una defensa que dificultaba la aplicación del psicoanálisis. Como fue habitual en Freud, la convirtió en un instrumento favorable a la técnica y su interpretación fue un modo para que el paciente tomara conciencia de la distorsión que pudiera realizar de la realidad en base a sus experiencias infantiles. Hace tiempo que en este campo no se han descubierto fenómenos de la importancia de la transferencia. Como en todas las cosas, ha ocurrido que cuando se encuentra algo así, se sobredimensiona, se usa excesivamente, se mal usa, hasta que se llega a una situación más decantada y más adecuada. La interpretación es el instrumento privilegiado de la terapia, entendiendo que hay de muchos tipos: de apoyo, de confrontación, psicopedagógicas, de contenido, de la transferencia, etc. Aquellas últimas cuando se usan adecuadamente son de gran utilidad; si se usan indiscriminadamente no sólo son ineficientes sino que pueden hacer mal. Exigimos que el paciente pueda tener un buen juicio de realidad de tal modo que pueda distinguir el “como si” de lo interpretado, comparado con la realidad. Si el paciente trata transferencialmente al terapeuta como si fuera el papá y no se da cuenta de la diferencia con la realidad, la interpretación podrá acentuar la distorsión o podrá ser sentida como un rechazo, por ejemplo. Esto podrá ocurrir en psicóticos y también en límites, donde la interpretación podrá ser iatrogénica. Sin embargo también en pacientes con bajo nivel de organización la interpretación transferencial en ciertos momentos, y si es adecuada podrá resultar eficiente. El cuestionamiento al que Ud. alude se refiere a posturas de determinadas escuelas que ponen el acento en otros elementos terapéuticos. Muchos de estos últimos no pueden exagerar su importancia hasta el punto de desechar la interpretación transferencial; tampoco se puede hacer lo mismo con ella y excluir las otras. La elección de las interpretaciones está dada por el momento en que se dan, por el contexto, por las características del paciente y el analista, en suma por su adecuación que será distinta en cada paciente con cada analista. Las afirmaciones en el sentido extremo (“por excelencia”, “no sirve”, etc.) no se corresponden con nuestro método. Las otras intervenciones psicoanalíticas son tan necesarias como la interpretación transferencial, cuando son adecuadas. Quisiera subrayar que

muchas de ellas son compartidas por la psiquiatría en general y por otras psicoterapias: actitud profesional, encuadre, alianza terapéutica, etc.

**GPU:** *En el discurso de nombramiento como Maestro de la Psiquiatría Chilena en el año 2005, uno de los relatores se refirió a usted como el “último discípulo de Ignacio Matte” quien, como psicoanalista, alcanzó un reconocimiento internacional. Sin embargo, su obra escasamente se lee y enseña fuera de los círculos especializados. ¿Cuál es –a su juicio– el mayor aporte de Matte Blanco y qué relevancia pudiera tener para los psiquiatras y psicoterapeutas que se forman en la actualidad?*

**MGJ:** En realidad no fui el último discípulo. Habíamos varios. Lo que puedo decir, sin embargo, es que he tratado de mantener su enfoque de la psiquiatría, desde posiciones parecidas a las que él tuvo como profesor y dirigiendo un grupo importante de psiquiatras. Su obra escasamente se lee y enseña fuera de los círculos especializados, dice Ud. Yo agregaría que eso ocurre especialmente en Chile. Pero además añadiría ¿y qué psiquiatra chileno es especialmente reconocido hoy en día en Chile? Si Ud. revisa los trabajos publicados chilenos, se dará cuenta que las citas allí de otros autores chilenos es bastante menguada. ¿Tendrá que ver con una característica nacional? Pero en el terreno internacional, Matte es probablemente el psiquiatra chileno más citado. Tal vez Kernberg lo supera, pero éste nació en Viena, sólo se formó en Chile. Se hacen muchas reuniones en torno a Matte. Es muy reconocido en Europa y últimamente en USA. Además de los libros que escribió aquí y en Europa, el mayor aporte que tuvo es la introducción de un tipo de psiquiatría, de la cual carecía el país, donde se contemplaban todos los progresos de diversas disciplinas que acompañaban a la especialidad. En la Clínica Psiquiátrica, fundada por él, teníamos neurofisiólogos, parapsicólogos, especialistas en las diversas ramas de la psiquiatría: en organicidad, psicosis, neurosis, psicoterapia individual y de grupo. Allí había gente que trabajaba en psiquiatría comunitaria, alcoholismo. Prevalcía el concepto de equipo de Salud Mental. Antes de que apareciera el conductismo como terapia, teníamos conductistas; también hipnotistas. Algunos de sus ayudantes fueron profesores en Valparaíso, Valdivia y en todos los grupos creados durante la reforma universitaria. Algunos de sus ayudantes obtenían permiso para ir a estudiar con otros profesores líderes de diferentes corrientes de la psiquiatría chilena. Todo esto era la expresión de una psiquiatría amplia, tolerante, respetuosa y abierta a todo lo que tenía que ver con ella. A mi juicio, tal vez lo más importante, fue su apertura al psicoanálisis que llegó con él para

quedarse. Fue el fundador de la APCH. Sus ayudantes eran psicoanalistas o candidatos a serlo, incluso aquellos que fueron líderes de otras corrientes. Sin embargo, lamentablemente, se fueron todos los psicoanalistas de la Clínica en 1961 y muchos de los ayudantes no sólo dejaron el psicoanálisis sino que además se convirtieron en adversarios muy críticos. Matte había analizado a la mayoría de ellos, lo que no es recomendable, pero que en este caso fue un imperativo ya que era el único psicoanalista. Esto es algo conocido: que el líder fundador es rechazado por sus discípulos especialmente si simultáneamente ha sido el jefe. Matte con su psiquiatría psicodinámica, sigue siendo muy importante en sus hijos y nietos profesionales y podríamos decir sin equivocarnos que es el psiquiatra que más innovaciones produjo en la especialidad en Chile, y que duran hasta ahora. La Clínica Psiquiátrica es un edificio que él construyó, preocupado personalmente hasta de los jardines y que en su época fue modelo de arquitectura. Que cobijó a un movimiento psiquiátrico muy importante. Aunque el reconocimiento explícito es menor al que se merece, a través de muchos profesores médicos y psicólogos que se criaron en esa Clínica en el periodo de Matte, la psiquiatría y la psicología chilena están repletas de su influencia, a pesar de las discusiones que suscita y que según mi opinión son muy saludables, y que deberían ser más.

**GPU:** *Para muchos usted ha representado el ejemplo de un espíritu democrático a través del cuestionamiento del autoritarismo en la formación psicoanalítica, promoviendo la integración y la apertura hacia otras disciplinas. De hecho, usted ha mostrado una postura bastante crítica respecto al análisis didáctico; incluso ha propuesto un cambio en su concepción. ¿Podría explicarnos en qué consiste su crítica y cuál es su propuesta?*

**MGJ:** Le agradezco lo primero que Ud. plantea acerca de mí, en esta pregunta. Con respecto al análisis didáctico debo señalarle que mi preocupación con respecto a él data desde aquel Congreso Mundial de Psicoanálisis que se realizó por única vez en Chile. Los organizadores me pidieron una ponencia sobre el término del análisis didáctico. Se referían a cómo se terminaría técnicamente el análisis en un candidato. Yo quise entender que se trataba de su supresión y allí empecé a imaginar lo que pasaría si se sacara como requisito para ser analista. Hoy pienso que hay que suprimirlo y que él suscita más problemas que aquellos que resuelve. Lo que Freud recomienda es que el analista tenga la experiencia de analizarse. Lo que planteo es que el analista, si quiere, y me parecería extraño que no quisiera, se analice, pero que se suprima como requisito el análisis didáctico.

Creo que no puede ser que los analistas se analicen con los didactas y los pacientes con los demás. No puede haber analistas de primera y segunda categoría. La formación debe poder garantizar la capacidad de analizar sin discriminación entre los analistas y el resto de la población. El analista debe tener la experiencia común y no una especial. Desde luego que el apellido didáctico esta demás. El análisis no tiene apellidos. Este apellido sin embargo crea una clase de analistas que son los didactas que se constituyen en la clase superior de las asociaciones a cual todos aspiran a ser promovidos. Y esa clase se autogenera ya que ellos, los didactas, eligen a sus sucesores. El análisis no se puede hacer como requisito de nada o para lograr pertenencias, para promoverse, etc. Tampoco puede ser impuesto un determinado analista. Menos puede ser que el analista de uno le proporcione el pase o permiso para ser analista como sucedía hasta hace algunos años en muchos lugares (en Chile, desde luego). Tampoco puede terminar un análisis después de una situación externa a él. Aquí en Chile el análisis didáctico termina cuando finaliza la primera supervisión. Mantengo que el análisis didáctico es poco analítico, ya que coarta la libertad necesaria para que funcione. A pesar de que un grupo muy importante de analistas insiste en que es el instrumento fundamental para aprender a hacer análisis, la mayoría de los trabajos publicados sobre él, que no son muchos, opinan todo lo contrario y lo critican. He descrito el "síndrome fáustico" que es una complicidad en la pareja en que el candidato presupone que el didacta puede darle la entrada a un conocimiento especial y en un ámbito privilegiado si es que logra ser como él, y el didacta creyéndose poseedor de eso, puede conjeturar que logra prolongarse en sus analizados que quieren ser como él y que lo serán. De hecho, así es como se crean las diversas corrientes que se nutren de los candidatos. Se han descrito las familias de analistas y sus candidatos. Es difícil que estos últimos adhieran a otras corrientes y no apoyen a sus didactas, so pena de ser tratados de desleales o que hacen "acting out". De tal manera que se crean grupos que compiten por el poder en el seno de las asociaciones. Las identificaciones, a veces imitativas, operan fuertemente en estos análisis. Si alguien se ha analizado con diversas personas, un analista avezado puede distinguir en el sujeto diversos aspectos de sus analistas. La identificación no es sólo con la función técnica utilizada, que se supone es un objetivo de la terapia, ya que efectivamente se trata de obtener un producto que tenga la misma profesión que el didacta, sino que también con la teoría específica del didacta y con su persona. Sería casi catalogada como un mal resultado si el candidato abrazara otra corriente. Esto

a veces ocurre y generalmente es una rebelión contra su propio analista, por lo que podemos seguir atribuyendo eso a la identificación. Este tipo de identificaciones entonces estimula la sumisión o la rebelión. Esto aunque ocurre no puede ser objetivo del discurso de ningún análisis y por lo tanto no se explicita. El analista didacta que analiza a más candidatos y que obtiene más sumisión y menos rebelión es más popular y obtiene más miembros para su corriente. Además va a tener mayor poder en la institución.

Generalmente estos analistas son poco conocidos externa e internamente; lo son por su fama de buenos clínicos, aunque nadie sabe cómo trabajan, no dan opiniones, más bien se asilan en el secreto que se disfraza de anonimato para proteger a sus analizandos. Se entiende que de ninguna manera analistas que sean simultáneamente profesores, docentes, tienen las condiciones para crear un ambiente adecuado para realizar un análisis con sus alumnos. Por eso en Francia se abolió la didactura, porque se concebía a los didactas como una clase superior que mantenía el poder y que era conservado por el tipo de análisis al que nos estamos refiriendo, instando a que el candidato se analizara con cualquier analista, aunque fuera de otro grupo, pero que fuera capaz de dar cuenta de su análisis a una comisión ad-hoc. Este tema es uno que requeriría de mucha discusión; sin embargo, donde lo he presentado acompañado de psicoanalistas de gran reputación en congresos mundiales y sudamericanos, el público psicoanalítico ha sido muy escaso, lo que me parece natural ya que la desaparición de este análisis dañaría la estructura institucional y además eliminaría uno de los frenos más importantes para el cambio y el progreso, sobrepasando el conservadurismo.

En un congreso mundial me correspondió ser relator de una reunión de didactas. El Comité Organizador la llamó algo así como “entre la fosilización y el caos”. Los psicoanalistas de la institución madre, ante el temor que hay por aquello que podría producir cambios, prefieren el conservadurismo, lo que a su vez estimula la aparición de todo tipo de grupos paralelos a la API, algunos no muy creativos ni recomendables. Freud en *Análisis Terminable e Interminable* dice que hostilidad y partidismo crean una atmósfera no favorable para la exploración subjetiva, y cita a Anatole France: “si a un hombre se le confiere poder, difícil le será no abusar de ese poder”. Los analistas didácticos tienen el poder de las asociaciones y su partidismo en relación a sus teorías haría imposible que no las transmitieran a sus analizandos con el propósito de engrosar sus filas. Freud se refiere a las dificultades que hay para llevar a buen término el psicoanálisis. El ambiente de las instituciones

psicoanalíticas ha estimulado permanentemente la falta de autocrítica abierta. Sin embargo ella se ha descrito como desarrollándose en los pasillos. Algunos incluso han dicho que los pasillos son el preconscious de las asociaciones. Hasta hace algunos años se realizaban precongresos de los didactas donde no podían entrar los otros analistas y a los candidatos no se les permitía asistir ni siquiera a las reuniones clínicas. Felizmente todo esto ha ido desapareciendo.

Creo que debe haber transparencia como en otras instituciones y si eso trae el caos pueden venir cambios interesantes después de él. El psicoanálisis no merece sólo quedar en la historia, fosilizado. Todavía tiene mucho para desarrollarse y progresar, pero para eso hay que confiar en su solidez intrínseca. El psicoanálisis didáctico está lleno de elementos que desaconsejamos cuando enseñamos cómo se realiza un psicoanálisis y es que con el tiempo se ha ido convirtiendo en un instrumento de la institución que se usa para preservarla, y para conservar los privilegios de los analistas didactas. Los candidatos internalizan un didacta que posteriormente pugna por hacerse realidad en quien lo lleva. Un fenómeno habitual de este análisis es la idealización del analista, lo que es natural porque se quiere ser igual que él, primero “analista”... y luego, didacta. Contribuye a la idealización el que no se sepa nada de él y de la fama de la que se han encargado todos sus demás analizandos, incluso creando algunos mitos acerca de él. El análisis requiere que el futuro analizado elija a su analista, que haya un acuerdo mutuo en su terminación, y que durante el análisis no exista otro vínculo que el analítico entre ambos. En éste, el candidato no puede elegir sino a los didactas; el analizado lo hace como un requisito para entrar a la Asociación del analista y termina cuando termina la primera supervisión, pudiendo sin embargo seguir, si hay acuerdo de ambos. La mayoría de las veces el candidato lo termina enteramente en ese momento. La supresión del análisis didáctico seguramente traería como consecuencia una serie de cambios que requerirían nuevas fundaciones, reingeniería, etc., a mi juicio positivos para nuevos desarrollos, y negativos para los conservadores.

Para terminar quisiera señalar que el análisis didáctico se recomienda como indispensable para el candidato. El secretismo de los didactas y las prohibiciones para los candidatos se recomiendan como parte del cuidado que se debe tener con el desarrollo de los últimos. La falta de participación de los didactas en trabajos, reuniones públicas, se plantea como un modo de cuidar los análisis de los candidatos a través del anonimato de su didacta. El resultado es la idealización de los didactas y que ellos puedan moverse sin mostrarse,



con una comunicación sólo entre ellos, reclamando también privacidad y lealtad, lo que les otorga un poder exagerado y originando también paranoia en los demás. No es casualidad que antiguamente sólo los didactas podían también hacer seminarios y supervisar. Actualmente la mayoría de los analistas accede a ser profesores y hoy en día hay una discusión candente para que se separen las funciones de supervisar y analizar candidatos. La presión viene de los no didactas. O sea, todos quieren tener las funciones del antiguo didacta y no se atreven a plantear que se acaben los didactas por temor a ellos y, además, porque casi todos los analistas quieren serlo. Lo que es natural ya que fueron analizados por didactas.

**GPU:** *Complementando la pregunta anterior, ¿qué opina de la formación en psiquiatría general en la actualidad?*

**MGJ:** Hace algunos años estoy fuera de los niveles administrativos y programáticos y por lo tanto no tengo un conocimiento acabado de todo lo que se hace o se espera hacer. Cuando yo me recibí fui contratado en la Clínica Psiquiátrica y tiempo después me enteré que había una Escuela de Posgrado. Había becados, pero nadie se ocupaba de ellos. Tengo un certificado en que se dice que me aprobaban el segundo año de especialización sin haberme inscrito, sin ser becado. No sé qué había hecho, sino cumplir con las tareas como médico. En la misma época yo era el encargado de los becados, sin pertenecer a la Escuela de Posgrado. Desde entonces se ha avanzado muchísimo; sin embargo, creo que se pueden hacer más cosas. Desde luego creo que los becados deben ser eso y no becar ellos a las universidades, es decir, pagar. Eso los obliga a trabajar y distraer tiempo del estudio. El tener becados a los que se les paga y otros que tienen que pagar produce diferencias odiosas.

Me parece que los Departamentos de Psiquiatría debieran llenar sus cargos por concurso público y no por el criterio de sus directivas. Durante muchos años incluso miembros de un Departamento no podían pasar a otro; si un cargo se desocupaba, era llenado internamente. Los académicos debieran poder transitar libremente entre los Departamentos. Al menos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La acreditación de los Departamentos debiera ser mucho más exigente. Pertenecí a la Comisión de Acreditación cuando recién se formó, hace muchos años. En esa época acreditábamos a casi todos creyendo que eso era estimulante por ser la primera vez, y aconsejábamos para que hubiera mejores desarrollos. Creo que estos últimos no se produjeron en la cuantía que esperábamos, aunque se siguen acreditando positivamente. Si

no se cumpliera con los requisitos creo que se debe suprimir el Departamento. Entiendo que lo que digo puede sonar fuerte para los que no quieren que las cosas cambien y temen perder su manera de trabajar y el poder que tienen como grupos. Además cada grupo defiende su psiquiatría, que es diversa. Creo que lo anterior es legítimo, pero va en detrimento de la psiquiatría universitaria que, entre otras cosas, debe formar a los psiquiatras en forma más amplia. Creo que se produce un aislamiento algo absurdo. Además de una rivalidad poco sana. Ya les contaba sobre el maltrato que ha habido con el Hospital Psiquiátrico para que no fuera Departamento y cómo fue perdiendo sus cargos universitarios mientras era el grupo que prestaba concurso a todos y formaba el mayor número de psiquiatras. Creo que debiera haber un solo Departamento o al menos una sola Escuela de Psiquiatría donde participaran todos los Departamentos. Se terminarían las duplicaciones, los becados tendrían la oportunidad de mirar todos los modos de practicar la psiquiatría y habría una exigencia para todos de terminar con competencias no recomendables. Los académicos calificados podrían presentar cursos o seminarios enmarcados en un programa básico y los becados podrían elegir seminarios y también sus estadías clínicas. Actualmente hay grupos que carecen de académicos capaces de enseñar algunos temas importantes como también de campos clínicos más especializados. Eso exigiría un respeto y tolerancia entre los académicos que sería inmejorable para la convivencia universitaria.

Siendo realista, creo que es muy difícil que esto pueda lograrse actualmente dada la distancia que hay entre cada uno de los departamentos y grupos universitarios. Quiero señalar que me refiero fundamentalmente a la Universidad de Chile. Las demás universidades tienen grupos de académicos tan pequeños que difícilmente pasarían una acreditación rigurosa por su propia cuenta y deben recurrir a otros grupos para lograrla. En general además deben solicitar el préstamo de campos clínicos. Creo que la lista de destrezas que tienen actualmente los becados a mi juicio dista bastante de las que tendrían con la impartida por la Escuela propuesta. Los grupos casi se conforman con exigir que ellos se sepan el DSM y los protocolos. Hay grupos donde la psicoterapia brilla por su ausencia o si no, se reduce a aquella de una sola corriente y con conocimientos muy someros, de tal modo que existe la idea que la terapia médica prácticamente es exclusivamente farmacológica y la psicoterapia la deben hacer los psicólogos. O sea últimamente se ha estado produciendo una verdadera renuncia a un instrumento que debe funcionar en la relación con todos los pacientes en circunstancias que

si la desechamos favorecemos la disociación mente-cuerpo y abandonamos un campo que abona cualquier otro tratamiento. Así como lo propiamente psíquico no tiene demasiada importancia en la formación, lo social menos aún. Exigiría que cada becado participara en una investigación sobre la cual tuviera que dar cuenta. Esto obligaría también a los grupos a investigar, lo que inmediatamente elevaría la excelencia académica de la Psiquiatría Universitaria.

**GPU:** *Por último, si hay algo que quiera agregar, puede hacerlo con la extensión que estime necesaria.*

**MGJ:** Si usted me da la oportunidad, quisiera agregar, tal vez completando en la actualidad su primera pregunta sobre mi interés en la psiquiatría y el psicoanálisis, que ambos me resultan fascinantes por aspectos que puede ser que sean la desesperación de los colegas más obsesivos que yo. La ambigüedad de ambos me resulta especialmente atrayente ¿Cómo puede ser que en psiquiatría las clasificaciones diagnósticas cambien con tanta frecuencia, apareciendo nuevos cuadros y desapareciendo otros que luego incluso reaparecen? Y con respecto a esas clasificaciones algunas se hacen con influencias de una corriente por ejemplo norteamericana y otras alemanas ¿Cómo puede ser eso? ¿Cómo es que lo que era una enfermedad posteriormente es un trastorno y seguidamente es normal? ¿Cuál es el poder de estas clasificaciones que logran que las mayorías las crean y a propósito de eso surjan nuevas entidades clínicas? ¿Cómo puede ser que todas las psicoterapias logren buenos resultados y en ese sentido sus diferencias sean pequeñas? Hace 50 años hice una Tesis para optar a cargo docente, con pocos casos, donde se demostraba, y con seguimiento de dos años, que con meprobramate, placebo o psicoterapia de orientación psicoanalítica todos los pacientes mejoraban igual y sustancialmente. Me demoré 10 años en publicarla, porque no podía creer en las conclusiones. Se han descrito diferencias importantes entre el psicoanálisis y la psicoterapia de orientación psicoanalítica y ahora en las investigaciones se toman en conjunto ¿Por qué algunos dicen que el psicoanálisis es una ciencia y otros dicen que no? ¿Por qué hay dificultades para la investigación empírica en psicoterapia? ¿Por qué hay grupos que se oponen tan fervientemente a ella? Todos los seres humanos somos distintos y la patología psiquiátrica se asienta en la personalidad y produce modificaciones muy originales y diversas en cada persona. Las clasificaciones comparativamente a la diversidad humana tienen muy pocas entidades. De tal modo que siempre que hacemos un diagnóstico y lo enmarcamos en cualquier clasificación, nos quedamos muy cortos. El DSM ya está por publicar su quinto

intento, lo que augura otros nuevos en el futuro. Simultáneamente hay otras y cualquier autor que se precie y escuelas importantes tienen otras. Resulta que han disminuido las enfermedades y florecen los trastornos. El buscar enfermedades ¿no será una rémora de la Psiquiatría desde su origen en la Medicina? Y ¿tratamos los trastornos como si fueran enfermedades? ¿Y por qué tantas clasificaciones y tantos cambios seguidos?

Hace pocos años en Chile había muchos pacientes con Esquizofrenia y pocos con Psicosis Maníaco Depresiva. Hoy la Esquizofrenia disminuye y aumenta el Trastorno Bipolar y no sólo como consecuencia de las drogas. A propósito de la emergencia de los fármacos para tratar a este último, cada vez hay más bipolares y depresivos. Y si esos medicamentos mejoran otras cosas, no necesariamente quiere decir que esas otras cosas también pertenezcan al ámbito de la bipolaridad, Y repentinamente se descubre que algunas de esas drogas tienen un efecto sólo placebo.

Las neurosis traumáticas desaparecen y luego aparecen en el estrés postraumático. Se tratan con relajación y hasta pentotal para favorecer la emergencia de lo supuestamente reprimido y a continuación se plantea que es mejor no hacer eso ya que se podría producir una retraumatización. Freud a su vez teoriza sobre la amnesia del trauma y la necesidad de levantar la represión para la mejoría de la histeria. Posteriormente abandona la teoría del trauma y a propósito de eso surge el mundo interno, el complejo de Edipo. En Freud toda resistencia a la aplicación de su técnica se va convirtiendo en nuevos instrumentos favorables para ella y para la teoría.

Un profesional de una determinada corriente aplicando un método terapéutico puede mejorar a un paciente y otro de la misma escuela con el mismo método puede no sanarlo, y otro incluso puede mejorarlo más. Frente al “furo curandis” de algunos psiquiatras, otras personas protestan porque no dejamos vivir a los pacientes en forma más autónoma. Nuestras terapias no deben impedirles vivir a nuestro pacientes.

Lo anterior es muy humano, sólo que estos problemas humanos se dan en forma más exagerada en nuestras especialidades que son muy ambiguas y que exigen no sólo desentrañar lo que se investiga, sino que simultáneamente lo que ya está explorado y además al explorador y aceptar que la tarea está llena de trampas y tropezones, para lo cual hay que tener una gran tolerancia a la incertidumbre.

Esto ocurre en medio de una necesidad grande de los profesionales que en su práctica clínica buscan desesperadamente la seguridad de procedimientos que sean certeros para tratar a sus pacientes. Cuando ellos

no existen los inventan, crean protocolos, se estructuran, se institucionalizan, se ubican en clasificaciones y muchas veces opera el placebo positivo que nos hace creer que es su efecto específico.

Lo anterior me parece atractivo. Estar en un terreno que es y no es, lleno de preguntas, que traen otras. Caminar muy seguro en un campo llano para darse cuenta imprevistamente que no lo es y sin embargo avanzar, me parece desafiante y da la experiencia de un movimiento conducente. Finalmente cuando el paciente nos dice estar mejor y nosotros verificamos esto, comprobamos que a pesar de todas las ambigüedades e incertidumbres, estamos cumpliendo la tarea y además estamos recibiendo la recompensa de saber más de la gente y de nosotros mismos.

Estoy en una escuela que fue una reacción que quería reemplazar la sugestión practicada por hipnotistas y curanderos, por un método más transparente, más científico y que tuviera acceso más directo a la etiología

y que siguiera modelos más médicos. Se han realizado muchos adelantos, se sabe mucho más, sin embargo no podemos descartar que en mucho de la relación con los pacientes sigue operando la sugestión, claro que ahora en forma más sofisticada.

¿Qué quiere que le diga? Todo esto me parece fascinante y agradezco estar en este terreno donde no basta ser artesano ni artista. Hay que pensar y estar preparado para sorpresas y cambios imprevistos, preguntándose siempre, si es bueno o malo ¿para quién?

Para terminar, quisiera expresarle mis agradecimientos, porque Ud. me ha proporcionado un incentivo para volver a reflexionar sobre numerosos temas y también a sintetizarlos.

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

## ENSAYO

# PERSONALIDAD LIMÍTROFE: APORTES DE MARTIN HEIDEGGER Y JAMES CÔTÉ AL PROBLEMA DE LA IDENTIDAD EN NUESTRA ÉPOCA POSMODERNA

(Rev GPU 2012; 8; 4: 410-416)

Anneliese Dörr<sup>1</sup> y Paulina Chávez<sup>2</sup>

**El propósito del presente artículo es mostrar las posibles conexiones entre algunos cambios sociohistóricos propios de la modernidad tardía y la conformación de la identidad, como claves para comprender el aumento en la incidencia de los trastornos de personalidad limítrofe. Para abordar teóricamente al complejo problema de la formación de la identidad en nuestra sociedad actual, se incorporan los aportes del sociólogo canadiense James E. Côté y la pregunta sobre la técnica moderna del filósofo alemán Martin Heidegger. Sus profundas reflexiones sobre nuestro actual modo de habitar el mundo contribuyen a repensar el problema de la identidad a la luz del notorio aumento de la incidencia de los trastornos de personalidad limítrofe y su característica disfunción de la identidad.**

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de personalidad limítrofe se ha incrementado sustantivamente en los últimos años, pasando de un 2% de la población en 1995 a un 3,5% en la actualidad. Asimismo, se constata también que el diagnóstico se está haciendo a una edad cada vez más temprana (1).

El trastorno de personalidad limítrofe ha sido muy investigado, existiendo intentos por clasificarlo, ya sea

dentro de los trastornos del ánimo o dentro de las psicosis. Quien introduce en 1953 el término “borderline” es R.P. Knight (2), de la Menninger Foundation, basándose en la idea –actualmente abandonada– de que algunos pacientes estarían en el límite entre la neurosis y la psicosis. Su uso oficial se estableció en los años 80’ al ser incluido entre los trastornos del eje II del DSM-III, con el nombre de Personalidad Limítrofe (Borderline Personality Disorder). Entre los criterios diagnósticos señalados en el DSM IV-TR (3), que resultan más relevantes para

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile. adorr@med.uchile.cl Avenida Salvador 486, Providencia, Santiago de Chile

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Santiago de Chile. paulina.chavez@udp.cl

los fines de este trabajo, encontramos en esta patología un patrón general de inestabilidad y conflicto en las relaciones interpersonales, problemas de identidad, (autoimagen o sentido de sí mismo inestable) y sentimientos crónicos de vacío.

Desde una perspectiva psicoanalítica, O. Kernberg (4) ha establecido que dicho trastorno se caracteriza por una organización patológica estable de la personalidad, resistente a los cambios y cuyo funcionamiento principal incluye alteraciones a nivel del estado de ánimo, cognición, control de impulsos, e integración de la identidad. Su diagnóstico debe hacerse atendiendo a “criterios estructurales” más que “clínico-descriptivos”, observando la estructura de personalidad en la base (neurótica, borderline o psicótica), lo cual se determinaría en relación al funcionamiento global del yo y sus relaciones objetales.

La investigación sobre el tema a lo largo del tiempo (2, 5-9) evidencia que el patrón de inestabilidad afectiva y conductual, así como la gran dificultad en la conformación de la identidad, son elementos siempre presentes a la hora de caracterizar lo esencial de la personalidad límite.

Si incorporamos a la discusión el desafío teórico de pensar las relaciones entre la conformación de la identidad y las particularidades de las transformaciones socioculturales propias de nuestra época, la comprensión del significativo incremento del diagnóstico de cuadros límite –uno de cuyos principales problemas se relaciona, como ya fue señalado, con la consolidación de la identidad– se ve enriquecida y complejizada.

Siguiendo los planteamientos de James A. Côté (10), nuestra modernidad tardía (o posmodernidad) se caracterizaría por modificaciones sustantivas en ámbitos que resultan fundamentales a la hora de pensar los procesos de conformación y consolidación de la identidad (como las relaciones personales cotidianas, la relación con instituciones –familia, escuela, trabajo– y las prácticas masivas de consumo a gran escala, entre otros). Lo anterior podría dificultar en algunas personas el sortear con éxito la etapa de consolidación de la identidad.

Según la psicoanalista Lidia T. Scalozub (11), en la actualidad, la asimetría y diferencia generacional propias del vínculo entre padres e hijos se verían alteradas o borradas, lo que genera en muchos casos la confusión de los hijos frente a padres que han olvidado o descuidado su rol de guía adulta y que, en su afán por responder a la demanda social de una imagen corporal deseable y juvenil, hacen difusas las marcas de las diferencias generacionales. Este fenómeno llevaría a que las experiencias de generaciones anteriores sean me-

nos apreciadas y utilizadas por la descendencia en el proceso de conformación de su identidad, por lo que su futuro aparece como incierto, en el sentido de que sólo sobre ellos recaería ahora la tarea de convertirse en los principales artífices de sus propias identidades.

A su vez, la declinación de las instituciones tradicionales de socialización, cuya mediación posibilita que los nuevos miembros de una sociedad sean eficazmente incorporados a la cultura (familia, escuela, instituciones políticas o religiosas) despoja de referentes al proceso de consolidación de la identidad. Esto podría ayudar a entender el que jóvenes en situación de mayor vulnerabilidad psicológica realicen una búsqueda de identidad o de pertenencia a través de medios muchas veces peligrosos e incluso abiertamente autodestructivos, como por ejemplo el consumo abusivo de drogas o las diversas intervenciones en el cuerpo, que ellos viven como una manera de tener algo “para siempre”. Así, por ejemplo, en el contexto de un mundo constituido por objetos y relaciones efímeras, los tatuajes de gran extensión, el piercing (perforaciones en distintos lugares para colocar un objeto metálico) o el branding (marcas producidas con objetos cortantes o quemantes), cumplen la función de una marca perdurable, que permite negar la caducidad vinculada al paso de un tiempo que se vive de manera más angustiada en una época secularizada, en la que los actos carecen de un sentido trascendente. A su vez, hay consenso (11-14) en que el aumento generalizado de este tipo de prácticas juveniles de intervención corporal se puede entender como una manera de lograr una inclusión a un grupo de referencia y de tener una vivencia mágica de cambio de *Self* (resistir el dolor, sentirse más poderoso, mejorar su autoestima).

En este contexto, los trastornos de personalidad límite serían el caso extremo de la dificultad que exhiben muchos jóvenes para lograr una consolidación exitosa de su identidad. Cuando la percepción de lo interno se vive como frágil y en cierto modo caótica, los elementos del mundo externo (hábitos, modas, pertenencia a grupos homogéneos) adquieren una gran importancia, observándose una marcada falta de preparación para la vida social adulta. Esto acentúa poco a poco la insuficiencia estructural, quedando el sujeto a merced de la desesperanza, con una identidad adulta no integrada y con escasas posibilidades de integrarse en un mundo de creciente complejidad (13).

Los decisivos aportes filosóficos de Martin Heidegger y las reflexiones sociológicas de James A. Côté nos han permitido construir un marco teórico orientado a arrojar nuevas luces en la comprensión de las particularidades de nuestro mundo social actual y de los desafíos y dificultades que plantea a la subjetividad.

## MARCO REFERENCIAL

### La pregunta por la técnica en Heidegger

En 1953 el filósofo alemán Martin Heidegger (15) desarrolló una reflexión sobre la técnica moderna cuya vigencia resulta innegable, sobre todo si consideramos el modo en que ésta ha continuado cambiando, complejizándose y afectando nuestra vida cotidiana.

El planteamiento heideggeriano sobre la técnica va más allá del simple marco de reflexión antropológica (técnica como acción humana sobre la *physis*) y de la concepción instrumental de la técnica (como medio al servicio de ciertos fines y necesidades del hombre), proponiendo “una mirada *transcendental* [ontológica]” (16) sobre este campo. La radicalidad de la pregunta heideggeriana por la técnica está dada por la posibilidad de pensar la técnica como expresión de una forma en que el hombre (*Dasein*) *habita el mundo*. Es importante aclarar que en Heidegger el *habitar* (palabra que significa al mismo tiempo *cuidar* y *cultivar*) no se refiere originaria ni fundamentalmente al “estar domiciliado”, sino más bien a la manera fundamental del ser hombre (mortal) sobre la tierra: “el hombre es en cuanto *habita*” (17). Por otra parte, debe considerarse también que el ser más propio del hombre no es un ego o una conciencia aislada que luego se arrojaría sobre los entes. Por el contrario, su estar-en-el-mundo se da en su condición originaria de *apertura*, esto es, encontrándose a sí mismo en lo que hace, en su ocupación en medio de los entes entre los cuales vive (relaciones con los otros y con las cosas). Es por ello que el filósofo no habla de “sujeto” sino de *Dasein*, para aludir a que el ser está desde siempre en medio del mundo, ocupándose de los entes. Dicho de otro modo: el ser no es algo interior sino un estar fuera, en el mundo, algo que acontece histórica, y no puntualmente (18).

Considerando lo anterior, es posible sostener que, en su esencia, la técnica en Heidegger es una *modulación histórica de la verdad* (19) que se relaciona con una *poiesis* (ποίησις), una producción, que en último término se refiere a hacer transitar algo de lo oculto a lo desoculto. Heidegger señala que este desocultar o “producir” de la *poiesis* puede darse de tres maneras: como artesanía, como *techné* (entendida en el mundo griego como técnica y arte, que mienta lo que por sí mismo no se produce) y también como el producir de la *physis* (que mienta lo que por sí mismo se produce, lo que surge, brota y sale a presencia). En un sentido originario, la *poiesis* implicaría un desocultar “protector”, pues no consistiría en un ataque contra lo desocultado sino más bien en un “dejar ser”, un permitir a todo cuanto hay el

despliegue de su esencia, apuntando a una noción de naturaleza que nos provee de sus energías –por ejemplo, un viejo molino de viento–, en contraposición a una naturaleza calculable y explotada –por ejemplo, la megaindustria de extracción de minerales.

Ahora bien, en el modo del desocultar de la técnica moderna no habría una simple *poiesis*, sino un desocultar que es fundamentalmente un *provocar*. De esta manera, el estado de abierto del *Dasein* se modularía en nuestra época como un *desocultar provocante* (*das herausfordende Entbergen*). A diferencia de la técnica artesanal, que implica un “abandonarse” a lo que las fuerzas de la naturaleza dan, en la técnica moderna se observa un “ataque” a la naturaleza para descubrir sus energías guardadas, extraerlas, acumularlas y explotarlas a ultranza. Nuestra relación con la naturaleza estaría atravesada por un exigir violento y no una simple utilización o un proveer (20). En esta modalidad el ente aparece como recurso, reserva disponible (*Bestände*) que se ofrece siempre listo para el consumo y sujeto a cálculo. Por su parte, el hombre es también reducido a un simple recurso o capital humano, perdiendo así su dignidad:

El modo de la ἀλήθεια (*Alétheia*) ahora imperante es el des-ocultar pro-vocante (*das herausfordende Entbergen*) que hace que el ser se destine al hombre induciéndolo a asumir todo, de antemano y de manera irrefrenable, como material de la producción. Así, entonces, “la tierra y su atmósfera se convierten en materias primas [*Rohstoff*]. El hombre se convierte en material humano [*Menschenmaterial*] uncido a las metas propuestas”, señala Heidegger (21).

El predominio de la mirada técnica hace que “los dioses y la naturaleza se retiren”, que el hombre se quede solo, erradicado, desprendido de la tierra. El pensar calculador y manipulativo determina todo ente como aquello disponible para el consumo, amenazando, instrumentalizando y devastando ámbitos fundamentales del habitar humano (naturaleza, lenguaje, vínculo con la divinidad). El hombre de la técnica moderna se encontraría en una situación de indiscriminada explotación del mundo, un descuido y olvido del ser que conllevaría a un desamparo y soledad radicales:

el hombre moderno giraría sin remedio en torno de sí mismo, como individuo aislado o también como colectivo masivo, en la vida privada y en la vida pública. No sólo permanece oculto lo sagrado como huella de la divinidad, sino que también

la huella de lo sagrado, lo salvo, parecería haberse extinguido... la salvación sólo puede provenir desde el lugar en que se produce un viraje en la relación entre el hombre y el ser (19).

El desocultar provocante implicaría un peligro supremo: puesto que es unilateral y excluyente, aparece como el único destino posible del hombre, como medida de todo y no como una modulación posible de nuestro habitar el mundo. Como hombres de la época técnica vivimos bajo la apariencia engañosa de que “todo lo que encontramos sólo es consistente por ser un producto del hombre” (15), hallándonos sólo a nosotros mismos –y nuestra soledad– en todo aquello que emprendemos.

Heidegger nos propone un habitar radicalmente distinto, orientado por lo que denomina el *desocultar protector*, que no consistiría en un “ataque” contra lo desocultado, sino más bien en un liberar, un “dejar ser”, un permitir a todo cuanto hay el despliegue de su esencia. Este habitar tiene como rasgo fundamental el *proteger* (*schonen*): “El proteger auténtico es algo *positivo* y acontece cuando, de antemano, dejamos algo en su esencia, cuando albergamos algo propiamente en su esencia” (17). Esto supone una relación de filiación, cuidado y cercanía con la originaria unidad de lo que Heidegger denomina “la cuaternidad” (*das Geviert*): la tierra, el cielo, los dioses (lo sagrado, ya sea en su presencia o ausencia) y el resto de los hombres. Este “proteger habitante” implica el compromiso de permitir que las cosas permanezcan en esta cuaternidad y supone un vínculo con la naturaleza y con los otros, distinto a la mera apropiación, explotación o cálculo, enfatizando más bien el arraigo, cuidado y respeto por la unidad de mortales, dioses, naturaleza y seres vivos, respetando también la dignidad de su misterio. En un mundo de mecanismos fácticos cada vez más poderosos, la desmesura y unilateralidad del cálculo, el espectáculo de la naturaleza dominada y la soledad y desarraigo de los hombres, muestran que hemos perdido el sentido de lo sagrado. Ponernos *en camino al lugar de nuestra residencia* implicaría abrirse de alguna manera a una relación distinta con la unidad del ser.

### James Côté y su mirada sociohistórica de la identidad

A la profunda reflexión filosófica heideggeriana podemos agregar los aportes de las ciencias sociales para pensar las particularidades de nuestra actual relación con el mundo y nosotros mismos. La mirada sociológica de James A. Côté sobre los complejos procesos de formación de la identidad en nuestra sociedad actual incorpora distintos niveles interrelacionados de análisis, que incluyen tanto factores macrosociológicos como

psicológicos y microinteraccionales, vinculando el campo de la cultura con la problemática de la identidad.

Para Côté, las distintas culturas establecen parámetros diversos de formación de la identidad y a través de la influencia socializadora de las instituciones alientan ciertas características de personalidad, fomentando el desarrollo de determinados “tipos de carácter”.

En las culturas premodernas, anteriores al siglo XIX, las relaciones entre padres e hijos se regían por normas tradicionales que no eran cuestionadas y el peso de los antepasados en la conformación de la identidad adulta era muy importante. Esto promovía un tipo de carácter heterónimo o “dirigido por la tradición”. Al respecto, Côté señala que:

las relaciones importantes de la vida son controladas por cuidadosas y rígidas convenciones aprendidas por los jóvenes durante los años de una socialización intensiva que termina con la entrada a la adultez. El rango de opciones es escaso, de modo que la aparente necesidad social de un tipo de carácter individualizado es mínima (10).

En la cultura moderna el vínculo intergeneracional se debilita, las relaciones entre padres e hijos se modifican sustancialmente, la autoridad parental puede ser cuestionada y la descendencia recurre a fuentes no tradicionales en la configuración de su identidad adulta (por ejemplo, a sus pares). En las sociedades sometidas al impacto de la primera industrialización, la movilidad geográfica, la urbanización, la acumulación de capital y la producción masiva, predominará un carácter “interiormente dirigido”. Si bien éste supone la existencia de objetivos de desarrollo generalizados y predeterminados socialmente, y patrones preestablecidos de comportamiento aceptable que guían la acción, los padres comienzan a ver a sus descendientes como individuos que deben “hacerse a sí mismos” (*self made man*), por lo que los sujetos logran articular iniciativas de manera más autónoma que sus antecesores.

Por último, en la cultura posmoderna, la brecha entre los padres y su descendencia se amplía enormemente y las experiencias de vida de aquéllos son menos apreciadas y utilizadas por la descendencia en la conformación de su identidad. El futuro aparece como incierto en el sentido de que sobre los jóvenes recae ahora la tarea de convertirse en los principales artífices de sus propias identidades. Existiendo pleno dominio de los medios de producción de masas y sobreabundancia de bienes y servicios, la “psicología de la escasez” propia del carácter “interiormente dirigido” es reemplazada por una “psicología de la abundancia” y un consumo a gran escala, que

da lugar a un tipo de carácter “dirigido por otros”: Una vez resueltos los problemas de producción, el consumo aparece como la forma de identificar las propias lealtades y relaciones, y los otros aparecen como referentes fundamentales, pues para lograr los objetivos (siempre cambiantes) se requiere de sus opiniones y aprobación. Los individuos aprenden tempranamente a monitorear el medio social para asegurar que sus hábitos o pautas de consumo (especialmente en apariencia y comportamiento) se ajusten a las normas aceptadas.

Para Côté, el predominio de este tipo de carácter ayudaría a comprender el que la difusión de identidad sea un fenómeno en aumento. Consecuentemente, siguiendo las categorías de Marcia (22), Côté plantea que el “logro” de la identidad –asociado a la salud psicológica– puede estar experimentando un declive. Esto permitiría explicar las actuales dificultades que los individuos adultos tienen para establecer y mantener compromisos sostenidos (23). Las actuales presiones de socialización alientan una direccionalidad hacia los otros y una orientación a descubrir la propia identidad a través del consumo de determinada imagen, algo muy nítido en las culturas juveniles. Esto permitiría comprender fenómenos como la gran inversión de tiempo que algunos jóvenes realizan en actividades que permiten proyectar una determinada imagen, obtener una validación de los demás a través del consumo y, al mismo tiempo, gratificar deseos narcisistas (consumo de música, de drogas, diversas intervenciones en el cuerpo, etc.).

La consecuencia de esto sería la mantención de una masa de consumidores que se preocupa poco respecto a lo que le depara el futuro, altamente receptiva a los constantes cambios de tendencias y valores, y sin una base propia de normas de dirección o guía. La vida social en la actualidad estaría siendo cada vez más problemática, en términos de las posibilidades individuales de establecer una identidad estable y viable sobre la base de los compromisos incorporados en una comunidad. Las instituciones pre-modernas y modernas eran un apoyo para la identidad individual y la continuidad intergeneracional, pues a través de su mediación los nuevos miembros de una sociedad eran eficazmente incorporados a la cultura. Hoy estas instituciones están fallando o han fracasado, siendo sustituidas por pautas orientadas por un consumo explosivo. De esto se deduce que tanto la formación de la identidad individual como la cultural tradicional resultan fuertemente dañadas.

Sin un soporte y orientación institucional para hacer las transiciones del desarrollo, los individuos son dejados –más que en el pasado– sólo con sus propios recursos internos. A la vez, los individuos requieren de más recursos personales para enfrentar este contexto social complejo,

cambiante y muchas veces hostil, manteniendo un sentido estable de sí mismos. Influidos por el mercado de la imagen, es esperable que un número importante de jóvenes simplemente se “deje llevar” de una imagen a otra, sin un sentido o una dirección que les permita articular de manera coherente las experiencias de vida.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mirada de Heidegger nos permite repensar la problemática de la identidad situándola en el contexto de las relaciones que el hombre, en su condición de aperturidad, establece con el mundo, superando así una visión que la reduce a una mismidad cerrada sobre sí. El “nosotros” (como dimensión fundamental, aunque no única del ser) sería anterior al *Dasein* particular. Por lo tanto, el *Dasein*, esencialmente constituido con “otros”, se va singularizando poco a poco, es decir, se requiere tiempo y trabajo para “encontrarse” y distinguirse de los otros, lo que da cuenta de la complejidad de los procesos identitarios.

Desde un punto de vista sociológico, los planteamientos de Côté son coherentes con los de Heidegger, pues reflexiona sobre cómo las distintas culturas y épocas históricas establecen parámetros de formación de identidad, que deben incorporarse a la hora de abordar los complejos procesos de formación identitaria.

La modernidad tardía promueve una socialización que alienta una direccionalidad hacia los otros y una orientación a descubrir la propia identidad, fundamentalmente a través del consumo de la imagen. Ello configura un escenario problemático para el hombre de nuestra época en lo que respecta a sus posibilidades de establecer una identidad estable y viable sobre la base de los compromisos incorporados en una comunidad.

El particular habitar del hombre de la técnica moderna, señalado por Heidegger, es también destacado por Côté cuando explica el paso de las sociedades pre-modernas a las modernas y la actual “agudización” de ciertas características de la modernidad, en la denominada modernidad tardía, en la que predomina un particular modo de relacionarse con los otros, los objetos y el mundo, que ha aumentado el malestar subjetivo. Se trata de un mundo de sobreabundancia de bienes y servicios (una suerte de “gran supermercado” (24)), de consumo a gran escala y de falla o abierto fracaso de las instituciones tradicionales de socialización (familia, escuela, religión) a través de cuya mediación las nuevas generaciones apoyaban la conformación de su identidad individual y se incorporaban a la cultura, favoreciendo la continuidad intergeneracional. Por otra parte, este mundo secularizado ha propiciado tanto el desarrollo del individualismo a ultranza, como la desacralización de la



naturaleza, operando una “fría intervención del espíritu sobre el cuerpo humano y el resto de la naturaleza, vale decir, sobre la *res extensa* al ser despojada ésta de su carácter divino” (25). Asimismo, el desarrollo y aplicación del método científico favorece el vertiginoso progreso de la ciencia y la técnica, cuya racionalidad sobrevalora la productividad y el consumo, aspectos que se habrían acentuado en la modernidad tardía y que Heidegger denunciara con las siguientes palabras:

Todo funciona. Esto es precisamente lo inhóspito, que todo funciona y que el funcionamiento lleva siempre a más funcionamiento y que la técnica arranca al hombre de la tierra cada vez más y lo desarraiga... Sólo nos quedan puras relaciones técnicas. Donde el hombre vive ya no es la tierra (26).

Finalmente, una de las características relevantes de este mundo posmoderno sería la pérdida del sentido religioso de la existencia: “Esta re-ligazón fundamental del hombre con lo divino, y que lo sostuvo por siglos y milenios, ha sido reemplazada primero por la diosa razón, después por la ciencia y, en las últimas décadas, por el dinero y el placer, tomado este último en su sentido más efímero y decadente” (25).

Esto contrasta con la idea de “libertad” promovida por nuestra sociedad actual, que moviliza a los sujetos a descubrir su identidad a través del consumo de la imagen y su consecuente satisfacción inmediata, orientada según estándares externos de mercado (consumo tecnológico, drogas, intervenciones extremas en el cuerpo, etc.). De este modo, el sujeto de la modernidad tardía intenta obtener una validación de parte de los demás a través del consumo y, al mismo tiempo, gratificar deseos narcisistas, no encontrando ya salida a su constante malestar.

A la luz de estos antecedentes es posible repensar el aumento en nuestros días de los trastornos de personalidad limítrofe. Las características psicológicas propias de este trastorno pueden ser repensadas considerando las particularidades de nuestro modo de vida actual y las pautas socioculturales de conducta que promueve. En un mundo de contingencias en el cual se han debilitado los lazos sociales e intergeneracionales y se ha instalado una temporalidad presentista, movilizadora por el afán de consumir objetos que el mercado de la imagen ofrece como promesa de felicidad y de identidad volátil –siempre cambiante y eternamente insatisfecha–, el trastorno limítrofe puede verse como una expresión del malestar de la subjetividad y de las dinámicas propias del lazo social contemporáneo, tales como:

el *debilitamiento de los soportes identificatorios...* (la función paterna, el decaimiento del *nomos* instituido por la estructura familiar, el “desencantamiento” del mundo)...; el imperio de la *imagen* como moneda de cambio de las relaciones intersubjetivas y el creciente peso del *consumo* en la economía –a la vez subjetiva y social– de las sociedades posmodernas (27).

En este contexto general recién descrito, no es de extrañar el creciente aumento de la difusión de la identidad y la pérdida de un sentido o dirección que permita articular de manera coherente las experiencias de vida. Desde distintas perspectivas, este trabajo ha intentado plantear la urgencia de repensar los desafíos y problemáticas de nuestra época actual en su impacto sobre la identidad personal, entendida como condición necesaria para encontrar un lugar para sí mismo en la sociedad. Como posible respuesta, Heidegger, en su reflexión sobre la técnica, nos propone no olvidarnos de otras posibilidades de *habitar*, más cercanas al cuidado de la originaria unidad de la tierra, el cielo, los mortales y dioses, tarea tanto más difícil cuando el “mundo técnico” no se reflexiona, esto es, cuando se naturaliza como único camino posible de lo que somos, vale decir, de nuestra identidad.

## REFERENCIAS

1. Fundación Regional Murciana de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de Personalidad ARMAI-TLP. Disponible en: [www.fundacionarmaitlp.com](http://www.fundacionarmaitlp.com). Consultado: 19 de abril de 2010
2. Knight R., Friedman, C. Psiquiatría psicoanalítica. Psicoterapia y psicología clínica. Buenos Aires: Hormé, 1960
3. American Psychiatric Association. DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition-TR. Washington, DC: APA, 2000
4. Kernberg O. Trastornos graves de la personalidad. México: Manual Moderno, 1984
5. Rapaport D. Test de diagnóstico psicológico. Buenos Aires: Paidós, 1946
6. Fairbairn WRD. Psychological Studies of the Personality. London: Routledge & Kegan Paul, 1952
7. Kernberg O. Borderline personality organization. J. Amer. Psychoanal. Assn. 1967; 15: 641-85
8. Bergeret J. La personnalité normale et pathologique. Paris: Dunod, 1979
9. Gunderson J., Singer M. Defining borderline patients. American Journal of Psychiatry. 1975; 132: 1-10
10. Côté J. Sociological perspectives on identity formation: the culture-identity link and identity capital. Journal of adolescence. 1996; 19: 417-28
11. Scalozub L. El protagonismo del cuerpo en la adolescencia. Revista de Psicoanálisis. 2007; 29(2): 377-91
12. Pelento M. Los tatuajes como marcas ruptura de los lazos sociales y su incidencia en la construcción de la subjetividad individual y social. Revista de Psicoanálisis. 1999; 56(2): 283-97

13. García E. Control de emociones e impulsos en las personalidades borderline. *Revista Internacional de psicoanálisis, Aperturas Psicoanalíticas*. 2000; (6). Disponible en: <http://www.aperturas.org/terminos.php?t=contratransferencia> Consultado: 2 de septiembre de 2010
14. Reinfeld S. Tatuajes, una mirada Psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu, 2005
15. Heidegger M. La Pregunta por la Técnica. En: Heidegger M. *Filosofía, ciencia y técnica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1953/2007; p. 117-54
16. Acevedo J. Meditación acerca de nuestra época: una era técnica. En: Acevedo J. *La técnica en Heidegger*. Tomo 1. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales, 2006; p. 63-100
17. Heidegger M. Construir, habitar, pensar. En: Heidegger M. *Filosofía, ciencia y técnica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1951/2007; p 207-32
18. Heidegger M. *Ser y Tiempo*. 4ª ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1927/2005
19. Löwith K. Heidegger, pensador de un tiempo indigente: Sobre la posición de la filosofía en el siglo XX. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006
20. Dreyfus H. Entre la *tékne* y la técnica: el ambiguo lugar del útil en *Ser y Tiempo*. En: Acevedo J. *La técnica en Heidegger*. Tomo 1. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales, 2006; pp. 41-62
21. Acevedo J. *Heidegger y la época técnica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1999
22. Marcia JE. Identity difusión defferentiated. En: Luszcz MA, Nettelbeck T. *Psychological Development: Perspectives across the Life Span*. North-Holland: Elsevier Science Publishers B.V, 1989; p. 289-294
23. Marcia JE. The ego identity status approach ego identity. En: Marcia JE, Waterman AS, Matteson DR, Archer SL, Orlofsky JL. *Ego Identity: A Handbook for Psychological Research*. New York: Springer-Verlag, 1993; p. 3-41
24. Houellebecq M. *El mundo como supermercado*. España: Anagrama, 2000
25. Dörr O. *La palabra y la música*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales, 2007
26. *Revista Der Spiegel*. Entrevista a Martin Heidegger: Sólo un Dios puede salvarnos. *Der Spiegel*. 1976; (23): 193-219 Disponible en: <http://www.Heideggeriana.Com.Ar/Textos/Spiegel.Htm> Consultado: 10 de septiembre de 2010
27. Aceituno R, Bornhauser, N. Discurso psicopatológico y subjetividad contemporánea. *Revista de Psicología Universidad de Chile*. 2005; 14(2): 111-22

## ENSAYO

# OBJETO, NATURALEZA Y LÍMITES DE LA PSICOLOGÍA DE LAS CONCEPCIONES DEL MUNDO

(Rev GPU 2012; 8; 4: 417-425)

Hernán Villarino<sup>1</sup>

Uno de los sucesos probablemente más notable de nuestra disciplina es el ostracismo en que ha caído la psicología de las concepciones del mundo. No conviene confundir las concepciones del mundo (*weltanschauung*) concebidas por Dilthey y aplicadas al conocimiento de las épocas históricas, que son un antecedente indispensable, porque en rigor no coinciden con la psicología de las concepciones del mundo tal como la desarrolla Jaspers<sup>2</sup>, por ejemplo, en un texto que tuvo cierto éxito inicial pero que después cayó en el olvido. Recientemente, sin embargo, Cristóbal Holzapfel ha realizado un fructífero análisis filosófico de esta obra, estudio que, a nuestro entender, contiene también una reivindicación de su sentido y contenido<sup>3</sup>. Ahora bien, cuando se habla de psicología de las concepciones del mundo se alude a una totalidad psicológica, o por lo menos a una cierta totalidad. De qué totalidad se trata es lo que intentaremos discutir en este trabajo.

## GENERALIDADES

Para empezar, es preciso puntualizar que el mencionado texto de Jaspers, desde el título, es explícitamente psicológico; es más, en él se hace una distinción neta entre psicología y filosofía, lo que analizaremos primero.

Por psicología entiende Jaspers una ciencia empírica, de modo que un objeto psicológico, contemplado o comprendido, tiene que haber ocurrido al menos una

vez en un alma, de lo que podemos tener noticia ya sea por la observación directa, casuística, o porque nos ha sido transmitido por la documentación histórica. Ahora bien, salvo referencias clínicas puntuales, donde abrevia mayormente el texto de Jaspers es de la documentación histórica, particularmente de las obras de los filósofos y de los artistas; es decir, la materia se ilustra con casos y cosas más bien raras. No se analizan, explícitamente, la psicología de las concepciones del mundo de los políticos, por ejemplo, tampoco de los conquistadores,

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

<sup>2</sup> Jaspers, K. *Psicología de las concepciones del mundo*. Madrid, Gredos, 1967. (La primera edición es de 1921).

<sup>3</sup> Holzapfel, C. *El enlace hombre mundo. Exploración filosófico-existencial en la perspectiva de Jaspers*. Revista Observaciones Filosóficas. Santiago, Octubre 2009. (<http://www.cristobalholzapfel.cl/>).

de los ingenieros, de los campesinos, etc., pero seguramente porque lo esencial de ellas puede ser reducido a las anteriores. Se trataba de construir tipos abarcadores donde cupieran los más diversos casos<sup>4</sup>.

Jaspers consideraba una ventaja el estudio psicológico de las personalidades más complejas, diferenciadas y autoconscientes, porque en ellas se ha desarrollado de un modo claro, explícito y articulado lo que en las otras sólo se presenta en germen o sin grandes contrastes. Por ejemplo: cuanto menos diversificada es una personalidad tanto más se identifican el pensar y el desear, razón por lo que es difícil distinguir qué es lo propio y específico de cada una de estas no partes, sino posiciones del alma, y de cuál es su mutua relación. Totalmente distinta, por mencionar alguna, es la perspectiva de Heidegger, cuyo estudio del *Dasein* parte del tipo humano medio.

Es seguro que para emprender un estudio con aquellas premisas hay que saber filosofía, aunque no por ello se está filosofando. Tampoco quiere decir que las conclusiones valgan sólo para los filósofos, lo que sería tan absurdo como pretender que las de un psicoanalista que sólo atiende gente de la clase media valen sólo para la clase media. En la psicología, como en la física, las conclusiones valen o no valen, y si valen son generalizables de acuerdo con las reglas de generalización existentes en esta ciencia en particular, que ciertamente no son las mismas que en la física. Por otro lado, así como se podría objetar sin razón la validez de un estudio psicológico realizado en base a personas muy diferenciadas, del mismo modo cabría preguntar si cuando hablamos del tipo promedio hablamos de algo real o sólo de un artificio estadístico-sociológico donde nadie puede ser realmente reconocido. Como quiera que sea, uno debe partir de una perspectiva cualquiera, la que sólo se justificará por los resultados. La relación entre el tipo y el caso, entre la realidad y lo aprehendido de ella es siempre problemática en psicología, se empiece por donde se empiece.

En esta empresa, la tarea del psicólogo consiste en captar y describir la psicología de las concepciones del mundo en las que viven realmente las personalidades.

Sin embargo, el poseedor de una concepción del mundo no vive en la propia como en una más, o como en una entre tantas, vive en ella como si fuera la verdadera, y para él efectivamente lo es. Siempre vivimos en la verdad, aunque esta afirmación requiera matizaciones antinómicas porque en realidad casi nunca vivimos en ella. Para Tales, el mundo es en el fondo agua, para Anaxímenes aire, para Anaximandro el *apeirón*, o lo indeterminado, y para Heráclito la lucha de los opuestos. El psicólogo no se ocupa en cuál de estas imágenes es la verdadera, o cuál tiene más validez lógica, sino en cómo constituyen y afectan el alma de quien vive en ellas.

Pero el psicólogo tiene su propia concepción del mundo, de modo que, consciente o inconscientemente, tiende a valorar, positiva o negativamente, las otras que contempla. Al filosofar valoramos, y todo el que valora filosofa, de modo que todos somos un poco filósofos. Por eso, el que hace psicología debe estar alerta en relación con sus propias preferencias para que no le empañen la visión de lo que siéndole ajeno es, a pesar de todo, comprensible. Si el filósofo, y todos en realidad, vivimos en la propia concepción del mundo, el psicólogo científico, en cambio, pretende conocerlas todas dentro de su gran variedad, sin tomar partido y cuidándose mucho de no introducir en su estudio, subrepticamente, la propia. Desde luego, esto último es sólo un ideal, muy difícil de conseguir, y no es raro ver que el psicólogo científico renuncie a la ciencia y se convierta en profeta o propagandista de una cierta concepción del mundo<sup>5</sup>.

Ahora bien, para desarrollar su estudio Jaspers establece un esquema de tres elementos: las actitudes, las imágenes y la fuerza, ideas o espíritu. Su psicología, por ende, está construida de acuerdo con la clásica escisión sujeto (actitudes) objeto (imágenes), a las que se agrega la idea y el espíritu, que es aquello dinámico que mueve, y que quizá equivale, pero no se identifica, con lo que en el psicoanálisis se llama libido. En Jaspers la relación sujeto-objeto habla de aquello que está constituido como personalidad. El espíritu, la idea, en cambio, refieren a lo que constituye, a lo activo y antinómico a partir de lo cual se la construye y destruye, y

<sup>4</sup> En un sentido científico-general, o en uno específicamente científico-psicológico, es relevante lo que ha ocurrido una sola vez, o muy pocas veces. El Big-Bang, por ejemplo, puede que haya sucedido en una sola ocasión y que nunca más se repita; no obstante es científicamente capital, y tanto es así que en principio es el origen y la explicación de todas las leyes físicas conocidas y observadas en la actualidad, y del comportamiento del Universo como un todo.

<sup>5</sup> Respecto a la transformación de la psicología en función sacerdotal se puede leer *La medicina en la era tecnológica*, de Jaspers; acerca de su conversión en instrumento del poder político, en comandita con la Salud Pública, buena parte de la obra de Foucault, además de los informes sobre experimentación en humanos realizada en diversos países antes y durante la Guerra Fría.

donde le cabe un lugar a la propia decisión, de modo que sobre lo constituido recae también la libertad.

A nuestro entender, sin embargo, este esquema constructivo determinó la recepción de la psicología de las concepciones del mundo en el ámbito de la filosofía y de la psicología, las que a través de Husserl, Heidegger y la fenomenología habían empezado a dejar obsoleta aquella dualidad. Recuerdo haber planteado a un admirado filósofo, profesor de hermenéutica, si la Psicología de las Concepciones del Mundo no era también una obra hermenéutica; no, me contestó, no lo es, porque en ella se razona de acuerdo con la escisión S-O.

### LA SUPERACIÓN DE LA RELACIÓN S-O

Hay una historia del nacimiento, auge y caída de esta relación. Sin embargo, quisiéramos explorar sólo tres momentos de ella, los cuales están mutuamente relacionados y han determinado tanto la forma en que ha sido comprendida como la suerte final que le cupo en el ámbito de la filosofía.

En el neokantismo el problema del conocer se plantea como una relación a dos términos, es decir, donde un sujeto que se experimenta a sí mismo y se conoce en su actividad conoce además una realidad que no es subjetiva sino objetiva. Sin embargo, a partir de la separación previa, y de la prioridad asignada al sujeto, ya no puede haber certeza que el objeto conocido sea real y no una mera proyección subjetiva. En efecto, lo realmente conocido del objeto se conoce a través de la actividad científico-matemática, que es una construcción subjetiva, de allí que la trascendencia hacia el objeto, o hacia el mundo, resulte enigmática y aboque al escepticismo.

En el neokantismo se diluye la realidad extrasubjetiva, o al menos se torna problemática, aunque en el conocimiento científico, dice Husserl<sup>6</sup>, creemos que lo conocido se halla en las cosas mismas, son exigencias que ellas nos imponen y no construcciones subjetivas. Sin embargo, partiendo de las premisas neokantianas, ¿cómo se puede estar cierto de la adecuación del conocimiento a la realidad de los objetos? ¿Cómo la subjetividad puede trascenderse y alcanzarlos fidedignamente? Bien pudiera ser que todo lo conocido no fuera más que una alucinación o un delirio nuestro sin ninguna verdadera relación con lo real.

Siguiendo los pasos de Brentano, admite Husserl el carácter intencional de la conciencia, es decir, que

la conciencia siempre es conciencia de algo. No existe, como supone el neokantismo, la conciencia entera y completa por un lado, y sin embargo vacía, y el objeto entero y completo por el otro, que de algún modo llena la conciencia, porque esa relación es incomprensible y en el fondo mágica. En realidad no hay conciencia si no es conciencia de algo; la conciencia, para ser conciencia tiene que estar desde siempre referida a algo, y éste es un dato fenomenológico indubitable. Las cosas, los objetos, las ideas, por ende, no son construidas de acuerdo con un patrón subjetivo científico-matemático o de cualquier otro tipo, en toda su infinita variedad las cosas mismas se dan a sí mismas a la conciencia. La conciencia, para ser conciencia, desde siempre ya ha trascendido hacia un objeto, o hacia el mundo, que por ende pueden ser alcanzados y conocidos en ella de un modo real y fidedigno.

Heidegger<sup>7</sup> (1928) discute amplia y fructíferamente este problema y propone una solución que es la que hoy prevalece en el campo de la filosofía. En el caso del neokantismo, la intencionalidad de la conciencia, dice, se ha objetivado, de modo que adopta el carácter de una relación subsistente entre un sujeto subsistente y un objeto subsistente. Como tanto el objeto y el sujeto son subsistentes, si sacamos uno de ellos, por ejemplo en la percepción de la ventana sacamos la ventana, el sujeto queda indemne como sujeto. En la fenomenología husserliana, en cambio, la intencionalidad de la conciencia se ha subjetivado, de modo que aparece como un comportamiento inmanente a la vivencia del sujeto.

Para Heidegger, en cambio, la intencionalidad no es objetiva, no subsiste como un objeto, ni subjetiva en el sentido de algo que ocurre en un sujeto, sino que es la condición de posibilidad (*a priori*) de toda trascendencia. En el caso de la alucinación, es evidente, dice Heidegger, que el sujeto no está referido a algo real, subsistente, sino a algo ilusorio, pero porque en virtud de la intencionalidad el sujeto siempre está referido a algo, aunque sea imaginario. Por eso, partiendo del sujeto no se puede decir nada sobre la intencionalidad, agrega, porque es la intencionalidad la estructura esencial, aunque no la más original, del sujeto mismo. La cosa, las cosas, no se relacionan con una facultad cognoscitiva interior al sujeto, sino que la facultad cognoscitiva misma, y con ella este sujeto, de acuerdo con la constitución de su ser, están estructurados intencionalmente. La facultad cognoscitiva, continúa, no es uno

<sup>6</sup> Husserl, E. *La idea de la fenomenología*. México D.F., FCE, 1982.

<sup>7</sup> Heidegger, M. *Los problemas fundamentales de la fenomenología*. Madrid, Trotta, 2000.

de los términos de la relación entre una cosa externa y el sujeto interno, sino que su naturaleza esencial es el relacionarse mismo, y de tal modo, que el *Dasein*, que se relaciona como un existente, siempre se confronta directamente con las cosas. Para el *Dasein*, concluye Heidegger, no hay un afuera, por esta razón también es absurdo hablar de un dentro.

Es decir, la trascendencia es insoluble partiendo de un sujeto constituido como tal que después trasciende; es el trascender mismo, original y constitutivo, la condición de posibilidad para hablar después de un sujeto y un objeto. El sujeto, en fin, se constituye en la trascendencia, es extático, ya está afuera desde siempre. Por eso, para evitar prejuizar, Heidegger no habla nunca del sujeto, y raramente del hombre; se refiere siempre al *Dasein*, y cuando dice que el *Dasein* es ser-en-el-mundo no quiere decir, neokantianamente, que es un sujeto que tiene además un mundo, sino que es ese ente para el cual el mundo, que no es un objeto ni mucho menos una proyección subjetiva, es un *a priori* ni objetivo ni subjetivo, tanto para lo que llamamos sujeto como objeto.

El *Dasein*, entonces, está esencialmente abierto y es aperturidad, y la relación S-O es una derivación y mala comprensión de esa apertura, porque procede cerrando y aislando tanto al sujeto como al objeto que después se pretende poner en relación, aunque en esos términos ya sea imposible hacerlo. La relación S-O es secundaria, y no como ha sido concebida regularmente, origen. No está allí ni se encuentra allí la posibilidad de comprensión de la intencionalidad, en realidad es la intencionalidad lo más original. Partiendo de la relación S-O, entendida al modo tradicional, el problema de la naturaleza de ambos resulta ininteligible y encerrado en aporías.

## LAS CONCEPCIONES DEL MUNDO EN HEIDEGGER

Tomado literalmente, el esquema constructivo de la psicología de Jaspers, a la luz del cariz que tomó la relación S-O, aparentemente resulta anticuado, aunque después matizaremos y lo discutiremos con cierto detalle. Heidegger, por otro lado, mantuvo una particular y prolongada pugna con la psicología de las concepciones del mundo. En muy diversas partes y épocas se refirió a este asunto, a partir de lo cual se pueden desprender al menos dos posiciones que caracterizan su forma de entender el tema (sin perjuicio de que haya otras).

Primeramente, en los *Problemas Fundamentales de la Fenomenología*, dice Heidegger que la psicología se ubica con razón en el terreno de los hechos, porque se trata de la ciencia positiva de un determinado ente,

a saber, el ente vivo, o del viviente para mayor simplicidad. En el siglo XIX, continúa, la psicología tomó como modelo de científicidad a las ciencias físico-matemáticas, empleadas en el estudio de las sensaciones, las impresiones táctiles, la memoria, etc. (Fechner, Weber, Wundt y otros); durante el siglo XX, en cambio, a través de la *Gestalt*, la psicología evolutiva, la psicología del pensamiento, etc., se alejó de aquel naturalismo y se tornó hermenéutica, puso como objeto la vida misma en toda su efectividad y realidad, pasando a ser “visión de la vida efectiva y concepción del mundo” (pág. 79).

Ahora bien, la psicología referida al estudio y comprensión de las concepciones del mundo era, a su entender, completamente legítima como ciencia positiva, y más propia para el estudio de lo específicamente psicológico que la anterior del siglo XIX. Nada puede objetarse, dice, a una psicología que es ciencia positiva de los fenómenos vitales. Sin embargo, agregaba, no debe olvidarse que esta psicología se sigue moviendo en el ámbito de los hechos, es decir, parte, como la anterior, también desde abajo y sin noción de lo *a priori*. En segundo lugar, su irrupción, para Heidegger, no era el resultado de la investigación previa del siglo XIX. La nueva psicología no se había hallado como un trascender de aquellas investigaciones, es decir, como algo que se deducía a partir de sus resultados y se le agregaba para desarrollarla porque de algún modo está contenido en ellos, o se hacía necesario a partir de ellos; se trató, en realidad, de un completo cambio de posición y del punto de partida<sup>8</sup>. Esta nueva perspectiva era tributaria, por un lado, de Dilthey, quien ya en el último tercio del siglo XIX había tomado posición respecto de la psicología de la época y abogado por las concepciones del mundo, y, por otro lado, de la investigación fenomenológica, nada de lo cual era bien admitido ni reconocido por la nueva psicología aunque todas cuyas novedades puedan ser reconducidas a estas dos fuentes. Por último, al realizar la psicología contemporánea este giro, concluía Heidegger, sólo había vuelto a tomar posesión del círculo temático que ya Aristóteles, en el *De Anima*, asignó a la psicología en el lejano siglo IV a.C.

<sup>8</sup> En otras palabras, no se llegó a la psicología de las concepciones del mundo, y al estudio hermenéutico de la vida en su efectividad, sumando o mezclando los resultados naturalistas de las investigaciones y experimentos psico-fisiológicos del siglo XIX. Nada se deben entre sí estas dos corrientes.

¿Cuál, entonces, era el problema que veía con la psicología de las concepciones del mundo? Puestos los antecedentes previos, y hasta donde podemos entender de este asunto, creemos que ciertamente no veía ninguno; al contrario, se trataba, a su juicio, de la más legítima de las psicologías, entendida ésta como ciencia positiva, y como ciencia de hechos específicamente psicológicos, no fisiológicos. ¿Cómo explicar, entonces, sus apasionados y vehementes debates con ella? Pues bien, los problemas se suscitaban cuando la concepción del mundo se presentaba como filosofía; como dice textualmente: cuando “se atribuía a sí misma una importancia filosófica” (pag. 79). Su postura no se trataba del vulgar celo profesional sino de pureza metodológica, porque evidentemente la filosofía no es psicología, ni la psicología ni las concepciones del mundo son filosofía. Ahora bien, si se confunden con tanta frecuencia no es por nada, seguramente están muy próximas, lo que obliga a ser particularmente enfático en el deslinde de cada territorio.

En resumen, la psicología para Heidegger, como para Aristóteles, era la ciencia del viviente, no de su fisiología sino de su vida efectiva, la que contemporáneamente se desarrollaba y entendía como psicología de las concepciones del mundo. Empero, todas las ciencias positivas, dice, citando a Platón, sólo pueden soñar con el ente que estudian, no están despiertas para aquello que hace que el ente sea lo que es, es decir, no están despiertas para el ser; no obstante, el ser les es dado en cierto modo, como en sueños. Toda posición positiva del ente, según Heidegger, implica un conocimiento *a priori*, y una comprensión *a priori* del ser de ese ente, aunque la experiencia positiva del ente nada sabe de esta comprensión y no pueda traer a concepto lo comprendido en ella. La constitución del ser del ente sólo es accesible a la filosofía, que es la ciencia del ser, ser que no es un ente. Por eso, tiene toda la razón cuando invita a no confundir psicología y filosofía como ya previamente había hecho Jaspers.

## LA CIENCIA DEL SER

Pero, ¿existe realmente una ciencia del ser? Jaspers lo niega rotundamente, por eso, a su juicio, la filosofía, cuyo objeto de estudio es el ser, no es una ciencia. Reiteradamente se pronunció contra esta pretensión (en particular frente a Husserl que aspiraba a realizar la filosofía como ciencia estricta), lo que quizá le valió cierta incompreensión entre los filósofos. El ser, para Jaspers, se aprehende también en la cifra, o lo que es lo mismo, en el símbolo metafísico, artístico y mítico-religioso, aunque desde un punto de vista lógico, en aquellas cifras, radicadas en un círculo comprensivo, sólo se digan

tautologías, es decir, se dice nada. Ahora bien, ¿es posible una ciencia de nada?

En *Conceptos Fundamentales*<sup>9</sup> (1941), dice Heidegger que desde la más humilde de las proposiciones, por ejemplo ahora es de día o esto es verde, hasta el discurso más complejo y sistemático, se mienta siempre el ser. Nada puede ser vivido, dicho, hecho ni pensado sin una referencia primaria al ser, o secundaria al no ser, porque todo está bañado en su plenitud abarcadora. El ser es el *a priori* de todos los *a priori*. Sin embargo, ¿qué es el ser? En los Problemas Fundamentales de la Fenomenología, responde a esta pregunta con otra pregunta: “¿Se puede representar algo así como el ser? ¿No nos mareamos al intentarlo? Nada menos que Hegel dijo: el ser y la nada son lo mismo. Debemos, al comienzo de nuestra consideración, confesar sin ningún recato ni disimulo, que con “ser”, de entrada, no podemos pensar nada” (pág. 39). No obstante, del verbo ser, con el que aludimos a la columna vertebral de la realidad, del pensar y del lenguaje, todos tenemos una comprensión término medio, porque de no ser ese el caso no sabríamos usarlo aunque desde la más tierna infancia lo empleamos correctamente; pero, al mismo tiempo, nadie sabe definirlo realmente. Siempre, dice Heidegger, sabemos y no sabemos lo que se mienta con el ser; es lo más íntimo de nosotros mismos al tiempo que lo más distante, la luz que hace visible todas las cosas y el corazón de las tinieblas<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Heidegger, M. *Conceptos fundamentales*. Madrid, Alianza Editorial, 2006.

<sup>10</sup> La luz es una antigua cifra del ser que Heidegger emplea de modo señalado en su filosofía postrera. Para ver no bastan un sujeto y un objeto, ojos y cosas, por ejemplo; se requiere además de la luz que abre. Pero aunque ópticamente la luz es un objeto del mismo orden que cualquier otro, no necesita ser alumbrada para verse sino que es el *a priori* que alumbrada y permite ver todo lo demás. El lenguaje del ser, a diferencia del lenguaje sobre el ente, no es directo, es cifrado y tautológico, dice Jaspers. En este caso es una analogía entre cuatro términos y dos juicios: luz que alumbrada, por un lado, y ser (como luz) que alumbrada por el otro; lógicamente, sin embargo, sólo hemos dicho dos veces que la luz alumbrada, entonces, ¿hemos dicho algo o no hemos dicho nada? Otra analogía es que la luz que alumbrada, y que deja ver todas las cosas, a su vez no puede ser vista. Mirar al sol, ciega. Al decir que la luz del ser es tiniebla no se dice nada distinto a que no podemos mirar al sol de frente, de modo que nada hay dicho en el segundo juicio que ya no estuviera dicho en el primero. Pero de nuevo, ¿se dice algo o se dice nada? En la tautología metafísica, que ópticamente es redundante, hay o no hay un sentido, el que es o no

Lo que hoy entendemos por ciencia trabaja con el principio de contradicción. ¿Qué sería de la matemática, de la geometría, de la física, o de la psicología y la biología entendidas como ciencias positivas, sin este principio? Por lo pronto, no existirían. Por eso, donde del mismo objeto se puede afirmar una cosa y su contraria, la ciencia, como la entendemos hoy, no es factible, *ergo*: si la filosofía estudia el ser no puede ser científica. Por eso, quizá, se argüirá que muy mal lo hemos comprendido si afirmamos que Heidegger entiende la filosofía como una ciencia, aunque no otra cosa pareciera decir en *Los Problemas Fundamentales de la Fenomenología*, donde el título del párrafo 3 reza, justamente, La filosofía Como Ciencia del Ser, y en el que se asienta lo siguiente:

Exponer los problemas fundamentales de la filosofía no quiere decir, pues, más que fundamentar desde su raíz la afirmación de que la filosofía es la ciencia del ser y como es ella; o sea, probar la posibilidad y necesidad de la ciencia absoluta del ser y demostrar su carácter en el transcurso de la investigación misma... Es ontológica, la concepción del mundo, por el contrario, es óptica (pág. 36).

No queremos enfrascarnos, quizá tampoco podamos, en una exégesis, ni mucho menos en una discusión de lo que Heidegger dijo cuando expresó que la filosofía es ciencia; empero, indudablemente no se refería una ciencia al estilo de la moderna ciencia empírico-matemática sino *a priori*. El nombre ciencia, originalmente, se aplicó en Grecia a la ciencia del ser, es decir, a la filosofía, donde en los siglos posteriores fueron educadas, en el sentido de Kant, tanto la razón como el entendimiento, y a partir del entendimiento así conformado nacieron las ciencias actuales que han terminado monopolizando el sentido de la palabra ciencia. En acuerdo con los griegos podemos decir, con Heidegger, que la filosofía es una ciencia, en realidad es la Ciencia sin más, pero si la equiparamos con la ciencia

---

comprendido según sea la naturaleza, o el ser, del que comprende. Existe una relación circular entre lo que yo soy y lo comprendido por mí, el afuera es también el dentro, y esta circularidad hermenéutica es uno de los fundamentos de la jaspersiana psicología de las concepciones del mundo. La hermenéutica, dicho sea de paso, para Jaspers tampoco es una ciencia, porque entre otras cosas en la ciencia moderna se aspira a neutralizar el sujeto, y con ello la circularidad, para que el objeto resplandezca con su luz propia.

moderna debemos decir, con Jaspers, que evidentemente no lo es<sup>11</sup>.

De esta exposición previa se deduce que en realidad hay dos psicologías. La primera está referida a la vida de ese ente que llamamos ser humano, hombre, sujeto, *Dasein*, etc., se trata de una ciencia empírica que obra con el entendimiento y el principio de contradicción; la segunda, en cambio, trabaja con las ideas de razón y totalidad, es trascendental, dialéctica, y no apunta al ente humano sino que a su ser. Quizá, en rigor, no es psicología, sino filosofía, o mejor dicho, protofilosofía. Las dos psicologías, como se ve, son antinómicas, pero están mutuamente referidas y constituyen la totalidad propiamente psicológica.

La psicología de las concepciones del mundo refiere a la totalidad del ente humano, pero en la perspectiva de su ser, porque el hombre real y concreto, contingente, empírico y fáctico como es, siempre se halla en esa perspectiva. Esa bifocalidad, que es inherente a la psicología, debe comprenderse y hacerse consciente para no sumirse en el fango de la mera contradicción lógica. Según el entendimiento, se puede decir del hombre que tiene un instinto de conservación, pero la acumulación de este tipo de proposiciones empíricas conduce al infinito carente de totalidad. No obstante, según la razón se puede decir, con Heidegger, que es eminentemente finito, aunque también, con Jaspers, que es eminentemente infinito. Se puede decir que sobre él pesa un destino, pero también que el destino es su libertad, etc. Como nunca en las obras psicológicas se advierte previamente si lo que se asienta es una proposición óptica u ontológica, uno tiene que estar advertido previamente de esa dualidad para no caer en confusión (al fin de cuentas las ciencias de objeto siempre sueñan). En la psicología, mejor dicho, en la vida real y concreta del ente humano hay lógica y experiencia, pero, también, ideas, metáforas, símbolos, cifras, saber en el no saber, identidad de los contrarios, etc.

## RELACIÓN S-O Y CIRCULARIDAD EN JASPERS

La relación S-O en la psicología no puede ser eliminada en ninguna de sus formas, porque de hacerlo no podríamos seguir pensando, lo que no obsta para en-

---

<sup>11</sup> Somos conscientes que esta solución hallada es ecléctica, el clásico y socorrido "todos dicen lo mismo"; "hay que sumar y no dividir"; "en el fondo el agua liga bien con el aceite"; etc., por ende es demagógica y puramente nominal. No es ninguna solución, pero en cambio nos permite seguir adelante.



tender sus distintos sentidos. Pasa aquí lo mismo que ocurre con el término ley, ninguna de cuyas referencias se puede rechazar en nombre de las otras, aunque cabe admitir que algún concepto sea más original en relación con el cual los otros son derivados.

En el ámbito de la ciencia, por ejemplo, efectivamente se autonomiza el objeto conocido respecto del sujeto cognoscente, pero sin este punto de partida, que desde otra perspectiva es inexacto, probablemente no habría ciencia objetiva. En el ámbito de la psicología empírica se opera según este esquema, pero en el de la psicología comprensivo-hermenéutica según el modelo de la circularidad, donde el S y el O son polaridades inestables e interpenetradas; y en la psicología trascendental, por último, que es protofilosofía, se hace consciente lo abarcador o envolvente, como dice Jaspers, que no es sujeto ni objeto y que también se ha llamado el alma, el ser, el *a priori*, las condiciones de posibilidad, la idea, etc., todo lo cual hace inteligible lo que desde las otras perspectivas se llama relación S-O. Éstos, nos parece, son los tres sentidos en que es mentada dicha relación en la psicología de Jaspers, aunque aquí nos referiremos sólo a los dos últimos.

El profenómeno de la vida psíquica es la intencionalidad, dice Jaspers en la *Psicopatología General*, siguiendo a Brentano, Husserl y la fenomenología, es decir, el hecho de que la conciencia siempre esté dirigida hacia algo. En efecto, en el percibir, sentir, representar, imaginar, fantasear, pensar, juzgar, desear, amar, etc., la conciencia siempre alude a algo que no es ella misma, y con lo que está en relación porque es trascendente. Pero cuál es el sentido que tiene esta afirmación en la perspectiva de la psicología de las concepciones del mundo, que como dijimos se organiza en torno a las actitudes, las imágenes y las ideas o espíritu, intentaremos ilustrarlo con un ejemplo tomado de un asunto muy alejado del estudio psicológico actual: el Derecho Romano<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Buena parte de los autores psiquiátricos deducen su psicología a partir de la psicopatología. Jaspers es uno de los pocos en que la relación es justamente la inversa. La psicología de Jaspers, que es de lo que aquí estamos hablando, como lo dijimos previamente, se construye a partir de personalidades altamente diferenciadas, y sin desdeñar, más bien tratando de incorporar la dilatada tradición reflexiva en que la vida efectiva ha meditado sobre sí misma, se ha comprendido y realizado a sí misma, y que ha quedado depositada en los tratados legales, en las obras filosóficas, mitológicas, religiosas, artísticas, etc. Lo nuevo, dice Heidegger, no vale porque sea nuevo sino porque es lo suficientemente viejo como

Por lo pronto, el Derecho Romano es una acabada construcción lógico-racional que regla la conducta humana, en virtud de cuya fuerza y coherencia ha devenido el modelo de todo Derecho. En términos psicológicos, diríamos que es un objeto, uno de los muchos objetos con los que estamos en relación; y es un objeto equiparable al del mundo natural, porque si en relación con éste existen una ciencia y una técnica objetiva, en relación con el Derecho existen una técnica jurídica y una hermenéutica interpretativa que también son objetivas. Si, por otra parte, preguntamos qué fue primero, el Derecho o la ciencia, y quién tomó de quién el modelo, es evidente la preminencia del Derecho. La idea de una ley o de leyes naturales con las que trabaja la ciencia, ya desde el nombre es una importación de términos legales y jurídicos y, sociológicamente, las disputas sobre los Derechos relativos a la cruz o a la espada, que caracterizaron la vida política medieval, es uno de los fundamentos a partir del cual los hombres aprendieron a razonar con sutileza premunidos de lo cual acometieron después la empresa de racionalizar la naturaleza. Pero tanto, el Derecho como la ciencia toman la ley de algo aún más profundo: la estructura metafísica del mundo, cuyo fondo los griegos llamaron *Diké*, es decir, justicia, la que todo lo decreta y determina.

Creemos que así se han aclarado dos ingredientes de la jaspersiana psicología de las concepciones del mundo. En primer lugar el objeto, en este caso el Derecho. En segundo lugar la idea, aquello que mueve, en este caso, la justicia. Que no son lo mismo se muestra en que si el Derecho es el objeto, el ente, y la justicia es el *a priori*, la idea, el ser de ese ente, bien puede ser que conozcamos al dedillo el ente, es decir, el Derecho, que nos comportemos estrictamente según sus prescripciones, y que sin embargo no tengamos la menor noción de su ser, la justicia, lo que por lo demás es lo habitual entre los abogados. Quizá cuanto más se especializa uno en un ente tanto menos conoce su ser, porque las ciencias de ente sueñan como apuntaba Heidegger.

El objeto, entonces, es real y no es meramente subjetivo, por eso hay una técnica y una hermenéutica jurídica. La idea, por otro lado, sólo es comprensible en aquella objetividad. Porque tenían cierta idea de lo justo crearon los romanos el Derecho que crearon, y la lectura de sus códigos, sin la guía de la idea, se nos aparece como el decreto arbitrario de una serie de normas

para contar *con* y dar cuenta *de* lo antiguo. En la *Psicopatología General*, anima Jaspers a la psiquiatría para que tome posesión y se mueva con soltura en la psicología de los milenios.

altamente discutibles; su unidad y sentido radican en su idea. Pero la idea es infinita, en el mundo no sólo hay un Derecho Romano sino muchos. El mismo Derecho Romano es un proceso, detenido accidentalmente con la caída del Imperio. El espíritu, que es la idea vivida y vivenciada, mueve a través de la idea porque es creador y se manifiesta y expresa en sus creaciones, en sus objetos. Por eso el espíritu es también corporal, está encarnado, es efectivo y es real. Pero la idea, que el espíritu manifiesta, sólo es cognoscible indirectamente en sus realizaciones, aunque en su fondo infinito e invisible hay una reserva y una riqueza inagotables. ¿Quién sabe, finalmente, lo que es la justicia? Empero, sin esos objetos llamados Derecho positivo o ciencia natural no tendríamos idea de lo justo, aunque en realidad la idea de la justicia los preceda a ambos y sea aún más amplia que ellos.

Se podría decir que la psicología moderna ha descartado con razón el término espíritu, y lo ha reemplazado por el más científico de instinto, pulsión o similares. Si se crean, y se respetan, los códigos legales, por ejemplo, es porque tenemos una especie de instinto legal, o una inclinación natural a la justicia. Pero sabemos que esto no es así. Basta leer cualquier libro de historia o echar una ojeada por los alrededores para saber de lo esencial e incurablemente injustos que somos. Decía Kant que el hombre está hecho con una madera demasiado torcida como para esperar nada recto de él. Si la justicia estuviera inscrita en nuestra naturaleza no habría Derecho, porque nos comportaríamos siempre y universalmente acordes con ella, y no podríamos comportarnos de otro modo. Pero la injusticia y la justicia son igualmente posibilidades para la libertad humana, que moldean nuestro carácter y personalidad.

Cuando analizamos el Derecho estamos ya, de algún modo, en una cierta actitud vivenciada, que podríamos definir como ética, activa y juzgante. El que mira el mundo como bien o mal vivido, y no meramente pensado intelectualmente, quiere decidir algo en relación con aquél y consigo mismo. Pero pongámonos en una actitud diametralmente opuesta, por ejemplo en una contemplativa, concretamente en la que Jaspers denomina actitud estética. Por lo pronto, no se podría escribir ninguna novela o poema, ni pintar un solo cuadro donde no aparezcan también el dolor, el sufrimiento, la muerte, el crimen, el fracaso, la injusticia, la traición, etc., y todo ello en una atmósfera de incomprendible belleza y quizá de reconciliación.

Todo lo que éticamente reprobamos es la sustancia de la que vive el arte, pero que es también la sustancia de lo que somos y del mundo, sustancia que está y no está más allá de la justicia. Jaspers distingue el placer

y el dolor, que son sentimientos sensibles y vitales, del goce, que es un sentimiento espiritual no reductible a los anteriores, y que puede ser concomitante tanto con uno como con el otro. No gozamos, acaso, y los términos placer y dolor aquí parecen no tener sentido, de lo demoníaco que hay en el hombre que transgrede todos los límites, o de lo trágico, en virtud de lo cual sacrifica y destruye los bienes que amamos; en fin, de los horrores que nos pinta el arte, para comprender los cuales cierta actitud ética es un estorbo y totalmente inadecuada. Probablemente no es su misión dar lecciones, sino transparentar la verdad del mundo, de la vida y de nuestro propio ser. La música, la menos verbal y conceptual de las artes, la que dice todo sin decir nada, contiene, a juicio de Schopenhauer, el secreto de la esencia del mundo; y para Nietzsche, sin ella la vida es un error. Pero, de la música, ¿qué se puede decir? Probablemente nada, y todo lo dicho es un lenguaje cifrado que remite a una vivencia y un objeto inefables. ¿Qué lugar ocupa la música y lo inefable realmente vivenciado en la moderna reflexión psicológica? La estética, como la justicia, es también una idea que mueve, ni objetiva ni subjetiva sino que *a priori*, y como toda idea, en sentido kantiano, tiene una proyección infinita a partir de la cual son posibles infinitas objetivaciones.

Sin embargo, aunque el Derecho o el arte son objetivaciones, los objetos que los ostentan no están en el mundo como están las piedras. Son relativas a un sujeto, no son secreciones de un sujeto, son objetos que tiene también su propia vida, pero son relativas a un sujeto. El sujeto, más bien, se constituye en ellas, es ellas aunque también no lo es. En cierto sentido no podemos mirar al sujeto directamente sino a través de sus objetivaciones, que en tanto que objetivaciones no son puramente subjetivas sino que encarnan ideas.

Hay una circularidad y mutua referencia entre el sujeto y el objeto, pero desde el punto de vista de la psicología, entendida como ciencia, podemos realizar la polarización sujeto-objeto, y estudiarlos separadamente, sin por ello conceder que entre ellos haya una escisión. Y si podemos hacerlo es porque dentro de su circularidad constitutiva cada uno mantiene una relativa independencia, por ende hay predicados que competen a cada uno por separado. De Homero podemos decir que era ciego, pero no de *La Ilíada*; del mismo modo, podemos decir que *La Ilíada* está constituida de tantos versos aunque no podamos decir con cuántos versos estaba construido Homero.

Lo cierto es que ningún análisis intrapsíquico ni intracerebral podría revelarnos el secreto de *la Ilíada*. Para empezar, *la Ilíada* nunca estuvo toda entera y terminada en la cabeza intrapsíquica de Homero, como la

vida misma es el resultado de un propósito sin cesar corregido, reiniciado y sorpresivo, que siempre se aclara, se regula y se constituye a partir de lo previamente realizado. Y cuando ya estuvo toda entera en su cabeza subjetiva estaba al mismo tiempo toda entera fuera de ella, era perfectamente objetiva y quedó a nuestro alcance. *La Ilíada* exalta la vida pública y el heroísmo, *La Odisea*, la astucia y el mundo privado, familiar (Jaeger<sup>13</sup> dice que es una novelita burguesa), pero las dos fueron escritas por Homero. Por eso, ninguna de ellas es la plasmación, reflejo o revelación de una oculta subjetividad homérica ya constituida que las explica, ambas son un trabajoso descubrimiento, a veces pavoroso, que hace el autor de sí mismo y del mundo al mismo tiempo. La vida, dice Jaspers, trepa sobre sí misma y sus propias creaciones, no se repite, y aunque pueda verse detenida en su curso sube apoyándose en lo ya previamente creado por medio de un movimiento infinito que abate y edifica.

## COMENTARIOS FINALES

Ponerse fuera, dice Jaspers en la psicología de las concepciones del mundo, es aquello en lo que consiste la vida, aunque agrega que todas las metáforas espaciales referidas a ella son inexactas, son cifras. No es que la vida sea una cosa interior, íntima, que además sale, sino que vivir es estar fuera, aparecer. El órgano más profundo, dice Gide, es la piel. No sólo el hombre, la vida en sí misma es intencional, abierta, extática como diríamos

en el lenguaje de Heidegger. La concha que segrega el caracol, ¿es interna o externa a su vivir? Lo más interno es también lo más externo, y viceversa. Pero entonces la vida no es el dentro o el fuera ni la suma de los dos, sino el *a priori*, el abarcador, la totalidad, el ser que los hace posible a ambos como mutuamente referidos. Sin embargo, podemos tomar el caparazón del caracol, o de todo lo que produce la vida, y estudiarlos por sí mismos, objetivamente, fuera del círculo hermenéutico y aparte de todo lo demás, pero ese es un artefacto, aunque justificado por razones científicas o de cualquier otro orden, porque así hemos dividido lo que está unido y sacrificado la comprensión de la esencia del viviente.

Por eso la filosofía, el arte, la religión, el Derecho, etc., pero también la neurosis, la psicosis, en definitiva las concepciones del mundo, no son una pura exterioridad (aunque científicamente puedan ser vistas como simples objetos), meras racionalizaciones, intelectualizaciones o algo supernumerario al viviente; al contrario, allí está la vida humana, el vivir mismo y los rastros de lo efectivamente vivido y vivenciado.

A nuestro entender, el problema que intenta resolver Jaspers a todo lo largo de su psicología de las concepciones del mundo es cómo, en la línea tanto de la meditación aristotélica como de la larga tradición reflexiva de la humanidad, hacer psicología sin hacer psicologismo, lo cual es en la modernidad una *rara avis*, y probablemente la más rara de todas. Pero cómo lo hizo y si su empeño fue coronado con el éxito es algo que ya no podemos discutir aquí.

<sup>13</sup> Jaeger, W. *Paideia*. México, Fondo de Cultura Económica, 1986.

## CASO CLÍNICO

# UN ANTIGUO CASO DE OBSESIÓN-COMPULSIÓN Y SU INÉDITA MEJORÍA POSTERIOR A UNA CRISIS CONVULSIVA<sup>1</sup>

(Rev GPU 2012; 8; 4: 426-429)

César Ojeda<sup>2</sup>

**Se describe un caso de Trastorno Obsesivo-Compulsivo diagnosticado y tratado hace una década, el que había sido resistente a diferentes estrategias terapéuticas. Encontrándose en tratamiento con Sertralina, el paciente, tras una presumible crisis convulsiva, presenta una marcada mejoría. Se discute el eventual beneficio de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.**

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Se trata de C.A. de 18 años de edad, cuyo cuadro clínico se inicia a los 14 años de la siguiente manera: al regresar del colegio se sentía impelido a hacer “inmediatamente” las tareas de manera de no dejar nada “pendiente”. Su deseo era terminar con sus obligaciones para ir a ver TV o jugar. Sin embargo, pronto esta necesidad se extendió a trabajos para los que aún tenía un largo plazo de entrega, con la finalidad de “sacarse todos los pesos de encima” y no tener sobre sí “ninguna carga”, aunque para conseguirlo debiera en ocasiones realizarlos de manera poco cuidadosa. Lo que primaba era el deseo de “cerrar o completar la situación”.

Un poco más adelante, a este impulso a “completar” se agregó el de asegurarse de que las cosas “estuviesen en su lugar” y de que todo “estuviese en orden”.

Si un objeto que debía estar en determinado lugar (un cuaderno sobre el escritorio o un lápiz en un cajón) no estaba allí, podía pasar largo rato buscándolo hasta encontrarlo, culminando la secuencia una vez que lo colocaba en el sitio debido.

Durante la noche prendía repetidamente las luces para cerciorarse de que las cosas estaban donde debían, surgiendo luego la duda de haber observado correctamente: “No me convencía y volvía a prender la luz”. De ese modo debía revisar la ubicación de cualquier objeto que viera o recordara: la billetera, los casetes y discos compactos, una polera, una medalla o las cruces que portaba en el cuello.

Esto le ocurría de preferencia en la noche, ocupándole mucho tiempo, por lo que solía quedarse dormido muy tarde, despertar muy cansado y tratar de recuperar el sueño durante el día después de volver del colegio.

<sup>1</sup> Este trabajo fue publicado originalmente en la *Revista Folia Psiquiátrica*, 1; 1; 1995, actualmente discontinuada.

<sup>2</sup> Psiquiatra, psicoterapeuta. Presidente SODEPSI.

No mucho tiempo después C.A. empezó a sentirse impelido a pisar alternativamente con el pie derecho y el pie izquierdo los pastelones de la vereda, de manera que si éstos eran muy grandes debía darse un apoyo casi imperceptible con el otro pie para lograr que el pastelón siguiente coincidiera con el pie que correspondía, intentando disimular su comportamiento hasta donde le resultaba posible, “para no parecer loco”. De no conseguir la secuencia dicha, alguien de su familia sufriría una desgracia o moriría. Y así, las cosas se fueron complicando cada vez más. Ahora debía alcanzar el techo de su habitación o del pasillo, de manera que todos los dedos tocaran al mismo tiempo la superficie, lo que daba como resultado largas secuencias de saltos. O, para pasar de una habitación a otra, debía tocar la manilla de la puerta con la mano derecha por el lado de afuera y con la izquierda por el de adentro, lo que resultaba difícil (pues las manos quedaban cruzadas), y por lo mismo debía repetirlo múltiples veces. También debía pasar las manos por la superficie de la mesa de manera que toda la palma y los dedos estuviesen en contacto de modo completo, retrocediendo hasta el borde, y abandonando el contacto al mismo tiempo simétricamente. Durante algunos periodos debía realizar ciertos gestos (abrir la boca y los ojos de una determinada manera) los que se inscribían en el mismo contexto.

Mucho del comportamiento descrito estaba claramente vinculado con la idea de que otros sufriesen algún daño por haberlo realizado de modo imperfecto. Dice el paciente: “como si todo lo que pudiese pasar dependiera de mí, aunque yo sé que son cosas estúpidas que no tienen nada que ver unas con las otras”. Este carácter, es decir, entre el reconocimiento de un vínculo irracional y el comportamiento y las consecuencias temidas, en otros actos permanecía en sordina y, así, la búsqueda del orden, la simetría y la completitud parecían adquirir la condición de algo necesario por sí mismo “para yo quedar tranquilo”. “Yo mismo me proponía lo que tenía que hacer: tamborilear los dedos sobre el costado de la mesa de manera que todos la tocaran, o tocar la muralla con las dos manos plenamente”. Todos estos actos debían ser repetidos si no eran perfectamente logrados, y ocurrían en medio de la vida cotidiana. Si le habían pedido que fuera a buscar algo a otra habitación, estos rituales lo hacían devolverse muchas veces antes de cumplir con lo que le habían solicitado. El conjunto de su comportamiento –como es comprensible– termina por incomodar profundamente al resto de la familia.

Más adelante y concomitantemente con algunos de los fenómenos antes descritos, C.A. empezó a sentir la necesidad de que su rostro estuviese “perfecto”, es decir, “sin espinillas”. Consultó a un dermatólogo, el que le

indicó una crema. Pero ocurrió que el paciente la usaba con tal frecuencia, que la prescripción estimada para un mes la consumía en pocos días. A esto siguió el uso de la pasta dental con el mismo fin. Ensuciaba con ella la almohada y las sábanas, pero también lo hacía en el día, utilizando grandes cantidades de dentífrico y luciendo un aspecto que irritaba permanentemente a sus familiares. Cada cierto rato se miraba al espejo y, si encontraba alguna “imperfección”, volvía a colocarse pasta.

C.A. pasaba también largo rato peinándose de manera que no quedara “ningún pelo desordenado”. Más adelante, debía tener permanentemente una cantidad de 10 pesos en el bolsillo que le alcanzara para pagar el autobús durante dos semanas (podían ser 80 o 100 monedas), las que portaba en todo momento.

La evolución del cuadro ha sido progresiva y cada vez más incapacitante. Hace tres años consultó a un psiquiatra porque se sentía muy angustiado, y desde entonces se le han indicado diversos tratamientos sin claros resultados.

## ANTECEDENTES MÉDICOS

Durante el parto, la madre de C.A. sufrió un shock (al parecer hipovolémico) y debido a una dificultad en la rotación de la cabeza, ésta debió ser inducida mediante fórceps. A pesar de que no disponemos de documentación al respecto, es presumible que el nacimiento de C.A. se acompañara de algún grado de sufrimiento fetal.

Desde muy temprana edad C.A. fue atendido por diversos especialistas por un Síndrome de déficit atencional. Un EEG estándar, practicado a la edad de 6 años, es informado como de características normales. A esa misma edad el test de Wechsler, en su forma infantil (WISC) informa una inteligencia normal. Otras pruebas demuestran déficit en la atención y concentración con significativos rasgos de inmadurez.

A los trece años C.A. presentó un episodio de “migraña con fosfenos, escotoma y paresia de una extremidad (al parecer derecha)” según consta en la solicitud de Tomografía Axial Computada realizada por la neuróloga y psiquiatra infantil que lo atendía en ese momento. La tomografía axial de cerebro realizada en aquella oportunidad fue informada como normal.

Durante los últimos tres años y diagnosticado el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), el paciente ha sido tratado con Clomipramina en dosis de 175 mg/día durante seis meses. Fluoxetina 80 mg/día durante un año. Pimozida, Tioridazina y Sertralina en dosis diversas y por tiempos variables, junto a distintos tipos de inductores del sueño, con escaso resultado terapéutico. De los exámenes practicados en este último periodo destaca un SPECT cerebral, realizado

en mayo de 1994 y transmitido vía satélite al Harbor Imaging Center en Los Ángeles, California, el que demuestra una marcada hipoperfusión temporal y orbitofrontal derechas, con disminución de la perfusión en el tálamo izquierdo. Al mismo tiempo una perfusión aumentada en el gyrus cingulado anterior y la corteza visual. Estos hallazgos le sugieren al informante: 1) Trastorno Obsesivo-Compulsivo. 2) Depresión.

## CUADRO ACTUAL

Al hacernos cargo del paciente a fines de agosto de 1994, destacaba la presencia de múltiples obsesiones y compulsiones como las ya descritas y otras similares, y un ánimo disfórico, irritable, que hacía entrar a C.A. en conflictos frecuentes al interior de su familia. Sin embargo, esta alteración del estado de ánimo no constituía cualitativamente un síndrome depresivo propiamente tal. El cuadro le provocaba serias dificultades en sus estudios (cursaba el 4º medio) pues le impedía concentrarse, y los rituales compulsivos le ocupaban parte importante de su tiempo, especialmente al anochecer. En múltiples entrevistas el paciente demuestra tener plena conciencia de lo absurdo de su comportamiento, un contacto empático y cercano y ausencia de fenómenos de otras series clínicas.

De los tratamientos efectuados previamente (los que aparecían en general correctos), la utilización de Sertralina era el único en el que las dosis y el tiempo de administración parecían no haber alcanzado los rangos óptimos. Por esa razón decidimos iniciar el tratamiento con ese fármaco en dosis progresivas hasta alcanzar, al cabo de un mes, 200 mg/día, en una toma única al desayuno. La evolución, al cabo de seis semanas de iniciado el tratamiento, se demostró errática y pobre.

A mediados de noviembre, dos meses después de iniciado el tratamiento señalado, a la salida del colegio y mientras esperaba el autobús sentado en el paradero, C.A. sufre una brusca pérdida de conciencia y caída desde el asiento en que se encontraba. De acuerdo con la observación de un compañero de estudios, esta crisis se habría acompañado de convulsiones difíciles de precisar en su carácter. Ese mismo día es evaluado neurológicamente, no encontrándose alteraciones al examen clínico. Dos EEG estándar realizados con horas de diferencia son informados como normales. Durante el examen se descartó la presencia de ortostatismo (Pr. arterial sentado de 110/70 y al pararse de 110/80). La resonancia nuclear magnética de cerebro, practicada cinco días después, es informada como normal.

Lo notable del episodio fue que ya la misma tarde del día de ocurrida la pérdida de conciencia el cuadro

clínico de C.A. cambió radicalmente. De acuerdo con el informe entregado por los familiares, se le veía contento y con una franca disminución de los rituales obsesivos. Examinado por mí al día siguiente, el paciente se aprecia eutímico, comunicativo, sin angustia ni irritabilidad y las ideas obsesivas y los actos compulsivos prácticamente habían desaparecido.

Preventivamente se decide reducir la Sertralina de 200 a 100 mg/día y se discute con el neurólogo la conveniencia de usar en ese momento un anticonvulsivante, posibilidad que se deja pendiente en base a la falta de hallazgos en los exámenes practicados y en espera de observar la evolución. La mejoría duró, en las condiciones señaladas, aproximadamente un mes, después de lo cual el paciente recae prácticamente al estado anterior a la crisis.

Actualmente, y transcurridos cuatro meses del episodio narrado, el paciente recibe 150 mg/día de Sertralina, no ha vuelto a presentar pérdida de conciencia y ha mejorado en aproximadamente el 50% respecto de la frecuencia e intensidad de los fenómenos OC que presentaba en el momento de la primera consulta a fines de agosto de 1994. El intento de instalar Carbamacepina a fin de permitir maximizar la dosis de Sertralina y potenciar su efecto con Bupiriona, como parte de una estrategia para las primeras etapas del tratamiento, y provocar de ese modo las condiciones adecuadas para iniciar la terapia conductual de exposición y prevención de respuesta, fracasó por falta de cumplimiento del paciente en el periodo de las vacaciones de verano.

## DISCUSIÓN

Un caso como el presentado ofrece muchas facetas psicopatológicas, clínicas y terapéuticas interesantes. Sin embargo, lo que nos ha parecido de mayor importancia es la mejoría experimentada por el paciente inmediatamente después de haber ocurrido la crisis convulsiva descrita. Los diversos exámenes practicados en esa ocasión y a lo largo de su vida no apoyan la presencia de un cuadro epiléptico de base. No obstante, la frecuencia de crisis convulsivas descritas con el uso de Sertralina es del orden de 0.078%, es decir, éstas son muy poco probables como efecto secundario (1). Podemos además recordar que con el uso de Fluoxetina la frecuencia de crisis convulsivas es de 0,48% y con Clomipramina entre 0,48 y 2% (1, 3), ambos fármacos usados por periodos prolongados por el paciente. De este modo parece muy difícil establecer por el momento el origen de la crisis única sufrida por C.A.

Desde otro ángulo, y con independencia de la etiología de la crisis convulsiva, la mejoría prácticamente inmediata de su cuadro clínico después de ella hace

altamente probable una relación entre ambos hechos, lo que a su vez nos lleva a plantear la hipótesis de que la Terapia Electroconvulsivante (TEC), bajo ciertas condiciones, pudiese ser un potenciador del efecto antiobsesivo de la Sertralina y, por extensión, de otros inhibidores preferenciales de la recaptura de serotonina.

La TEC en el TOC se ha reconocido ineficaz en múltiples estudios (4), y prácticamente no se menciona ni como tratamiento independiente, ni como potenciador de la terapéutica farmacológica en las principales revisiones sobre el TOC de los últimos años (6). A lo más es mencionado como tratamiento para la depresión asociada en caso de no responder ésta a la farmacoterapia. A pesar de esto, existe evidencia clínica y experimental que sugiere que los diversos tipos de antidepresivos y la TEC producen cambio adaptativos similares en los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, y posiblemente en los gabaérgicos y dopaminérgicos después de tratamientos a largo plazo, los que parecen coincidir con la respuesta terapéutica. Las actuales investigaciones en TOC son consistentes con la idea de un fuerte componente biológico en la enfermedad, en el que destaca la participación del sistema serotoninérgico y dopaminérgico (7). Por su parte, se piensa que la TEC aumenta la función serotoninérgica por un aumento del número y densidad de los receptores serotoninérgicos (8). Sobre estas bases, la idea de una sinergia entre los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y la TEC parece un postulado razonable.

Por otra parte, no parece ser lo mismo la TEC aplicada como tratamiento único, a la TEC aplicada sobre la base de un tratamiento con fármacos ISRS ya instalado, aunque terapéuticamente ineficaz. Los escasos trabajos sobre TOC y TEC en los últimos años (menos de 10), se refieren a casos aislados como el que presentamos en este momento, y que requerirían de diseños controlados para probar su utilidad. A fin de ilustrar el problema mencionaremos dos.

El primero es presentado por Husain *et al.* en carta al *American Journal of Psychiatry* en diciembre de 1993 (5). Se trata de una mujer de 65 años de edad con un TOC de trece años de evolución, que había sido hospitalizada tres veces en los últimos tres años por la presencia de obsesiones, enlentecimiento, ánimo depresivo y dificultades en el dormir debido a la presencia de "ideas intrusivas". La paciente fue tratada con antidepresivos tricíclicos, litio, fluoxetina (hasta 60 mg/día) benzodiacepinas, clomipramina (hasta 250 mg/día), y terapia conductual cognitiva, sin resultados importantes. En la admisión reportada en la carta señalada, fue diagnosticada de TOC de acuerdo con los criterios del DSM III-R, recibiendo nueve aplicaciones de TEC bilaterales mejorando completamente su cuadro clínico. Las

indicaciones del alta fueron 45 mg de fenelzina/día y 6 mg de lorazepam. La recaída se produjo al tercer mes, y no respondió con el aumento de la dosis de fenelzina. Una nueva serie de TEC (nueve aplicaciones) restituyó la normalidad completamente en la paciente, manteniéndose la mejoría con un régimen de una aplicación mensual de TEC, durante un año.

El segundo, es el artículo de D. Casey *et al.*, publicado en el *Southern Medical Journal* en agosto de 1994 (2). Allí los autores presentan el caso de una mujer de 84 años de edad con una larga historia de un trastorno obsesivo compulsivo, que presentó un cuadro depresivo tardío y refractario a la farmacoterapia. La administración de seis aplicaciones de TEC produjo una dramática mejoría, tanto de la depresión como del TOC.

## COMENTARIO

Es sabido que la respuesta positiva de los pacientes con TOC a la farmacoterapia con inhibidores preferenciales de la recaptura de serotonina es entre el 50 y el 60% (6). Resta, por lo tanto, al menos un 35 a 40% de casos refractarios. Es en ellos donde se indican las "técnicas de aumentación" del efecto farmacológico. Entre ellas se considera la adición de las siguientes sustancias: litio, clonazepam, trazodona, buspirona, alprazolam, metilfenidato, nifedipino, liotironina, clonidina y fenfluramina. De acuerdo con los hechos presentados en este trabajo, parece necesario sugerir que debiera agregarse a esta lista la TEC.

## REFERENCIAS

1. Carvajal C. Fluoxetina y Sertralina: dos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat* 32 (Supl 6): 7-47 (1994)
2. Casey D, Davis MH. Obsessive-compulsive disorder responsive to electroconvulsive therapy in an elderly woman. *South Med J* 87: 862-864 (1994)
3. Gloger S. Clomipramina: revisión de sus propiedades farmacológicas y terapéuticas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 30 (Supl. 2): 3-22 (1992)
4. Goodman W, McDougle C, Barr L, Aronson S, *et al.* Biological approaches to treatment-resistant obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 54 (6 Suppl) 16-26 (1993)
5. Huisain M, Lewis S, Thornton W. Maintenance ECT for refractory Obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 150: 1899-1900 (1993)
6. Jenike M. Pharmacologic treatment of obsessive compulsive disorders. In: *The Psychiatric Clinics of North America. Obsessional Disorders*. M. Jenike (ed), Vol 15, Nº 4, December (1992)
7. Leonard BE. The comparative pharmacology of new antidepressants. *J Clin Psychiatry* 54 (8 Suppl): 3-15 (1993)
8. Sackeim H. Mechanisms of action of electroconvulsive therapy. Frances AJ, Hales RE (eds). *Review of Psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Press, Vol 7 (1988) (cit ref 7)

## COMENTARIO AL CASO CLÍNICO

# COMENTARIO A UN ANTIGUO CASO DE OBSESIÓN-COMPULSIÓN Y SU INÉDITA MEJORÍA POSTERIOR A UNA CRISIS CONVULSIVA

(Rev GPU 2012; 8; 4: 430-433)

Patricia Cordella<sup>1</sup>

**A continuación se comenta el caso presentado por el Dr. César Ojeda, haciendo especial foco en el desarrollo de un adolescente que hace una sintomatología obsesiva-compulsiva a los 14 años. No se comenta el tratamiento farmacológico ni se actualiza la relación epilepsia-psicosis-sintomatología obsesiva, puntos de interés en nuestros días, dejando, así, abierta la invitación a esta reflexión en alguna futura publicación.**

## COMENTARIO DE UN CASO DE MEJORÍA POSCRISIS CONVULSIVA

Por tratarse de un caso muy bien documentado y que además presenta una evolución curiosa, nos llama a varias interrogantes. En este comentario sólo tomaré ciertos aspectos contextuales y del desarrollo que con cierta probabilidad normativa se pueden haber sucedido en torno al momento en que el cuadro se presenta. No discutiré su tratamiento farmacológico que a la luz de lo que sabemos hoy en día podría haber utilizado otros recursos, ahora, disponibles.

C.A. inicia su sintomatología a los 14 años. ¿En qué está un adolescente a esa edad? Dos modelos nos pueden asistir para organizar la información. Por una parte

el de las estructuras neurobiológicas en la base del funcionamiento cerebral y, por otra, los modelos psíquicos que nos permiten comprender la transformación cultural simbólica en materia y procesos orgánicos. Estos modelos corresponden en su origen a espacios separados que, sin embargo, operan en un continuo en la experiencia humana y por supuesto en la “construcción” de una persona.

Durante la adolescencia el cuerpo está siendo modelizado por el ingreso de hormonas sexuales en todos sus niveles, comprendido el neurobiológico. Esto implica profundos cambios en la forma y el funcionamiento corporal, en su silueta y en la expresión de lo que llamamos masculino o femenino. El tejido nervioso entra en una crisis transformacional y se desordena. Para

<sup>1</sup> Psiquiatra, Psicoterapeuta, Prof. Adjunto PUC. Magister Psicología Mención Psicoanálisis. Dra. en semiótica Universidad de Bologna, Italia



desconectar las formas anteriores entra en un proceso de podas neuronales. Las conexiones anteriores ya no reverberan como antes y aparecen nuevos aprendizajes esta vez ligados más a los pares que a los cuidadores. Este tejido parece abrirse para aceptar nuevas conexiones, ahora en mimesis adquiriendo los gestos, los actos y los modos de ese momento-cultura. Las neuronas cambian sus conexiones, sus arousal habituales e incluso la percepción (es decir, el modo de tomar o dejar información) se modeliza de otros modos. Todo este caos tisular y molecular busca estabilizarse integrando nuevas formas de regulación.

La regulación está relacionada con la facilitación o la inhibición del funcionamiento cerebral. Podemos entender que los circuitos inhibitorios del tipo “esto no es bueno hacerlo, por lo tanto disminuye su frecuencia de expresión, reprímelo o suprímelo” se reorganizan durante la adolescencia ¿Qué modelo utilizan los adolescentes para concebir qué es lo que está permitido y qué no? Podemos entender este proceso de transformación regulatoria utilizando la imagen de los polos. En un polo estará el adolescente aliado con las regulaciones familiares que no se desplazará mucho más allá del código utilizado por su familia de origen y, por otro, aquellos que harán exactamente lo contrario. El trabajo de integración, es decir, de conservar los elementos positivos que nos da la familia de origen y hacerlos armonizar con otros novedosos tomados de experiencias más allá de la familia, es justamente el proceso de maduración que ocupa la vida entera. La adolescencia se presenta entonces como un periodo de autonomía (exploración) y de dependencia (búsqueda de protección y cuidado). Bloss (1996) nos ha descrito muy bien en su libro *La Transición Adolescente*, esta doble faz del adolescente que por una parte muestra autonomía y por otra parece estar en etapas regresivas.

No sabemos cómo estaba ocurriendo esto en C.A., pero podemos suponer que algo ocurría en su entorno a los 14 años, que recurre a mecanismos de control de la ansiedad y ésta es la tesis que desarrollaremos brevemente.

A los 14 años C.A. no consulta, es decir, está preocupado él mismo de solucionar montos de angustia que por la sintomatología suponemos muy altos.

¿Cómo imagina resolver la angustia? A través del control. Es posible que esto lo haya aprendido en la familia. Sabemos que una familia con TOC, TIC, Tourette son elementos que están relacionados con los TOC. No sólo genéticamente sino familiarmente, es decir, la familia enseña a prender o apagar ciertos genes de modo de producir ciertas formas de operar el sistema. Se han estudiado en poblaciones de pacientes los factores:

- FACTOR I Pensamientos prohibidos (agresión, sexual, religioso, somáticos) y compulsiones de chequeo.
- FACTOR II Simetría: obsesión por el orden, la simetría, el repetir, el contar.
- FACTOR III Limpieza y contaminación.
- FACTOR IV Acaparamiento.

Por el relato de sus síntomas sabemos que C.A. utiliza como premisa organizadora vital “El deber está antes que el placer”, por eso lo de “hacer las tareas inmediatamente”, “terminar sus obligaciones”.

Este cumplir no sabemos si corresponde a un ideal del yo fijado por él o por los padres. Es posible que sea aun un mix entre ambos ideales al cual se somete para cumplir deseos ajenos (sociedad o familia).

Lo que sí sabemos es que para lograr esto es necesario que se active una maquinaria de control. Nuevamente aquí podemos entender que el funcionamiento cerebral se organice facilitando o inhibiendo ciertas vías para permitir esta hegemonía cortical.

Los mecanismos de control puestos al servicio de la experiencia vital en primer lugar la gravan, es decir, le dan conciencia de trabajo, obligación, un cierto agobio. Es como si el control entrara para elaborar la angustia, pero al final dejara al paciente con una sensación de falta de vitalidad, cansancio, más cercana a la muerte que a la vida. El verso del poema de Alejandra Pizarnick “la jaula se ha vuelto pájaro y ha devorado mis esperanzas” (poema “El despertar”) nos parece que grafica muy bien esto.

Estos mecanismos de control además son eficientes en circunscribir, atenuar, estrechar y cerrar; de ese modo parecen completar un mundo que ha sido tijereado para ubicarlo fácilmente en coordenadas claras y medibles, como el tiempo y el espacio.

Por eso vemos al paciente no dejando nada pendiente, para poder cerrar, completar. Esta manera de organizar tiene algo de omnipotencia y lo ubica en distancia emocional provocando un efecto de orden y bienestar (que es pseudo). Efecto que como tal está en el “parecer” y no en el “ser”. Pero ¿de dónde surge esta necesidad de control? ¿Qué viene a hacer en la vida de un adolescente?

Los montos de incertidumbre en este momento vital son altos pero también son necesarios. Para algunos adolescentes pueden ser extremos. Actualmente han incluido desde los 24 meses conductas como la simetría, el acaparamiento y la pulcritud. Podemos pensar que estos niños son más proclives a extremar sus modelos de control bajo circunstancias estresantes. Las

más estresantes de las circunstancias son los cambios en las distancias emocionales con los significativos afectivos. Asunto que ocurre sí o sí en la adolescencia. Hay movimientos en el triángulo edípico porque hay cambios esenciales, no se trata solamente de un hijo sino de un hombre y esto distancia a la madre y cambia las distancias con el padre. Hay que resolver distancias sexuales entre los padres según donde hayan llegado y depende de las necesidades que cada padre tiene y toma de su cónyuge.

Si pudiéramos haberle preguntado a C.A. en qué estaba por los 14 años. Qué ocurría en su familia, si hubo alejamientos físicos o emocionales, podríamos entender algo más de su experiencia vincular que nos ayudara a dar cuenta de este gatillarse del control.

Pero ¿cómo ocurre que este control se torna patología? Es decir ¿cómo es que un mecanismo que se usa, se hace patrón? ¿Cómo se hace dominio y se hace patrimonio, es decir, propiedad del yo? ¿Cómo ingresa una solución a la ausencia y cómo una defensa transitoria ingresa a ser el yo mismo? (no hay nada más compulsivo que el yo, ¿no?). Entonces ¿cómo la defensa se hace eje I? ¿Podemos pensar que algo que se repite se hace crónico, se engarza con otros elementos y ahí reverbera y que esto es lo patológico? ¿El mismo TOC es un TOC de sí mismo?

Para Capellá (1996) existen dos polos neuróticos que están permanentemente en interacción en personas sanas. Lo Histérico y lo Obsesivo. Lo Histérico queda en el polo del deseo y el deseo más cerca del cuerpo, mientras lo Obsesivo está más cerca de la Razón. Claro que este modo de mirarlo tan cartesiano y dicotómico nos lleva a los valores referenciales que organizan el sentido de los hechos: Vida/Muerte ligados a los de Cuerpo/Razón.

La Razón se encarga de representar, incluso de ritualizar la realidad y por eso puede ser vista como una organización que tramita, deriva y controla el mundo afectivo, pero siempre está el otro polo pujando y por eso a pesar de la intención de control y orden el obsesivo duda y se angustia que aparezca otro mundo que le parece descontrolado.

Para Freud, cuyo primer caso el *Hombre de las ratas* le presenta los modos de ligar las representaciones del obsesivo y de cómo deja el afecto fuera. Le parece que hay un Trauma sexual (es decir, un monto alto de energía no entendida ni metabolizada ligada con lo prohibido culturalmente) que el obsesivo debe *desplazar*, mientras la histérica lo lleva al cuerpo fisiológico y lo convierte y desregula el funcionamiento de una anatomía imaginada, el obsesivo lo sitúa también en

el cuerpo pero en el umbral que tiene el cuerpo con la cultura en la vergüenza.

Podemos pensar que C.A. a los 14 años en vez de hacer una pauta de duelo con respeto a quienes son sus padres y de quién es él, en vez de atreverse a usar el lugar que ahora se propone abandonando los privilegios infantiles para acceder a los de adulto, renuncia a este cambio y desplaza los afectos hacia la vergüenza y con ella se despierta el control. Para inhibir esta sensación desagradable usa mecanismos culturales habituales de inhibición, sólo que los exagera.

La cultura presenta como guiones de controles: el dominio, que puede llegar incluso a la crueldad; la represión afectiva, los modelos de perfección que me ofrecen un completo set de cómo lograr objetivos con espejismos de tranquilidad y felicidad; y rituales varios que aseguran el control sobre el cuerpo.

Entonces podemos decir que la regulación obsesiva puede transformarse en un TOC y éste en el tiempo integrarse como un rasgo de personalidad y finalmente entronarse como un trastorno de personalidad.

*Regulación obsesiva* podemos llamar entonces a una ordenación psíquica que regula la experiencia vital de un paciente y lo dispone a la función de control. Se instala así una lógica que circula entre lo que se quiere y lo que se teme (en este acaso puede ser la sexualidad, la autonomía, la venganza). El paciente sin poder sostener la incertidumbre de sus nuevos lugares en la estructura de pares y familiares  *fija un orden* que intenta manejar la angustia, pero que lo deja preso dentro de la solución.

Las características de la Regulación Obsesiva hecha por la psiquis se caracteriza por:

1. Crear una estructura que maneje el caso de ansiedades muy primitivas como dispersión, derrumbe, ausencias.
2. Usar Bilógicas entre polos como querer/deber, Cuerpo/Ideario, donde el cuerpo es fetichizado y usado para fines que lo despojan de sus impulsos más básicos (hambre, cansancio, sexualidad, contacto, juego, etc.). Esto si suponemos un cierto innatismo en circuitos de supervivencia, incluso social (Panksepp, 1992).
3. Control afánico (derivado de afanisis) donde se cambia el deseo por el deseo de no desear (Nasio, 1996)
4. Uso de Objetividades como control de calidad del ser: uso de números, metas, premios, colecciones de títulos.
5. Atenazar la vida emocional con la razón, pérdida de espontaneidad. Despojar de afectos.

6. Crear una relación psíquica entre un amo (las ideas y el afán de perfección) contra un esclavo, el cuerpo. El amo trata de apropiarse del excedente que produce el cuerpo, por eso no hay satisfacción posible.
7. Ordenar el sentido a través de imperativos morales que den coherencia a este mundo creado en defensa de angustias muy primitivas.
8. Repetir acciones, pensamientos, como un modo de llenar los espacios vacíos.
9. Utilizar pensamiento mágico, presagios, creencias irracionales que controlen desde la paranoia acciones, emociones y pensamientos (como le ocurre a Ernst Lanzer (1878-1914); el hombre de las ratas "si no devuelvo los quevedos la rata le hará la tortura a la mujer que quiero y a mi padre").

En resumen, C.A. a los 14 años pudo haber consultado, se pudo haber intervenido en la configuración

psíquica que estaba en ciernes y tal vez se pudo haber librado de las lógicas que estaba implementando ayudado por cambios o en su grupo de pares.

Es posible pensar que su código genético pudo haberse silenciado dándole la oportunidad de expresión a otras teclas y tal vez no sería la misma melodía la que hoy escucharíamos de su historia.

## REFERENCIAS

1. Bloss P. *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu, 1996
2. Capellá. *La histeria y lo obsesivo: análisis de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Herder, 1996
3. Leckman J, Bloch M, King R. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11(1): 21-33
4. Nasio JD. *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós, 1996
5. Panksepp J. A critical role for "Affective Neuroscience" in resolving what is basic about basic emotions. *Psychological Review* 1992; 99(3): 554-560

## PSICOPATOLOGÍA

# LA PSICOPATOLOGÍA EN LOS INICIOS DE LA MODERNIDAD EN AMÉRICA LATINA. ANÁLISIS HISTORIOGRÁFICO DE UN CASO CLÍNICO: “LA ENDEMONIADA DE SANTIAGO”

(Rev GPU 2012; 8; 4: 434-442)

Gonzalo Peralta<sup>1</sup> y Leonor Irrarrázaval<sup>2</sup>

En Chile, a mediados del siglo XIX, dos instituciones pugnaban por el reconocimiento y la dignificación pública. La Iglesia Católica, en un momento de decadencia y pérdida de poder, y la ciencia médica, luchando por mejorar la preparación técnica, las condiciones económicas y el prestigio social de sus miembros. En estas circunstancias ocurre la contienda pública entre ambos estamentos por la “Endemoniada de Santiago”. Carmen Marín presentaba todos los síntomas “clásicos” de la literatura, e incluso del cine actual, sobre la posesión demoníaca. Los sacerdotes se empeñaban en ejecutar el ritual del exorcismo, sosteniendo que la Marín se encontraba poseída por el demonio y que ésta era la única cura posible a su mal. Los médicos, por su parte, además de impugnar que la paciente estuviera poseída, sino “enferma”, intentaron demostrar que todo aquello era una farsa hábilmente montada por los sacerdotes. El doctor Manuel Antonio Carmona sería el autor del informe más sólido y el que, en definitiva, vendría a desarmar la explicación religioso/demoníaca, así como las acusaciones de engaño o simulación. Se destaca el interés del doctor Carmona por buscar una comprensión de las manifestaciones clínicas mediante la revisión de la historia de vida de la paciente, concluyendo con el diagnóstico de un cuadro histérico. La publicación de este informe en el año 1857 marca el comienzo de la psiquiatría chilena, y en él se aprecia la descripción aguda de un precursor de la psicopatología.

<sup>1</sup> Investigador, Programa de Historia Político-legislativa de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2) Candidato a Magíster en Estudios Latinoamericanos, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile (Supervisor: Prof. Dr. José Luis Martínez). gonzalopc@gmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga Clínica, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Hospital Clínico, Universidad de Chile. 2) Candidata a Doctora en Psicoterapia (Becaria CONICYT), Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Supervisor: Prof. Dr. Ottor Dörr Zegers).

## INTRODUCCIÓN

En este artículo presentamos un análisis historiográfico de un caso médico-psiquiátrico que fue motivo de debate público en Santiago de Chile a finales de la década de 1850, a saber, el caso de Carmen Marín, conocida también como “la endemoniada de Santiago”. Mediante este análisis se ilustran las tensiones producidas en el país por las transformaciones culturales, sociales y políticas de la época en cuestión, reflejadas en la contienda desatada entre la Iglesia Católica y la profesión médica. Como consecuencia de esta contienda este momento histórico se constituye como una coyuntura fundacional para la psiquiatría chilena.

Se trata de la pugna desatada entre un grupo de sacerdotes, en su situación de representantes de la Iglesia Católica y, por otro lado, un grupo de facultativos, en representación de la ciencia médica, en su afán de interpretar y tratar la dolencia de esta mujer. El caso de Carmen Marín representa la encarnación de estas luchas y tensiones en y sobre una persona determinada, la paciente/poseída. Se manifiesta así como síntoma y campo de lucha de una sociedad tradicional en trance de transformación en una moderna.

Tenemos entonces a dos instituciones que pugnan por el reconocimiento y la dignificación pública. La Iglesia Católica, en un momento de decadencia y pérdida de poder, intenta resistir la arremetida laical-liberal-positivista, enfrascada en el sostenimiento de un dogma religioso de corte reaccionario (3). La ciencia médica, pujando por levantar la cabeza y elevar la preparación técnica, las condiciones económicas y el prestigio social de sus miembros. Es en estas circunstancias que ocurre la contienda por la endemoniada de Santiago.

La publicación del informe del doctor Manuel Antonio Carmona en el año 1857 se reconoce como el comienzo de la psiquiatría chilena. Este informe fue el más sólido y el que, en definitiva, vendría a desarmar la explicación religioso/demoníaca. El modo en que este médico se aproxima a analizar el caso en cuestión presenta una radical diferencia respecto a sus colegas, especialmente en cuanto a la revisión que hace de la historia de vida de la paciente, indagando en aquellas situaciones biográficas que pudieran explicar su enfermedad y que la marcaron con la identidad de “la endemoniada”. El informe concluye con el diagnóstico de un cuadro histérico, y en él queremos destacar la descripción aguda de un precursor de la psicopatología.

## LA IGLESIA CATÓLICA Y EL ORDEN REPUBLICANO EN EL PERIODO POSINDEPENDENCIA

Es un hecho histórico ampliamente aceptado que la Independencia hispanoamericana asestó un duro golpe a la Iglesia Católica. La Independencia puso al descubierto las raíces coloniales de la Iglesia y reveló sus orígenes extranjeros, identificando a la institución eclesíástica con la corona y España, al tiempo que dividió a la misma Iglesia y sus ministros, que ante el inesperado e irrefrenable proceso emancipador, en un buen número se declararon realistas, muchos otros republicanos y, unos cuantos más, decididamente insurgentes. Una vez pasado este periodo álgido y de mayor enfrentamiento bélico, esto es, hacia 1820, se hizo evidente que la Independencia había debilitado gravemente las estructuras básicas de la Iglesia. Muchos obispos habían vuelto a España, otros tantos habían sido expulsados y otros más habían muerto y nadie los sustituyó. Al desaparecer la jerarquía no hubo quien hablara en nombre de la Iglesia, y a la pérdida de autoridad docente y de gobierno de las diócesis vino el descenso de las ordenaciones y confirmaciones, con una abrupta caída del número de sacerdotes y religiosos. Por otro lado, los bienes económicos de la Iglesia también disminuyeron. Los nuevos gobernantes, fueran conservadores o liberales, codiciaron las propiedades y los bienes de la Iglesia, considerándolos como ingresos que el Estado tenía derecho a percibir. Estas medidas representaron el comienzo de la erosión gradual de las propiedades de la Iglesia en el siglo XIX (9).

En cuanto a la herencia doctrinal del catolicismo latinoamericano, ésta no era diferente de la del resto de la Iglesia. Obispos y sacerdotes recibían y transmitían teología católica tradicional y filosofía escolástica. Pero el escolasticismo no acertó a responder a las ideas de la Ilustración, y en el siglo XIX el catolicismo latinoamericano no tenía los instrumentos intelectuales que necesitaba para hacer frente a los utilitarios, los liberales y los positivistas. La Iglesia se apoyaba no en una nueva expresión filosófica del dogma religioso, sino en una reafirmación dogmática de creencias antiguas. Por el contrario, el principio que había detrás de la política liberal era el individualismo, la creencia de que los nuevos Estados de América Latina sólo podían progresar si se liberaba al individuo de los prejuicios del pasado, de las limitaciones y privilegios corporativos, privilegios que en el caso de la Iglesia iban acompañados de riqueza en bienes raíces y rentas de anualidades. Esto, para las nuevas repúblicas, daba a la Iglesia poder político, retrasaba la economía y obstaculizaba el cambio social. La Iglesia aparecía entonces como rival del Estado,

un foco de soberanía que correspondía a la Nación y a nadie más. Así pues, el proceso de la secularización en el siglo XIX cobró varias formas y obtuvo diversas respuestas. La batalla se libró en torno al derecho a nombrar obispos, a la propiedad, a las sanciones jurídicas y políticas de la religión y a la educación. El ritmo y la importancia de la contienda diferían según los países, siendo el factor más importante el relativo al poder y la riqueza de la Iglesia. Donde la Iglesia era grande en clero y recursos, era más probable que despertase un furibundo anticlericalismo, pero también se encontraba en una posición más fuerte para defenderse. Donde era pobre y débil, la Iglesia no provocaba hostilidad declarada, pero tampoco podía defenderse, y gradualmente, sin conflictos dramáticos, se encontraba con que sus privilegios disminuían.

En el caso chileno, los elementos antes expuestos la afectaron en mayor o menor grado, pero todos ellos estuvieron presentes. Ahora bien, comparada con otras diócesis, la Iglesia chilena no era extremadamente rica en tierras ni propiedades, por lo que los liberales no podían identificarla como “un obstáculo formidable” al progreso económico. Al igual que en el resto del continente, se vio acorralada por el proceso emancipador, adquirió aliados políticos discutibles y quedó estrechamente identificada con el Partido Conservador, que la protegía, explotaba y dividía. A cambio del apoyo de los conservadores la Iglesia tenía que aportar fondos, palabras y votos. Sin embargo, la Iglesia de Chile, a diferencia de las del resto del Cono Sur, tenía mucha voz en los asuntos públicos y, pese a ello, no dio origen a grandes divisiones en la Nación.

A pesar de estas pugnas, la libertad religiosa existía de hecho en Chile, aunque no se hablara de ella en la Constitución; dados los intereses comerciales del país, así como la afluencia de extranjeros, difícilmente podía ser de otra manera. En ese sentido, ya hacia 1865 todas las confesiones religiosas recibieron permiso jurídico para celebrar cultos y fundar escuelas. En consecuencia, en el siglo XIX lo que se produjo en Chile fue una erosión continua de los privilegios de la Iglesia, más que un enfrentamiento total, el cual recién vino a extremarse hacia finales del siglo, con el advenimiento de los gobiernos liberales y, especialmente, con la promulgación de las “leyes laicas” bajo el gobierno del presidente Santa María.

## LA CIENCIA MÉDICA EN LA ÉPOCA POSINDEPENDENCIA

Existe unanimidad al afirmar que durante el periodo independentista y, especialmente, en épocas anteriores,

los médicos eran un gremio que gozaba de una muy mala reputación social. Se consideraba entonces al ejercicio de la profesión médica como una práctica indigna y de baja ralea, donde el médico operaba como una suerte de sirviente de sus clientes, derivando muchas veces en boticario, sangrador e incluso en barbero (10-12).

Este menosprecio se veía reflejado en los sueldos de los médicos en Chile –la Real Audiencia les reglamentó una percepción de honorarios, pero de un máximo de cuatro reales– y es ilustrativo al respecto, para aquilatar el valor de este pago, que el primer profesor de Prima Medicina y Protomédico, el Dr. Nevín, recibía 50 pesos por estos dos empleos, al tiempo que Ortún Xeres, el primer Verdugo, recibía 60 (12).

La República no fue más generosa, en el decreto respectivo de febrero de 1814, al asignar los mismos cuatro reales consignados en el arancel colonial, y agregándole conminaciones y multas para los infractores. Continuando en esa misma política remunerativa, el 28 de noviembre de 1831 el presidente Prieto ratificó por tercera vez dichos honorarios y aun los rebajó en algunos de sus puntos, conminándolos con fuertes multas y con la suspensión del ejercicio profesional, si no cumplieren dichas disposiciones o no acudiesen al llamado inmediato de los necesitados. En este decreto se prohibía a los médicos cobrar más de 4 reales por visita y un peso después de las doce de la noche y por las juntas, so pena de multas que variaban de 25 a 100 pesos y privación de oficio de un mes a un año (12).

Esta desmedrada situación recién vino a mejorar en la etapa inmediatamente posterior a la Independencia, con la llegada de los primeros médicos ingleses y franceses. Extranjeros cultos, de expectante posición social y con acabados estudios para su época, constituyeron la iniciación de la elevación social, científica y personal de sus colegas. A este respecto, es útil señalar que uno de los médicos más distinguidos que llegó a Chile a principios del siglo XIX, el Dr. Blest, atribuyera a tres causas principales el descrédito de los facultativos en el país: a la falta de una educación liberal en los individuos que son admitidos como miembros de la profesión médica, entre los que se hallan algunos sin la menor cultura ilustrada. A la falta de un sistema regulado y formal de educación médica y, cómo no, a la mezquina remuneración con que se pagaba la asistencia de los médicos (10).

Fue así que la llegada de estos profesionales dio un nuevo impulso hacia la regulación y dignificación de la medicina en Chile. En ese sentido, un suceso de la mayor importancia está íntimamente ligado con la fundación del Instituto Nacional, el 27 de julio de 1813. En el

artículo cuarto de esta Constitución se dice lo siguiente: “Conceptuando el Gobierno que las profesiones de medicina y cirugía deben reputarse más distinguidas por ser las más útiles y por la ventajosa y elevada clase de estudios que se les proporciona, le proponga la comisión los honores y distribuciones que deben franquearse a esta apreciablesísima clase” (p. 326) (12). En este acto fundacional es evidente el afán de elevar la consideración de la profesión. Sin embargo, esta intención no tuvo resultado alguno, puesto que no hubo matriculados en la carrera de medicina. Esta situación de desinterés se mantuvo por largo tiempo, cuando para 1826 el Instituto, que ya tenía 150 alumnos, no contaba con ningún matriculado en medicina, y de las ocho becas que dejó el Gobierno para estos alumnos a pedido de la Junta de Educación, ninguna fue ocupada.

Casi diez años más tarde y en un nuevo intento por prestigiar al gremio médico, se inauguraron las aulas de la primera escuela de medicina. El 17 de abril de 1833 el presidente Joaquín Prieto y el ministro Joaquín Tocornal inauguraron “con inusitada pompa” las aulas de la primera escuela de medicina. En el discurso inaugural del Dr. Blest, presidente del Protomedicato y profesor de la clase de medicina, es posible observar el afán dignificador de la práctica médica. “El constante y ardiente deseo de mi vida ha sido el de coadyuvar a la benéfica tendencia, dignidad, importancia y respeto de la profesión a que pertenezco” (pp. 335-336) (12).

Tenemos entonces a dos instituciones que pugnan por el reconocimiento y la dignificación pública. La Iglesia Católica, en un momento de decadencia y pérdida de poder, intenta resistir la arremetida laica-liberal-positivista, enfrascada en el sostenimiento de un dogma religioso de corte reaccionario. La ciencia médica, pujando por levantar la cabeza y elevar la preparación técnica, las condiciones económicas y el prestigio social de sus miembros. Es en estas circunstancias que ocurre la contienda por la endemoniada de Santiago.

## LA CONTIENDA DE LA ENDEMONIADA

Para los efectos de examinar esta contienda, ocuparemos como sustento documental los detalles contenidos en dos informes publicados como producto de una investigación médico-teológica en relación con la extraña dolencia que aquejaba a Carmen Marín. El primero, redactado por el presbítero José Raimundo Cisternas y evacuado en fecha 15 de agosto de 1857, da cuenta al Arzobispado de Santiago de sus averiguaciones relativas al caso de Carmen Marín (5). El segundo, redactado por el doctor Manuel Antonio Carmona, da a conocer sus conclusiones médicas con respecto al caso en cues-

tion. El valor de este segundo informe estriba en que contiene, además de sus propias conclusiones y de las informaciones proporcionadas por el padre Cisternas, un número de otros cuatro informes de médicos de la plaza, a saber, los doctores: Benito García Fernández, Andrés Laiseca, Zenón Villarroel, V. A. Padín. Tenemos así las versiones de los religiosos y de los médicos que participaron de esta controversia en relación al caso de la Marín. El origen y motivo de la redacción del informe provienen de las noticias publicadas por la prensa de la época y de los comentarios más o menos difundidos por parte de la población, en relación con la existencia de esta mujer poseída. Dichos comentarios llegaron a un nivel de difusión tal, que, a instancias del presbítero Cisternas, un grupo de sacerdotes católicos decidió ejecutar una visita inspectiva a la citada mujer, para verificar *in situ* si tales informaciones o rumores tenían algún fundamento. Los sacerdotes que efectuaron la visita fueron el ya señalado padre Cisternas, el presbítero Vitaliano Molina y el presbítero Ramón Astorga.

A continuación pasaremos a revisar este primer encuentro, a nuestro entender, crucial. Tal como se reseña en el documento, Carmen Marín aparece ante la mirada de los sacerdotes como una mujer joven y pobre, que yace postrada en el Hospicio de Santiago (9). Ante la nula actividad de la muchacha –afectada en ese momento de un estado de estupor catatónico– Cisternas ensaya una provocación. Tras examinarla y auscultarla someramente, afirma en alta voz que conoce la cura para esa dolencia y ordena a las monjas que hacen de enfermeras que le traigan una plancha bien caliente para aplicársela en la boca del estómago, pues con ello seguro que la sana. El gesto del padre Cisternas provoca la reacción de la muchacha, que muy pronto derivaría en una situación que sobrepasaría toda expectativa.

En este primer y crucial encuentro la supuesta poseída le responde al cura diciendo que “a la Carmen quemarás, pero no a mí”, acompañando la afirmación con una risa burlesca “que jamás he visto igual y con tan violentos movimientos de ojos que no me permitía fijarme bien en su fisonomía” (p. 47) (10). El padre insiste en la operación, enseña la plancha y verifica que está bien caliente, provocando entonces en la mujer las más violentas contorsiones, acompañadas de imprecaciones de lo más groseras, que Cisternas, más pudoroso que caritativo, no se atreve a repetir en su informe.

Carmen Marín era víctima, ante los desconcertados sacerdotes, de uno de sus ataques. Convulsiones, saltos, deformación del rostro y de la voz, golpes en los que se azotaba la cabeza contra el suelo, contorsiones de su espalda doblada hasta los talones, todo ello con la más extrema violencia. En fin, Carmen Marín

presentaba todos los síntomas que diríamos “clásicos” de la literatura e incluso del cine actual, sobre la posesión demoníaca. Paralizados los religiosos por la impresión, las monjas les advierten que un remedio ya probado ante las crisis de Carmen consistía en rezarle el evangelio de San Juan. Los padres se apresuraron en la oración y de inmediato la muchacha se calmó y, tras acabar el rezo, volvió a la más completa normalidad. Ya todos más repuestos y siendo interrogada por los sacerdotes/examinadores, la muchacha les informó que no podía recordar nada de lo ocurrido durante las crisis, que tampoco sentía dolor alguno producto de los golpes y contorsiones, y que ignoraba completamente el motivo de su dolencia.

Tras aquella experiencia, Cisternas y sus colegas quedaron convencidos de que la Marín no simulaba sus accesos y que, en vista de la extraordinaria escena recién vivida, sumando la reacción de la muchacha ante los rezos y, especialmente, su curación ante el evangelio de San Juan, se encontraban frente a una clara manifestación de posesión demoníaca. Ya fuera del hospicio, el trío se apresuró en concurrir ante la presencia del Arzobispo de Santiago, Monseñor Rafael Valentín Valdivieso, para relatarle la experiencia y proponer la constitución de una comisión ad hoc que examinase a la Marín. El Arzobispo aceptó la sugerencia de Cisternas, nombrándolo para que se encargara personalmente del asunto, pidiendo la colaboración del Hospicio y entregándole la autoridad para reconocer detenidamente a la enferma.

Fue entonces que se inició formalmente el caso de la endemoniada de Santiago. La atención despertada en el Arzobispado, la formación de la comisión examinadora, la participación de varios médicos, el tema escabroso y fantástico de la supuesta posesión, despertó la más activa participación de la población y de la prensa, haciendo de este caso una apasionada contienda pública (2).

Así, desde aquella primera visita, el padre Cisternas, acompañado de otros sacerdotes, se empeñó en ejecutar en Carmen Marín el ritual del exorcismo, en la creencia de que efectivamente se encontraba poseída por el demonio y que aquella era la única cura posible a su mal. Al mismo tiempo, la muchacha era visitada por una serie de médicos, que ejecutan en ella la más variada batería de pruebas, exámenes, tratamientos y demás prácticas médicas de la época. Y como elemento fundamental de esta contienda, todo ello se realizaba públicamente, escenificado ante una nutrida concurrencia, ávida de ser testigo de una verdadera posesión o incluso, en caso contrario, de descubrir una supuesta farsa.

Nos parece importante recalcar esta característica de la escenificación pública del tratamiento de la Marín, pues si bien la muchacha ya había despertado cierta curiosidad desde antes del inicio de estas investigaciones, el comienzo de la contienda entre los sacerdotes católicos y los médicos de la plaza se efectuará con la presencia admitida, si no estimulada, de un público numeroso y selecto. Cada sesión será observada por sujetos atraídos por la extraña enfermedad de la muchacha y por la curiosidad de saber cuál será su verdadero estado de salud, esto es, cuál será la explicación y posterior tratamiento que más conviene aplicarle. Es, así, un examen público de las respectivas experticias religiosas y médicas, todo ello ejecutado sobre el cuerpo de una mujer indefensa.

En estas escenificaciones, tanto los sacerdotes encabezados por el padre Cisternas como también los médicos, examinaron y diagnosticaron a la paciente. Por un lado, los sacerdotes desplegaron una rutina consistente en efectuar en la muchacha los ritos del exorcismo, lo cual generaba, en la mayoría de los casos, agudas y violentas crisis. Y más aún, los padres exhibieron a la Marín en una serie de conductas que coincidían con las características de la posesión. Por ejemplo, se le vio, y a pesar de su escasa educación, capaz de entender idiomas extranjeros como el francés, el inglés e incluso el latín, respondiendo a oraciones, himnos y cánticos en el idioma específico, pero salpicado de groserías en la lengua extranjera correspondiente.

Ante tan efectivas herramientas, las técnicas desplegadas por los médicos fueron tan pobres en sus resultados como cuestionables en su ejecución. Una primera visita reseñada menciona a un médico, el doctor Zenón Villarroel, quien ejecuta una serie de experimentos en la persona de Carmen Marín, encontrándose ella en su estado pasivo de sintomatología catatónica. En esa circunstancia, el doctor Villarroel extrajo un grueso alfiler y ante la expectante concurrencia, advirtiendo de pasada que iba a hacer una prueba “aunque bárbara”; necesaria, tomó el brazo de la muchacha, que yacía en un estado de profundo sopor, y le introdujo el alfiler hasta la cabeza de éste, sin que ella diera muestra de la menor impresión, “...como si se hubiese metido en el brazo de un cadáver...” (p. 78) (10). A partir de entonces y en el intento de examinar y hacer reaccionar a la muchacha, esta clase de brutal intervención fue más o menos común por parte de los médicos. Profundas punciones con alfileres en diversas zonas sensibles de su cuerpo, inhalación de potentes químicos y solventes, la aplicación de fuerte presión en las sienes y otras técnicas tan violentas como ineficaces. Nada de ello parecía provocar el menor efecto en la muchacha, a



excepción de la siguiente reacción, muy ilustrativa del tenor de estas operaciones: "...durante cuyo tiempo, además de lo dicho, le metieron nueve alfileres en distintas partes del cuerpo, sin que manifestase la menor impresión, sino una especie de burla que les hizo cuando le metieron un alfiler en el espinazo..." (p. 81) (10).

Ahora bien, además de la violencia ejecutada tanto por curas como por médicos sobre la muchacha, estas intervenciones no estuvieron exentas de evidentes fricciones entre ambos estamentos. En varias ocasiones se vieron enfrentados directa y públicamente en relación con sus experticias e idoneidad para enfrentar el caso. Entonces, no sólo cada estamento aplicó sus respectivas técnicas en un momento dado, sino que también las ejecutaron y ensayaron al mismo tiempo, esto es, en una suerte de combate frente a frente. Así fue cuando concurrió ante la Marín el doctor Andrés Laiseca, quien efectuó los gestos habituales de su profesión, esto es, la medición del pulso y un breve interrogatorio, declarando entonces que la muchacha padecía de un "ataque de nervios". En ese instante el presbítero Cisternas le ordenó a uno de los sacerdotes, y sin la anuencia del médico, que rezase un salmo. El efecto inmediato sobre la mujer fue el de una violenta crisis. Se intentó sujetarla y calmarla, pero sin resultado, lo que se verificó tan sólo cuando Cisternas le ordenó "en el nombre de Dios" que se sosegase, lo que fue obedecido en el acto. Repitió el experimento una segunda vez, con los mismos resultados. Una vez efectuada la operación, el médico fue encarado para que explicase aquella conducta. El resultado para la ciencia médica fue lamentable. Laiseca, muy presionado –no debemos olvidar que estas demostraciones se efectuaban ante un numeroso público– aventuró que la reacción se debía a cierto timbre de la voz del presbítero. Cisternas pidió entonces a otro sacerdote que repitiera la escena, cosa que se verificó al instante, invalidando así la explicación "científica" del doctor Laiseca y propinándole de pasada una bochornosa derrota.

Para los médicos, un objetivo adicional y complementario, además de intentar comprobar que la Marín no estaba poseída sino que enferma, fue el de demostrar que todo aquello era una farsa, una simulación ya provocada por la misma Marín o fraguada en complicidad con el presbítero Cisternas y con la soterrada anuencia de la Iglesia Católica. En ese tenor se efectuó la visita del connotado doctor Sazié, quien, tras un somero examen, afirmó tajante que la Marín no sólo no estaba poseída, sino que además no tenía ninguna enfermedad y que aquello era pura ficción.

Esta contienda escenificada y pública duró entre tres y cuatro días, a lo largo de la última semana de julio de 1857, tras lo cual se ocupó un tiempo adicional en

la redacción de los informes escritos que darían cuenta del estado de Carmen Marín. Se entraba, entonces, en una nueva etapa de la contienda, ya no pública y escenificada, sino que ahora escrita y restringida sólo para algunos ojos privilegiados.

## LA REDACCIÓN DE LOS INFORMES ESCRITOS

El informe del presbítero Cisternas (10) relata paso a paso la contienda escenificada ya descrita más arriba, dando cuenta del fracaso de la medicina ante las supuestas demostraciones de posesión. Luego vienen los informes de los médicos. Estos informes, en su mayoría, se mostraron tan pobres en la utilización de la ciencia médica para explicar y tratar a la Marín, como en la contienda pública que los precedió y, en varios casos, sencillamente capitularon ante la explicación religiosa del fenómeno. En el primero de ellos, evacuado por el doctor Zenón Villarroel, éste declaró su absoluta incompetencia ante el insólito caso. El doctor Andrés Laiseca fue igualmente incapaz de diagnosticar y tratar a la muchacha, pero además se lanzó con una advertencia moralista/profiláctica en cuanto a la condición por naturaleza impresionable de las mujeres y que, en consecuencia, este delirio podía ser contagioso. El doctor V. A. Padín declaró desconocer la dolencia en cuestión y recomendó derechamente la oración.

Serían los dos médicos restantes en esta contienda, los doctores García y Carmona, quienes elaborarían los informes más prolijos y contundentes, adoptando, cada uno de ellos una posición enfrentada, a saber: El doctor García, defendiendo la explicación religiosa, esto es, la posesión demoníaca, y el doctor Carmona, sosteniendo la explicación médica del caso, esto es, que la Marín estaba enferma y no poseída. Ambos facultativos asumen, sin duda, que el caso no era una farsa y que las dolencias y manifestaciones extraordinarias de éste eran reales.

El doctor Benito García realiza una detallada descripción de los síntomas de la enfermedad de la Marín, relatando un sinnúmero de atroces "anécdotas" en las que la muchacha ejecutaba toda suerte de violencias. Así da cuenta de la pobreza y el abandono en que la muchacha había vivido durante la mayor parte de su existencia. Informa que la Marín desarrolló su enfermedad a la edad de once o doce años, cuando estaba asilada en el internado de las monjas del Sagrado Corazón de Valparaíso, lugar en el que habría sufrido una experiencia traumática al acceder a "velar al santísimo", práctica religiosa consistente en rezar ante el altar durante una hora determinada de la noche y en completa soledad. Ahí la niña habría sido víctima de terrores

nocturnos consistentes en la audición de voces, gritos y gruñidos. Terminado el rezo y ya acostada con las demás niñas, habría soñado que luchaba con un demonio, para luego despertar en medio de la noche víctima de la mayor agitación, momento en el cual habría agredido a sus compañeras. Desde entonces la Marín comenzó a padecer esta dolencia, sin que tratamiento alguno pudiera curarla.

Por otro lado, y apelando a la ciencia como sostén del informe, García recurre a una disciplina entonces muy en boga, la llamada frenología, técnica consistente en el examen de las formas del cráneo de un paciente, para de ahí, según su conformación, determinar las características psíquicas y morales del sujeto. A partir de esta curiosa técnica médica el doctor García pasa a diagnosticar a la muchacha desde el punto de vista moral y social, enfatizando las funciones entonces consideradas propias y adecuadas al sexo débil, a saber: “Si hubiéramos de juzgar a doña Carmen Marín por su organización, diríamos que sería una buena esposa, excelente madre de familia, bastante moral, muy filantrópica, muy aficionada a lo bello, buena religiosa, con bastante capacidad para observar las cosas y más para reflexionar” (pp. 123-124) (11). Todas estas informaciones, en las que combina la frenología, algunas nociones de magnetismo animal y el inevitable recurso a los maestros de la profesión médica, son completadas por una abundante información histórica a favor de la posesión demoníaca. La argumentación de García es erudita, formal y deductiva, posee una admirable consistencia lógica, pero, sin embargo, es importante señalar que se mantiene alejada de la comprensión del caso particular de la Marín. Así, el doctor García, español de origen, se instala como el más contundente y fundamentado defensor de la posesión demoníaca, validando la postura de la iglesia.

Finalmente, el quinto especialista de la nómina de médicos encargados de examinar a Carmen Marín, el doctor Manuel Antonio Carmona, sería el autor del informe más sólido y el que, en buenas cuentas, vendría a desarmar la construcción edificada por la dupla del presbítero Cisternas y el doctor García y su explicación religioso/demoníaca.

El doctor Carmona inicia su informe con una descripción de la muchacha, nos informa de su edad (18 a 19 años) y complexión, enterándonos entonces que la Marín era, según parece, una mujer de belleza extraordinaria. Así la describe Carmona: “La forma esférica de su cabeza, su ángulo facial casi recto, su cara ovalada, su tez de un blanco pálido, su cabello negro y liso, sus ojos pardos de tamaño regular, sus orejas, nariz, boca y barba que nada ofrecen de notable, si no es que sus

perfiles y dimensiones se aproximan a las formas y proporciones simétricas del bello ideal de la Venus de Médicis” (p. 146) (11). Luego de esta halagadora descripción, y al igual que el ya mencionado doctor García, pasa a revisar aspectos de la vida de la muchacha. Se refiere a las enfermedades por ella sufridas, al origen social de su familia, indica que “perteneían a la clase decente” pero empobrecida, y agrega que es pariente consanguínea de cierta familia ilustre de la capital, “cuya espiritualidad o excentricidad características ha llegado en alguno de sus miembros hasta la locura” (p. 149) (11). Da especial énfasis a la experiencia de terror vivida con las monjas en Valparaíso, agregando que tras el incidente y en vista del desarrollo de su enfermedad, terminó vagando por las calles del puerto, donde acabó ejerciendo la prostitución. En ese sentido, se detiene en las características de marcado erotismo de algunas de sus crisis y menciona una ocasión en que vivió una experiencia erótica con un enamorado de nombre Juan, tras la cual se mantuvo sana durante tres meses seguidos y que luego estuvo impedida de formalizar una relación con ese joven, en vista de su enfermedad y de la pobreza de ambos. Enfatiza entonces –en una suerte de proto psicoanálisis– la importancia de las represiones sexuales en la determinación de la conducta anormal de la Marín.

Ahora bien, la radical diferencia en el informe del doctor Carmona es que al realizar la revisión de la historia de vida de la Marín lo hace indagando en aquellas situaciones que pudieran explicar su enfermedad, esto es, en las conductas tan peculiares y que la marcaron con la identidad de la poseída o “la endemoniada”. En consecuencia, ante la característica supuestamente demoníaca de que una mujer casi iletrada fuera capaz de hablar en idiomas extranjeros y mofarse de himnos y textos sagrados en tales lenguajes, lo explica en virtud de su experiencia en el mundo prostibulario del puerto de Valparaíso. Ahí, y sobre todo en aquel entonces, la clientela estaba formada por marineros e inmigrantes de todas partes del mundo y las prostitutas debían, por necesidad del oficio, conocer algunas nociones de estos idiomas, especialmente el lenguaje desenfadado y grosero. Algo similar ocurre con su manejo del latín, pero ahora en virtud de lo aprendido con las monjas del Sagrado Corazón de Valparaíso.

Otra observación extraída del mismo análisis refiere a ese joven enamorado llamado Juan y de ahí la conexión probable entre la curación maquinal e instantánea de sus ataques al oír el evangelio de un santo apóstol que también se llama Juan, y cuyos versículos recuerdan además la aparición del ángel y la encarnación del Verbo, en clara relación con la sintomatología

sexual de la muchacha. En cuanto a las convulsiones y demás agitaciones violentas, Carmona las relaciona con la sintomatología de la dolencia entonces identificada como “el histérico” y que de ahí vendrían los ruidos en el estómago, el ahogamiento y las convulsiones, afectando las condiciones intelectuales de la enferma y produciendo estupor e insensibilidad.

En consecuencia, Carmona descarta completamente las explicaciones teológicas y las prácticas ejecutadas por el presbítero Cisternas y sus colegas, definiendo la dolencia de la muchacha en el siguiente cuadro: “...una alteración primitiva, crónica sui generis de los ovarios, y complicada con una lesión consecutiva de todos los centros nerviosos, y más claramente del eje o aparato cerebro-espal: enfermedad evidentemente natural que tanto los maestros de la medicina como el Diccionario de las Ciencias Médicas clasifican como perteneciente al orden de las neurosis y cuyo nombre propio es el de: “Histérico confirmado, convulso y en tercer grado” (p. 158) (11).

## CONCLUSIÓN

Al finalizar este trabajo podemos reconocer cómo dos poderosas instituciones —la Iglesia Católica y la profesión médica— lucharon a brazo partido en el afán de explicar y tratar a una persona aquejada de conducta anormal. Esta circunstancia ocurre en un momento histórico específico, esto es, a mediados del siglo XIX y cuando la sociedad chilena comenzaba a emerger de sus características más tradicionales y se asomaba hacia lo que sería una sociedad moderna. Es la pugna entre tradición y modernidad, aquí caracterizada en la pugna entre la fe y la ciencia. La Iglesia Católica, enfrentada a una etapa de crisis y decadencia, en una situación de franco repliegue y con una argumentación defensiva y de mantención dogmática de tradiciones. Por otro lado, la ciencia médica, en un momento de inicial legitimación, tras una larga historia de marcado desprecio y de baja estima social de la profesión.

Y en este sentido, la persona que encarnaba el campo de batalla poseía características muy específicas que la hacían el objeto y la víctima propiciatoria de esta contienda. Su condición de mujer, joven, pobre y desamparada, sin duda permitieron la intervención a destajo de estas instituciones públicas. De no haber sido éste el caso, probablemente la insólita conducta de la Marín habría sido tratada en la intimidad de su hogar o en otra instancia privada (5).

En esta misma línea, vimos cómo la contienda se desarrolló de manera pública y con característica de espectáculo o escenificación de los tratamientos. Esta

fase de la controversia fue ganada sin apelación por el estamento eclesiástico, sostenido, a nuestro entender, por las cualidades propias de tal escenificación. Esto es, la pugna de ambos estamentos por ejecutar de la forma más persuasiva y elocuente posible sus respectivas prácticas. En ese sentido, la ritualidad y la puesta en escena del exorcismo, como también las peculiares tendencias religiosas a las que respondía la Marín, permitieron que, en una primera instancia, la iglesia operara de manera mucho más exitosa que la ciencia médica.

Fue en la segunda etapa y definitiva de esta contienda, que la ciencia médica y sus profesionales, encarnados en el doctor Carmona, fueron capaces de desplegar sus armas. El saber analítico y concentrado de la medicina fue capaz de producir un texto de la índole del informe del doctor Carmona, donde, a diferencia del presbítero Cisternas, se enfoca en revisar la sintomatología y, sobre todo, la vida pasada de la muchacha, para indagar ahí los posibles motivos y explicaciones de su extraña conducta. Carmona elude hábilmente la situación de espectáculo que el padre Cisternas desarrolla en el hospicio durante los días que dura la contienda, pues sabe que ahí el poder de la iglesia es imbatible. Se retira al análisis de los datos y a la comparación de los síntomas. Producto de aquello es el informe final, lejos el más consistente y detallado, el único que encara las conductas supuestamente probativas de la posesión diabólica y las desmenuza y destruye mediante el uso de la más estricta racionalidad.

En consecuencia, el informe del doctor Carmona fue admitido por las autoridades superiores, incluido el Arzobispado de Santiago, como la explicación correcta y válida de la conducta de la muchacha. Desde ese momento ya no será más “la endemoniada de Santiago”, será una mujer enferma. Ahora bien, nos gustaría destacar dos elementos que nos parecen fundamentales en relación con la tarea y el análisis efectuado por el doctor Carmona. Porque aquí lo más destacable no es el uso de la jerga científico/médica de entonces, sino que otras actitudes más fundamentales y certeras. Una dice relación con la importancia decisiva que Carmona le otorga al análisis de la historia de vida de Carmen Marín, a la situación “histórica” de la mujer, a sus circunstancias de vida, su condición social y económica, su educación y sus costumbres y, sobre todo, a la posición subordinada que ocupa en la sociedad de la época, como mujer joven, pobre y sola. Este énfasis de Carmona y su especial atención a relacionar la historia de la muchacha con la sintomatología de su mal, nos ilustran de la necesaria conexión entre los elementos de la salud y la vida íntima de las personas con el momento

histórico en que viven y el lugar que ocupan en la sociedad en que se desenvuelven.

El otro elemento y final, que a nuestro entender es digno de destacar en el informe de Carmona, refiere a los sentimientos de humanidad. A lo largo del texto es posible observar cómo ambos saberes, concentrados y casi cegados por la lucha enfrascada, se olvidan que esa lucha se está efectuando sobre una persona humana, su salud y su dignidad. En ese sentido, éstas son las palabras con que el doctor Manuel Antonio Carmona finaliza su informe y que, sin duda, muestran sus cualidades. "Y última conclusión médico teológica: Dicha Carmen Marín no es poseída ni desposeída del tal demonio. Todo lo que hay de portentoso en ella es una rara manifestación de su alma, de esta alma, que según la fe y la razón es una porción divina encarnada en toda criatura humana". Santiago, septiembre de 1857 (p. 218) (11).

AGRADECIMIENTOS: A la Biblioteca Nacional de Chile por las facilidades brindadas para la consulta de los informes y documentos originales, así como de la bibliografía anexa al caso estudiado. Al Dr. Otto Dörr Zegers, profesor de psiquiatría de la Universidad de Chile en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B." por su sincero interés y generoso respaldo en la elaboración de este artículo. Leonor Irarrázaval agradece a la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) por la "Beca Doctorado Nacional" para el Doctorado en Psicoterapia (UCH/PUC).

## REFERENCIAS

- Pinto J, Valdivia V. ¿Chilenos todos?: La construcción social de la nación (1810-1840). Santiago: LOM Ediciones; 2009
- Roa A. Demonio y Psiquiatría: aparición de la conciencia científica en Chile. Santiago: Andrés Bello; 1974
- Roa A. Un caso de posesión demoníaca en el Chile del siglo XIX: su trascendencia para el desarrollo de la psiquiatría chilena. *Acta Psiquiatr Psicolog A/L* 1991; 37(1): 78-9
- Iglesias M. Género y locura. Algunas figuras de mujeres y locura, en *La psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia* (223-231). Santiago: Royal Pharma-Comité Editorial; 2010
- Cisternas JR. La crónica más espeluznante de la historia de Chile se escribió hace 150 años. La endemoniada de Santiago. Santiago: Ediciones B Chile S. A.; 2010
- Serrano S. ¿Qué hacer con Dios en la República? Política y secularización en Chile (1845-1885). Santiago: Fondo de Cultura Económica; 2008
- Pinto VJ. De proyectos y desarraigos: La sociedad latinoamericana frente a la experiencia de la modernidad (1780-1914). *Contribuciones Científicas y tecnológicas, Área Ciencias Sociales* 130; 2002
- Sagredo R. Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías, en *Historia de la vida privada en Chile, T. II. El Chile moderno. De 1840 a 1925*. Santiago: Editorial Taurus; 2005
- Lynch J. La Iglesia Católica en América Latina, 1830-1930. En Bethell L. (Ed.) *Historia de América Latina*, Volumen 8, América Latina: cultura y sociedad, 1830-1930 (Capítulo 2). Barcelona: Editorial Crítica; 1990
- Blest GC. Observaciones sobre el actual estado de la medicina en Chile, con la propuesta de un plan para su mejora. *Revista Médica de Chile / publicación oficial de la Sociedad Médica de Santiago*. La Sociedad, 1872- v., año 111, n° 4, pp. 350-357; 1983
- Vicuña Mackenna B. Médicos de Antaño. Buenos Aires: Editorial Francisco de Aguirre; 1974
- Ferrer PL. Historia General de la Medicina en Chile: (documentos inéditos, biografías y bibliografías), desde el descubrimiento y conquista de Chile, en 1535, hasta nuestros días. Talca: Imprenta Talca de J. Martín Garrido; 1904
- Cisternas JR. Relación hecha al señor Arzobispo por el presbítero don José Raimundo Cisternas sobre las observaciones verificadas en una joven que se dice espirituada, acompañada de los informes de varios facultativos que practicaron sus reconocimientos profesionales, expresando en ellos el juicio que han formado sobre semejante fenómeno. En Carmona, M. (Ed.) *Carmen Marín o la endemoniada de Santiago: compilación de todos los informes rendidos ex profeso al ilustrísimo Sr. Arzobispo de Santiago, precedida de una crítica preliminar / escrita por un facultativo competente*. Valparaíso: Imprenta y Librería del Mercurio; 1857
- Carmona MA. Carmen Marín o la endemoniada de Santiago: compilación de todos los informes rendidos ex profeso al ilustrísimo Sr. Arzobispo de Santiago, precedida de una crítica preliminar / escrita por un facultativo competente. Valparaíso: Imprenta y Librería del Mercurio; 1857
- Illanes MA. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia (...): Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973. Santiago: Ministerio de Salud, Protege Red de Protección Social, Gobierno de Chile; 2010

## REVISIÓN

# APEGO, NEUROBIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

(Rev GPU 2012; 8; 4: 443-452)

Simón Guendelman<sup>1</sup>, Viviana Miño<sup>2</sup> y Loreto Garay<sup>3</sup>

El Trastorno de Personalidad Límite (TPL), a la luz de la investigación de los factores de riesgo psicosociales y de sus correlatos neurobiológicos, es considerado en la actualidad como un trastorno de origen multi-factorial. Estos hallazgos son concordantes con la teoría del apego, la cual considera que la calidad del vínculo de apego temprano tiene un impacto medible en el desarrollo psicológico saludable o patológico de los infantes y luego un impacto en la salud mental en la adultez. A partir de las concepciones modernas que integran la teoría del apego, la psicología y las neurociencias del desarrollo, se piensa que un apego alterado de tipo inseguro, al igual que las situaciones traumáticas, tendría un efecto en el desarrollo psicobiológico de los infantes, sobre todo en sus capacidades de regulación afectiva y de mentalización. Justamente, las alteraciones en la mentalización y la desregulación afectiva son características centrales de la psicopatología del TPL, las cuales concuerdan con las disfunciones cognitivas y las alteraciones neuroimagenológicas propias de este grupo de pacientes.

## INTRODUCCIÓN

La Teoría del Apego busca explicar los orígenes de la vida psicológica en los vínculos tempranos. Desarrollada por John Bowlby (1969), se concibe el apego como un sistema primario de vinculación afectiva entre un bebé y un adulto, que busca asegurar la adaptación y el desarrollo psicobiológico de los infantes (1). En este sentido organiza las conductas innatas de éste (por ej: búsqueda de proximidad, sonrisa, aferramiento) que a

su vez determinan una respuesta recíproca del cuidador (por ej: tocar, sostener, tranquilizar). Es así como durante los primeros meses de vida se va generando un sistema diádico de interacciones de tipo no-verbales, entre la conducta de vinculación del infante y la conducta de maternaje de la madre o cuidador principal. Mary Ainsworth (1970) describió que en las relaciones de apego la respuesta del cuidador cumpliría un rol de organizar el psiquismo del infante a partir de lo que llamó la *respuesta sensible* (2). Esto ocurriría gracias a

<sup>1</sup> Médico-Psiquiatra, Santiago de Chile. Dirección: Vasco de Gama 4820, depto. 1004, Santiago de Chile. Correo: simon.guendelman@gmail.com

<sup>2</sup> Residente Psiquiatría Adulto, Depto. Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

<sup>3</sup> Médico cirujano, Hospital Psiquiátrico El Peral. Santiago de Chile.

la incapacidad del bebé de regular sus estados afectivos, además de carecer de habilidades verbales, siendo entonces la madre (o el padre) quien con su respuesta (principalmente no verbal) regula interactivamente el estado afectivo del bebé (3-4), transformándose así la respuesta materna en un organizador del mundo interno del bebé.

Entonces, a partir de este sistema diádico de interacción y regulación y de las experiencias con su cuidador principal (o figura de apego) el infante va generando un sistema de representaciones internas, denominado por Bowlby *modelo operativo interno* (MOI) (1). Por esto se entiende al conjunto de representaciones o mapas cognitivos, sobre sí mismo y los otros, que le permiten al sujeto organizar la experiencia emocional, cognitiva y la conducta adaptativa (5). El MOI se va formando a partir de la historia de interacciones madre-hijo, a partir de la predictibilidad y del tipo de respuesta que la madre ofrece.

Mary Ainsworth (1978), desde el paradigma de la Situación Extraña, situación de laboratorio que incluye distintas fases de separación y encuentro entre el infante y su cuidador principal, observó niños de 18 meses de vida y según cómo respondían afectiva y conductualmente clasificó a los niños en distintos tipos de apego: seguro, evitativo y resistente/ambivalente (2). Más tarde, utilizando el mismo paradigma de investigación, Main y Solomon describieron el tipo desorganizado (6). El apego seguro correspondería a un estilo de apego sano, siendo el apego inseguro un patrón alterado, que a su vez tendría 3 categorías: evitativo, ambivalente y desorganizado (2-6). Estas categorías son las que tradicionalmente se utilizan para describir las conductas de apego en infantes, además de constituirse como constructos, desde un punto de vista conductual e interaccional (7). Así, Bowlby propuso que los MOI del self y los otros, que se forman a partir del apego temprano, proveen prototipos para las relaciones interpersonales posteriores y se estima que éstos serían relativamente estables en el tiempo (8), gracias, entre otras cosas, a que funcionan fuera de la conciencia (9).

Posteriormente, George, Kaplan y Main (1985) desarrollaron la Entrevista de Apego Adulto (AAI adult attachment interview) con la cual se evalúan las historias y narrativas de las experiencias de la infancia con las figuras de apego principales (10). A partir de ésta se describen los siguientes tipos de apego adulto: seguro/autónomo, inseguro/rechazante, inseguro/preocupado, y el tipo no-resuelto (desorganizado) con respecto al abuso o el trauma. Desde este paradigma se estaría definiendo el apego como un modelo representacional y, por tanto, factible de medir en adultos (7).

Así, existen estudios que han mostrado la estabilidad en el tiempo del estilo de apego oscilando entre un 68-75% de correspondencia entre la clasificación de apego en el infante y el adulto (11). Según esto, se podría pensar que existiría equivalencia entre los tipos de apego que M. Ainsworth describió en infantes, con los tipos de apego que se describen en la adultez. Según todo lo anterior, las experiencias y conductas de apego con la figura de apego principal en los primeros años de vida servirá como prototipo de las relaciones interpersonales futuras, debido a que existiría una continuidad con el modelo de representaciones internas que se encuentra en la adultez.

## TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE Y FACTORES ETIOLÓGICOS

El Trastorno de Personalidad Límite (TPL) es una alteración psiquiátrica seria y compleja, caracterizada por una inestabilidad en la regulación de los afectos, la autoimagen (self), las relaciones interpersonales y el control de impulsos (12). Grant *et al.* (2008) estimaron en población general que la prevalencia en vida del TPL es de 6% en EE.UU., siendo en hombres 5,6% y en mujeres 6,2%. Esta condición se asocia a considerable discapacidad y disfuncionalidad, especialmente en mujeres, estimándose que generalmente presentan menores ingresos y nivel educacional. La co-morbilidad más frecuente son los trastornos del ánimo (17,2%), los trastornos de ansiedad (14,8%) y los trastornos por consumo de sustancias (9,5%), siendo los trastornos de personalidad narcisista y esquizotípico los que mayor correlación presentan con TPL (13).

## FACTORES PSICOSOCIALES EN TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

Diversos estudios han relacionado alteraciones psicosociales de diversos tipos en las familias de origen con el desarrollo del TPL. En general, las familias de los pacientes con TPL se caracterizan por presentar baja cohesión y alta inestabilidad (Feldman, 1995) (14). Por su parte, estudios retrospectivos han proporcionado evidencia de alteraciones de la crianza y el vínculo paterno en historia de la niñez y el posterior TPL. (15-16). Johnson *et al.* (2006), en un estudio longitudinal de 593 familias, demostraron que existía un riesgo aumentado para desarrollar trastorno de personalidad en los hogares en que predominaban distintos tipos de problemas parentales de crianza. Más específicamente, bajos niveles de afectividad y conductas agresivas de parte de ambos padres, se asociaron significativamente con el

desarrollo posterior de TPL y otros trastornos de personalidad, como el antisocial y el paranoide (17). Otro estudio longitudinal realizado por Lyons-Ruth *et al.* (2005) demostró una correlación significativa entre las disrupciones de la comunicación materna (medida al año de vida) con síntomas de TPL a los 18 años. Dentro de las disrupciones de comunicación se encontraban el comportamiento atemorizante, la falta de sintonía afectiva y la inversión de roles. Notablemente, el retraimiento materno inapropiado en relación al infante fue el predictor más fuerte de síntomas de TPL a los 18 años (18).

Por su parte, abundante literatura ha confirmado la asociación entre la incidencia de trauma temprano y anomalías extremas de las interacciones madre/padre-infante con el desarrollo de TPL. En una revisión de la literatura, Levy (2005) encontró en pacientes con TPL que entre el 37 a 64% había sufrido de experiencias de separación traumática de uno o de los dos padres en la niñez (19). Por su parte, el abuso sexual en la infancia es considerado un factor etiológico central por su altísima prevalencia (40 a 60%) en este grupo de pacientes (Battle *et al.* 2004) (20). McLean y Gallop (2003) han reconocido patrones característicos de maltrato que se asociarían con TPL: severidad del abuso, edad de inicio, número y tipos de abuso, la cercanía con el abusador, y el número de parientes involucrados (21).

### ESTUDIOS EN APEGO Y EN TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

Diversos estudios tanto transversales como longitudinales han investigado y demostrado la asociación entre alteraciones de los tipos de apego en adultos y trastorno de la personalidad límite, o bien dimensiones de este trastorno (22). Se estima que entre los pacientes con TPL existiría un claro predominio del apego inseguro, presentando sólo un 6-8% de éstos un apego de tipo seguro (23). Dos estudios longitudinales que siguieron a niños desde la infancia hasta la adultez temprana encontraron una asociación entre apego inseguro medido entre el año y los dos años, y sintomatología de TPL en seguimientos a 20 años (Lyons-Ruth *et al.*, 2005; Sroufe *et al.*, 2005) (18-24). Particularmente interesante fue el estudio de Lyons-Ruth *et al.* (2005) según el cual, las disrupciones maternas de la comunicación afectiva en la primera infancia, podían predecir en el 40% de los casos sintomatología de TPL en la adultez, siendo el retraimiento materno el mejor predictor (18).

En cuanto a los estudios de asociación de corte transversal, existen distintos estudios que han utilizado

a su vez diferentes instrumentos para medir los estilos de apego en adultos. En pacientes con diagnóstico de TPL y utilizando la entrevista de apego adulto (AAI), al menos 9 estudios han demostrado un predominio de apego tipo no-resuelto o desorganizado, siendo el tipo ambivalente o preocupado el siguiente en frecuencia (Agrawal *et al.*, 2004; Levy, 2005). (19-22). Por su parte, existen más de 10 estudios que han utilizado escalas autoadministradas para evaluar las representaciones de apego en este grupo de pacientes, siendo el evitativo o rechazante y el ambivalente o preocupado los más frecuentes (Agrawal *et al.*, 2004; Levy, 2005) (19-22). Agrawal *et al.* (2004) sostienen que a partir de estos estudios se puede concluir que el apego inseguro sería un marcador fenotípico de vulnerabilidad para desarrollar TPL.

### NEUROBIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

En cuanto a los estudios genéticos en TPL, Torgersen *et al.* (2000) han estimado la heredabilidad de este trastorno, mostrando una concordancia en gemelos monocigóticos de 35% y de 7% en dicigóticos (25). Por su parte, debido a la naturaleza del trastorno y a la multiplicidad de síntomas psicopatológicos, es aceptado que un gran número de genes estarían involucrados en la patogénesis de esta condición. En este sentido los estudios genéticos se han centrado en rasgos dimensionales de este trastorno como la impulsividad y otros como la desregulación emocional o de la atención, utilizándose a veces referentes genéticos de otros trastornos que tienen similitudes en su sintomatología. Caspi *et al.* han demostrado que los individuos portadores de ciertos polimorfismos genéticos resultantes en la deficiente expresión de la enzima MAO-A (monoaminoxidasa A, enzima metabolizadora de neurotransmisores como norepinefrina, dopamina, serotonina), que eran abusados en la infancia, tenían una significativa mayor probabilidad de presentar comportamientos criminales y trastorno de personalidad antisocial, que aquellos infantes que habían sido abusados pero tenían un nivel de expresión normal de la enzima (26). Caspi (2003) y Kendler (2004) han investigado la influencia del polimorfismo funcional de la región promotora del transportador de serotonina (PPT5'HT) en modular el efecto de los eventos vitales estresantes en la infancia. Ambos investigadores realizaron estudios longitudinales de seguimiento de poblaciones sanas (Caspi utilizó una muestra de 1.037 niños y Kendler de 549), demostrando que aquellos sujetos que eran expuestos a eventos vitales estresantes en su niñez y que portaban uno o

dos alelos cortos (de 14 repeticiones) del PPT5'HT, aumentaban proporcionalmente el riesgo de padecer un trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, impulsividad y/o conducta suicida (27).

Por su parte, Steiger *et al.* evaluaron a un grupo de pacientes con TPL, y encontraron que la mayoría tenía al menos una copia del alelo corto de PPT5'HT, pero no todos los portadores del alelo corto tenía diagnóstico de TPL (28). A su vez, Goodman *et al.*, a partir de una población de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, encontraron que el alelo corto de PPT5'HT se asoció fuertemente con TPL e impulsividad en general (29).

Respecto a alteraciones en los sistemas de neurotransmisión, no hay estudios concluyentes en TPL. Tomando en cuenta el modelo de Siever y David (1991), según el cual existiría una correspondencia entre dimensiones sintomáticas y determinados sistemas de neurotransmisión, esto a su vez tendría una correspondencia con determinados trastornos psiquiátricos propiamente tales. En particular, y tomando en cuenta las dimensiones sintomáticas predominantes en el TPL, la desregulación del afecto y el descontrol de los impulsos se relacionarían con una alteración en la transmisión colinérgica, noradrenérgica y serotoninérgica; por su parte, las alteraciones perceptuales y estados psicóticos transitorios se correlacionarían con una alteración en la transmisión dopaminérgica (30). Más recientemente, Grosjean y Tsai (2007) han propuesto que las alteraciones en la transmisión de glutamato, del receptor tipo NMDA, jugarían un rol central en las distintas manifestaciones sintomatológicas del TPL. A partir de una revisión tanto de los fenómenos psicopatológicos, funciones cognitivas y las áreas cerebrales involucrados en éstos, describen que el receptor de NMDA (central en diversos procesos de neuroplasticidad) jugaría un rol central en modular diversas áreas del sistema límbico y prefrontal (corteza prefrontal, hipocampo, amígdala, cíngulo anterior) que darían cuenta de diversos fenómenos propios del TPL como alteraciones cognitivas (déficit de memoria, atención, cognición social), perceptuales, alteraciones psicóticas, desregulación emocional y de los impulsos (31). Así, últimamente, autores como Stanley y Siever (2010) y Strathearn *et al.* (2009) han propuesto que los neuropéptidos endógenos (opioides, oxitocina, vasopresina) también podrían jugar un rol en la patogenia del TPL debido a su función en regular la conducta social y de afiliación (32-33). Particularmente interesante, Strathearn *et al.*, pudieron determinar que el estilo de apego seguro o inseguro en mujeres adultas podía predecir los niveles de oxitocina y la activación del estriado ventral (área crucial del

sistema de recompensas), cuando eran expuestas a fotos de sus hijos en el primer año de vida (33).

En cuanto a los estudios neuroanatómicos en TPL, diversos investigadores han encontrado alteraciones utilizando distintas técnicas de imagenología cerebral. En uno de los primeros estudios con resonancia magnética (RM) no-funcional, Lyoo *et al.* (1998) evaluaron a pacientes con TPL, excluyendo a todos aquellos con comorbilidades del eje I y eje II, comparados con los controles, y demostraron que los pacientes con TPL tenían un lóbulo frontal significativamente más pequeño en 6,2%. Debido a las funciones de esta región daría cuenta de los síntomas de impulsividad y defectos cognitivos (34). Driessen *et al.* (2000), utilizando la misma técnica de RM, encontraron diferencias significativas en ambos hipocampos, izquierdo y derecho (15,7-15,8%) y en ambas amígdalas, izquierda y derecha (7,9-7,5%), al compararlos con controles. Interesantemente, la media del volumen del hipocampo se correlacionaba negativamente con la duración del abuso en la infancia (36). Otros autores han confirmado la disminución bilateral del volumen del hipocampo y la amígdala (Brambilla *et al.* 2004; Schmahl *et al.* 2003) (36-45). Por su parte, Tebarzt van Elst *et al.*, también encontraron diferencias significativas en el volumen del hipocampo y la amígdala bilateralmente; además encontraron reducciones significativas en el volumen de la corteza órbito-frontal izquierda (COF) (24%) y la corteza cingulada anterior derecha (26%) (38).

Se han utilizado distintas técnicas en los estudios con imagenología funcional. En cuanto a los estudios con Resonancia Magnética Funcional (RMF), Donegan *et al.* (2003) al evaluar a 15 pacientes con TPL, bajo un paradigma de reconocimiento de emociones, encontraron una hiperreactividad de la amígdala izquierda al exponer a los pacientes a caras con expresión de emociones neutras o negativas. Correlación que tendía a aumentar al asociarse el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (39). Driesen *et al.* (2004), al comparar pacientes con TPL con y sin TEPT, encontraron que las pacientes con TPL y con TEPT tenían una menor activación de la COF y otras áreas de Broca relacionadas con trauma (40). Por su parte Völlm *et al.* (2004), comparó pacientes con TPL, Trastorno de Personalidad Antisocial (TPA) y controles en tareas de control inhibitorio durante RMF. En ambos grupos de pacientes encontraron una activación más extensa de la corteza prefrontal y temporal; así, durante la tarea de inhibición los pacientes mostraron una activación bilateral y extensa del giro frontal superior, medio e inferior, incluyendo el cíngulo anterior. Durante la tarea de inhibición los controles mostraban activación



principalmente de la corteza dorso-lateral derecha y COF izquierda (41).

Herpetz *et al.* (2001), utilizando RMF y la respuesta BOLD (Blood Oxygen Level Dependent) en pacientes con TPL expuestas a imágenes aversivas, encontró un aumento significativo en los niveles de oxigenación en la amígdala bilateralmente, y una sobreactivación en áreas medial e inferolateral de corteza frontal (42). Utilizando técnica de Tomografía por Emisión de Positrón Unico (SPECT), Goethals *et al.* encontraron en pacientes con TPL y TPA una reducción en el flujo cerebral regional en la corteza temporal lateral derecha, y en la corteza prefrontal polar y ventro-lateral derecha (43). Esto se correlacionaría con las funciones regulatorias *alteradas* en estos trastornos, propias del hemisferio derecho.

En general, se entiende que a partir de las alteraciones neurobiológicas estructurales y funcionales en pacientes con TPL se manifiesta una serie de alteraciones en las funciones neuropsicológicas. Posner *et al.* (1990) encontraron alteraciones en el control ejecutivo, en pruebas de ejecución continua tipo go/no-go, que se relacionó con mayor emocionalidad negativa (44). Otros estudios han destacado alteraciones sutiles en la percepción visuo-espacial y de aprendizaje en TPL, lo cual se expresaría en una inadecuada capacidad de distinguir entre información relevante e irrelevante. Estas alteraciones se correlacionarían con disfunciones en el procesamiento del lóbulo parietal (45). Ruocco (2005) realizó un meta-análisis de las alteraciones neuropsicológicas en TPL, destacando disfunciones cognitivas en diferentes dominios: atención; memoria de trabajo, memoria semántica y episódica, memoria procedural (incluyendo habilidades sociales, condicionamiento al miedo y habituación); sistemas ejecutivos (planificación, resolución de conflictos, adaptación a cambios ambientales); y en dominios de cognición social (reconocimiento emocional, interpretación de las emociones, mentalización) (46).

Por su parte, Williams *et al.* (2006) utilizando electroencefalografía (EEG) de alta potencia, han encontrado en pacientes con TPL una mayor latencia en la fase posterior, y una reducción en la sincronía de fase gamma en el hemisferio derecho; ambos fenómenos se relacionaron con síntomas cognitivos e impulsividad (47). Estos hallazgos proveen soporte a la hipótesis de que las alteraciones en la integración de “alto-orden” y la regulación de la información, en TPL, puede tener consecuencias relacionadas con fenómenos cognitivos y emocionales.

En cuanto a los estudios sobre Cognición Social en pacientes con TPL, Fertuck *et al.* (2009) utilizaron la prueba de lectura de la mente en la mirada (RME: rea-

ding the mind the eyes) comparando 30 pacientes con TPL con controles sanos, y encontraron significativamente mejores resultados en TPL, tanto en caras con expresiones positivas, negativas y neutras. Estos mejores resultados podrían reflejar una mayor hipervigilancia, resultando en una mayor precisión. Los autores explican estos resultados, aludiendo a que los pacientes con TPL se han adaptado al trauma desde la infancia por medio de monitorear y predecir momento a momento los cambios en el estado emocional de otros para poder sobrevivir (48). Lynch *et al.* (2006) compararon pacientes con TPL y controles utilizando el paradigma de “morphing” (transformación), que consiste en una serie de caras que expresan distintas emociones desde neutro a intensidad creciente. Las pacientes con TPL fueron más sensibles que los controles en reconocer más tempranamente y con mayor precisión las emociones faciales. Esto sería una expresión de la alta sensibilidad emocional de estas pacientes (49).

Por su parte, últimamente el estudio de las habilidades de empatía ha cobrado importancia de manera de complementar el estudio de los procesos de cognición social y conducta interpersonal. Si bien es un concepto amplio, se entiende por empatía a un conjunto de procesos interrelacionados que permiten tanto saber qué está pensando o sintiendo la otra persona, como responder adecuadamente ante la experiencia del otro (50). Actualmente se reconoce que la empatía estaría compuesta por dos procesos, uno de tipo afectivo, que involucra procesos de “intercambio” afectivo y la preocupación empática por los otros, y uno de tipo cognitivo, que involucra procesos de toma de perspectiva del otro y de la Teoría de la Mente (ToM) (51). Harari *et al.* (2010) utilizaron un paradigma que permite disociar la empatía cognitiva de la afectiva, y compararon un grupo de pacientes con TPL y controles, encontrando que las pacientes tenían niveles más altos de empatía afectiva que cognitiva, y el grupo de controles se comportó justamente de manera inversa, sugiriendo que existiría una disfunción en la capacidades de empatía en estos pacientes (52). Recientemente, Dziobek *et al.* (2011) realizaron un estudio con más de 50 pacientes con TPL y controles, evaluando los correlatos neurales de la empatía y cognición social. Utilizando el test de empatía multifacético (MET: Multi-faceted Empathy Test), que permite disociar los rendimientos de la empatía cognitiva y afectiva, se realizaron RMF de los pacientes y controles. Las pacientes con TPL mostraron déficit en ambos tipos de empatía. Durante las pruebas de empatía cognitiva los pacientes con TPL mostraron una significativa menor actividad cerebral en giro y sulcus temporal superior izquierdo (GTS/STS);

durante las pruebas de empatía afectiva los pacientes mostraron una significativa mayor actividad en la corteza insular central derecha. Los autores concluyen que las alteraciones funcionales en el GTS/STS y la corteza insular derecha representan mediadores patofisiológicos de las alteraciones en empatía en estas pacientes, como las dificultades en inferir los estados mentales en otros, y la excesiva sensibilidad o inestabilidad emocional interpersonal (53).

### MODELO ETIOPATOGÉNICO: APEGO Y NEUROBIOLOGÍA EN TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

Numerosos estudios han vinculado las alteraciones en las conductas de apego en la infancia y problemas en la competencia social y psicopatología en general (18-22-54-55). Así, para entender cómo las alteraciones en los vínculos de apego temprano modulan el potencial genético en la aparición de psicopatología infantil y adulta, debemos incorporar algunas nociones de la psicología y neurociencias del desarrollo.

De acuerdo con los estudios etológicos en humanos, aves y mamíferos, los infantes luego de nacer deben coordinar una serie de conductas de vinculación, las cuales son manifestación de una capacidad de coordinación neural básica que permite disponer de éstas desde el momento del nacimiento (56). Estas conductas deben entenderse como parte de un proceso de comunicación, que en los humanos al inicio es esencialmente no-verbal. Es finalmente un contacto polisensorial entre el infante y su madre, que incluye al menos las dimensiones visual/facial, tono y ritmo vocal, postura corporal y gestos (57). Desde el punto de vista del bebé, éste experimenta distintos estados psicofisiológicos, los cuales reflejan su grado de activación y necesidades. Los infantes carecen de la capacidad para regular estos estados, siendo, por tanto, la madre (o el padre) quien a su vez con su conducta y comunicación polisensorial/no-verbal, a través de una sincronización y transacción afectiva, regula interactivamente el estado afectivo del bebé. A esto se le ha denominado *Respuesta Sensible* (3-4-57).

De acuerdo con las neurociencias del desarrollo, en el hemisferio derecho del cerebro recaería una serie de funciones vitales dentro de los primeros años de vida, a saber: comunicación no-verbal, regulación de estados afectivos y fisiológicos (57-58-59), control de funciones vitales que apoyan la supervivencia y la regulación del estrés (60). Por su parte, en los primeros 3 años de vida ocurren hitos centrales de la maduración del cerebro derecho: maduración de la corteza orbito-frontal (61),

mielinización del cuerpo caloso (62), establecimiento de los ritmos circadianos y ritmicidad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) entre otros (63). Según Allan Shore, estos tres primeros años de vida serían un periodo crítico en que el cerebro derecho inmaduro va siendo moldeado por el cerebro derecho maduro de la madre, a través de procesos de regulación afectiva interactiva (57). Así este modelamiento determina estrategias de autorregulación afectiva, dando forma así a las conductas de apego (seguro/inseguro) que podrán observarse en el infante (61-64).

Mary Ainsworth (1978) describió que al interior de las relaciones de apego la respuesta del cuidador cumple un rol central, al organizar el psiquismo del infante a partir de la *respuesta sensible* (2). Estudiando a las madres de los niños que presentaban apego seguro vio que había dos características centrales que de buena forma predecían el patrón de apego seguro: la disponibilidad de la figura de apego (en cuanto presencia o ausencia) y la sensibilidad (en cuanto al tipo de respuesta). En la actualidad Megan Gunnar ha demostrado una asociación entre el apego inseguro y alteraciones en el eje HHA, determinando que las cualidades de atención, sensibilidad y responsividad en los cuidadores predecían un apego seguro y un eje HHA normal (65-66). Así, a partir de las experiencias de apego temprano y la modulación del cerebro derecho se van formando las representaciones de apego internas o MOI enunciados por Bowlby, los cuales a su vez son básicos en el establecimiento de las capacidades de autorregulación afectiva, proceso que a su vez es central en el desarrollo de lo que Peter Fonagy denominó *Mentalización* (3-67).

Bateman y Fonagy definen mentalización como el proceso mental por el cual un individuo interpreta (implícita y explícitamente) las acciones propias y de los otros como propias de significado a partir de estados mentales intencionales, por ejemplo deseos, motivos, emociones y necesidades (68). Para Fonagy la capacidad de mentalizar se desarrolla a partir de la primera infancia en adelante dependiendo de las experiencias tempranas, los patrones de apego seguro, el desarrollo cognitivo y las estrategias de regulación afectiva. Todos estos procesos a su vez son inter-dependientes y alteraciones en uno de ellos podrían favorecer alteraciones en la mentalización. Por su parte, característica de la psicopatología del TPL son las distorsiones cognitivas, alteración en la capacidad de interpretar la intención de los otros, desregulación afectiva, desregulación del self (poco integrado y no autónomo), alteraciones en el comportamiento interpersonal y conductas de autoagresiones y para-suicida. De esta manera el TPL podría entenderse como resultado de una falla en el

modelamiento del cerebro derecho y el desarrollo de la mentalización asociado a experiencias traumáticas (3-61-67-70).

Mary Main investigó cómo los patrones de apego de la infancia temprana y la consecuente formación de los MOI se podían investigar como modelos de apego en adultos a través de Entrevista de Apego en Adultos (10). Observó que las personas que poseían un patrón de apego seguro tenían realmente *un solo* modelo de trabajo (71). Así, el “modelo de trabajo único”, propio del apego seguro, logra integrar distintas representaciones del self y los otros, con coherencia, continuidad y flexibilidad. Esto concuerda con la patogénesis del TPL, en la cual el apego inseguro determina la formación de múltiples modelos de trabajo interno, representaciones no integradas del self y los otros, perdiéndose el sentido global del self como agente (72). A partir de estos procesos, que organizan implícitamente la experiencia, surgen las alteraciones en la auto-imagen, identidad y autonomía propias de este trastorno (3-70).

## DISCUSIÓN

### Vínculos de apego y ambiente social

De acuerdo con el modelo de la psicología del desarrollo, existe una interacción transaccional y dinámica entre múltiples factores, todo lo cual favorecerá, a lo largo del desarrollo, la emergencia de un trastorno. Tanto el desarrollo psicológico como el psicopatológico están en cierta forma regidos por los principios de multifinalidad y equifinalidad (72). Por multifinalidad se entiende un factor etiológico determinado que puede producir diferentes efectos. Por ejemplo, la influencia del polimorfismo funcional de la región promotora del transportador de serotonina (PPT5'HT) que confiere susceptibilidad al trauma (Caspi, 2003; Kendler, 2004). Mientras que por equifinalidad se entiende que una variedad de factores puede conducir a un resultado similar; por ejemplo, la etiopatogenia del TPL (69-70). Peter Fonagy *et al.*, describen el desarrollo psicológico y psicopatológico particularmente para TPL como un Modelo de Retroalimentación Biosocial del Reflejo Afectivo, en el cual existe una *transacción constante* entre los factores biológico-temperamentales con los factores afectivos-sociales-interpersonales de su ambiente. En este modelo la capacidad del cuidador (madre o padre) de reflejar y mentalizar la afectividad del infante es determinante en el desarrollo de las habilidades emocionales, el autocontrol y la mentalización del niño (69).

De forma que, como hemos visto, en la etiopatogenia del TPL interfiere una multitud de factores. Fac-

tores centrales serían los fenómenos traumáticos en la primera infancia, y también posteriores, como abuso sexual, negligencia y maltrato (19-20-21). Los ambientes familiares suelen ser poco cohesionados, inestables, caóticos, donde generalmente hay graves problemas de crianza (14-15-16). Por su parte, los factores temperamentales también confieren un riesgo importante al aumentar la vulnerabilidad a los eventos traumáticos (27) y esta vulnerabilidad interactúa dinámicamente con los fenómenos psicosociales (73). Interesantemente, estudios longitudinales han demostrado que el estilo afectivo e interaccional también constituye un factor significativo en la patogénesis del TPL. Destacan en esto los bajos niveles de afectividad y conductas agresivas de parte de ambos padres (17), disrupciones de comunicación, comportamiento atemorizante, falta de sintonía afectiva, la inversión de roles y el retraimiento materno inapropiado (18). Numerosos estudios han sido consistentes en encontrar un apego de tipo inseguro en pacientes con TPL (18-23-24).

### Neurobiología social

Los hallazgos respecto a los estilos afectivos e interactivos y los patrones de apego de estos pacientes sumados a las alteraciones neurobiológicas características descritas concuerdan plenamente con el modelo de regulación interactiva y modelamiento de las funciones y estructura del cerebro derecho planteado por Allan Shore (4-57-64). Este autor dice que tanto para el desarrollo psicológico como para las funciones del sistema de apego es necesaria la transformación de la regulación externa (interactiva) en regulación interna (autorregulación), proceso que requiere una maduración experiencia-dependiente en áreas críticas del cerebro. Centrándose en la vital importancia que tiene la experiencia de regulación afectiva diádica, Allan Shore concibe el concepto de Trauma Relacional Temprano (TRT). A diferencia de otros tipos de trauma (como el abandono, el maltrato físico, la negligencia, o el abuso sexual), el TRT es generado por cuidadores abusivos que inducen estados afectivos negativos, que prestan poca protección a situaciones de peligro de sus hijos, emocionalmente inaccesibles, y que en vez de modular la experiencia reaccionan inapropiadamente a las emociones y al estrés de sus hijos. Participan mínima o impredeciblemente en los diferentes procesos de regulación diádica y al no ofrecer ninguna reparación interactiva, el infante perdura bajo intensa afectividad negativa por largo tiempo (61-64). Así, el efecto de las situaciones traumáticas en general y del TRT sería una alteración en la maduración en las estructuras del he-

misferio derecho, sobre todo la COF, el hipocampo y la amígdala, cuya maduración es dependiente de la experiencia, formándose en el contexto de un patrón de apego inseguro y estrategias de autorregulación deficientes. Todo esto determinará estados persistentes de desregulación afectiva y a partir de estos estados, a lo largo del desarrollo, una alteración en la mentalización y la aparición de desórdenes del self, sustento psicopatológico de trastornos como el TPL (61-64). El trauma psicológico, sea éste de diversos tipos, ha demostrado tener efectos claros no sólo sobre el cerebro y el hemisferio derecho, sino también sobre el eje HHA, que perdurarían a lo largo del desarrollo (74-75).

Los estudios de neuroimágenes con RM en TPL han encontrado, coincidentemente, alteraciones en áreas del cerebro particularmente sensibles al estrés y al trauma. Los hallazgos más frecuentes son una reducción bilateral del volumen del hipocampo y la amígdala (35-36-37-76), disminución del volumen de la corteza orbito-frontal izquierda (COF) y la corteza cingulada anterior derecha (38), y también una menor activación durante tareas de regulación de la corteza dorso-lateral derecha y COF izquierda (41). Destaca en el Neuro-SPECT una reducción en el flujo cerebral regional en la corteza temporal lateral derecha y la corteza prefrontal polar y ventro-lateral derecha (43). Todas estas alteraciones cerebrales concuerdan coherentemente, como sustento neurobiológico con las alteraciones en funciones ejecutivas y atencionales (44-46-47) y las alteraciones en cognición social y empatía (*cerebro social*) encontradas en estos pacientes (48-49-52-53). El cerebro social, según Cozolino, involucra justamente estructuras como la COF, cortezas somatosensoriales, insular y cingulada, amígdala, hipocampo e hipotálamo y también incluye sistemas como el de reconocimiento facial y de expresiones faciales y el sistema de resonancia y reflejo afectivo (77). De especial interés son los recientes hallazgos de Dziobek *et al.* en que durante las pruebas de empatía bajo RMf, los pacientes con TPL mostraron una significativa menor respuesta y menor actividad cerebral en giro y sulcus temporal superior izquierdo (GTS/STS) (53). Estas áreas, junto a otras como la COF y sub-áreas de la corteza prefrontal medial, han sido fuertemente vinculadas por otros autores con las redes neurales que subyacen a las habilidades de empatía (reconocimiento de expresiones emocionales en otros) y funciones de la Teoría de la Mente (toma de perspectiva del otro) (78-79).

Las alteraciones en el cerebro social son el correlato correspondiente esperable del trauma (relacional), negligencia afectiva y de la perpetuación de la desregulación cognitiva y afectiva, alterando el desarrollo de

la mentalización y el self. El compromiso de estas áreas del cerebro especialmente sensibles determina un endo-fenotipo altamente vulnerable a padecer el TPL. Por otra parte, dada la plasticidad del cerebro social y su maduración experiencia-dependiente, es posible que este tipo de modelos multifactoriales, transaccionales y dinámicos pueda explicar a partir de una perspectiva del desarrollo otros trastornos psiquiátricos.

## CONCLUSIONES

La teoría del apego desde el punto de vista actual es una teoría de la regulación. A partir del apego seguro se forman modelos internos y funciones psico-biológicas que permiten la autorregulación y el correcto desarrollo del self. Centrada tanto en la conducta y regulación permite mayor integración con hallazgos neurobiológicos y psicosociales. Integrando la evidencia de los factores psicosociales, de la investigación en apego y neurociencias se puede comprender la psicopatología del TPL como el resultado de una etiopatogenia multifactorial. La alteración en el desarrollo de la autorregulación y la mentalización son características esenciales que permiten entender la ontogenia y la psicopatología central de este trastorno.

## REFERENCIAS

1. Bowlby J. Formación y pérdida de vínculos afectivos. En: Bowlby J, autor. Vínculos afectivos, formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Editorial Morata; 1986. pp. 153-190
2. Ainsworth MDS. Patterns of attachment. In: Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S, autores. A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Editorial Lawrence Erlbaum; 1978. pp. 20-35
3. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 103-2
4. Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attach Hum Dev* 2000; 2: 23-47
5. Marrone M. Sobre los modelos representacionales. En: Marrone M, autor. La Teoría del Apego: Un Enfoque Actual. Madrid: Editorial Psimática; 2001. pp. 73-85
6. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In: Brazelton TB, Yogman MW, Editors. Affective development in infancy. Norwood, NJ: Ablex Press; 1986. pp. 95-124
7. Lewis M, Feiring C, Rosenthal S. Attachment over Time. *Child Dev* 2000; 71: 707-720
8. Collins N, Read SJ. Representations of attachment: The structure and function of working models, advances in Personal Relationships. In: Bartholomew K, Perelman D, Editors. Attachment Process in Adulthood. Londres: Jessica Kingsley Press; 1994. pp. 53-90
9. Crittenden PM. Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal* 1990; 11: 259-277

10. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In: Bretherton I, Waters E, Editors. Growing points of attachment theory and research. Monographs of The Society for Research in Child Development. Chicago: University of Chicago Press; 1985. pp. 66-104
11. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment stability in infancy and early adulthood: A 20-year longitudinal study. *Child Dev* 2000; 71: 684-689
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>a</sup> ed, text rev. Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing Inc; 1994
13. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, *et al.* Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2000; 69: 533-545
14. Feldman RB, Zerkowitz P, Weiss M, Vogel J, Heyman M, Paris J. A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 157-163
15. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 16-23
16. Russ E, Heim A, Western D. Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. *J Personal Disord* 2003; 17: 522-536
19. Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S, Brook JS. Parenting behaviours associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 579-587
18. Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S, Atwood G. Expanding the concept of unresolved mental status: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Dev Psychopathol* 2005; 17: 1-23
19. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder: a preliminary study. *Dev Psychopathol* 2005; 17: 959-986
20. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC *et al.* Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study. *J Pers Disord* 2004; 18: 193-211
21. MacLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 369-71
22. Agrawal H, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12: 94-104
23. Allen J, Fonagy P, Bateman A. Borderline Personality Disorder. In: Allen J, Fonagy P, Bateman A, *et al.*, *et al.* Mentalizing in Clinical Practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008. pp. 259-91
24. Sroufe A, Egeland B, Carlson EB, Collins A. Behavioral and Emotional Disturbances. In: Sroufe A, Egeland B, Carlson EB, Collins A, *et al.*, *et al.* The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood. New York: Guilford Press; 2005. pp. 239-64
25. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, *et al.* A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 416-25
26. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, *et al.* Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851-4
27. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, *et al.* Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science* 2003; 301: 386-9
28. Steiger H, Jooper R, Israël M, Young SN, Ng Ying Kin NM, Gauvin L, *et al.* The 5HTTLPR polymorphism, psychopathologic symptoms, and platelet [3H-] paroxetine binding in bulimic syndromes. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 57-60
29. Goodman M, New A, Siever L. Trauma, genes, and the neurobiology of personality disorders. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1032: 104-16
30. Siever LJ, David KL. A Psycho Biological Perspective on the Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1647-58
31. Grosjean B, Tsai GE. NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2007; 32: 103-15
32. Stanley B, Siever LJ. The Interpersonal Dimension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 24-39
33. Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague PR. Adult Attachment Predicts Maternal Brain and Oxytocin Response to Infant Cues. *Neuropsychopharmacology* 2009; 34: 2655-66
34. Lyoo IK, Han MH, Cho DY. A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. *J Affect Disord* 1998; 50: 235-43
35. Driessen M, Herrmann J, Stahl K, Zwaan M, Meier S, Hill A, *et al.* Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1115-22
36. Brambilla P, Soloff PH, Sala M, Nicoletti MA, Keshavan MS, Soares JC. Anatomical MRI study of borderline personality disorder patients. *Psychiatry Res* 2004; 131: 125-33
37. Schmahl CG, Elzinga BM, Vermetten E, Sanislow C, McGlashan TH, Bremner JD. Neural correlates of memories of abandonment in women with and without borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 142-51
38. Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, Geiger E, Haegele K, Lemieux L, *et al.* Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 163-71
39. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, *et al.* Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 1284-93
40. Driessen M, Beblo T, Mertens M, Piefke M, Rullkoetter N, Silva-Saavedra A, *et al.* Post traumatic stress disorder and fMRI activation patterns of traumatic memory in patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 603-11
41. Völlm B, Richardson P, Stirling J, Elliott R, Dolan M, Chaudhry I, *et al.* Neurobiological substrates of antisocial and borderline personality disorder: preliminary results of a functional fMRI study. *Crim Behav Ment Health* 2004; 14: 39-54
42. Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, Krings T, Erberich SG, Willmes K, *et al.* Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 292-8
43. Goethals I, Audenaert K, Jacobs F, Van den Eynde F, Bernagie K, Kolindou A, *et al.* Brain perfusion SPECT in impulsivity-related personality disorders. *Behav Brain Res* 2005; 157: 187-92
44. Posner MI, Petersen SE. The attention system of the human brain. *Annu Rev Neurosci* 1990; 13: 25-54
45. O'Leary KM, Brouwers P, Gardner DL, Cowdry RW. Neuropsychological testing of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 106-11

46. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry Res* 2005; 137: 191-202
47. Williams LM, Sidis A, Gordon E, Meares RA. "Missing links" in borderline personality disorder: loss of neural synchrony relates to lack of emotion regulation and impulse control. *J Psychiatry Neurosci* 2006; 31: 181-8
48. Fertuck EA, Jekal A, Song I, Wyman B, Morris MC, Wilson ST, *et al.* Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychol Med* 2009; 39: 1979-88
49. Lynch TR, Rosenthal MZ, Kosson DS, Cheavens JS, Lejuez CW, Blair RJ. Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion* 2006; 6: 647-55
50. Bateson C. These Things Called Empathy: Eight Related but Distinct Phenomena. In: Decety J, Ickes W, editors. *The Social Neuroscience of Empathy*. USA: MIT Press; 2011. pp. 3-15
51. Davis M. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44: 113-126
52. Harari H, Shamay-Tsoory SG, Ravid M, Levkovitz Y. Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2010; 175: 277-9
53. Dziobek I, Preibler S, Grozdanovic Z, Heuser I, Heekeren HR, Roepke S. Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *Neuroimage* 2011; 57: 539-48
54. Elicker J, Englund M, Sroufe LA. Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In: Parke P, Ladd G, editors. *Family-peer relationships: Modes of linkage*. Hillsdale, NJ: Erlbaum publishing; 1992. pp. 77-106
55. Sroufe LA, Egeland, B, Kreutzer T. The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Dev* 1990; 61: 1363-1373
56. Hruby R, Hasto J, Minarik P. Attachment in integrative neuroscientific perspective. *Neuro Endocrinol Lett* 2011; 32: 111-20
57. Schore AN. Back to basics: Attachment, Affect Regulation, and the Developing Right Brain: Linking Developmental Neuroscience to Pediatrics. *Pediatr Rev* 2005; 26: 204-17
58. Pribram KH. On Brain and Value: utility, preference, play and creativity. In: Pribram KH, editor. *Brain and values: Is a biological science of values possible*. Mahwah, NJ: Erlbaum publishing; 1998. pp. 337-58
59. Schore AN. Structure-Function Relationship of the Orbitofrontal Cortex. In: Schore AN, autor. *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Erlbaum publishing; 1994. p. 34-70
60. Wittling W. The right hemisphere and the human stress response. *Acta Physiol Scand Suppl* 1997; 640: 55-59
61. Schore AN. Effect of Early Relational Trauma on Affect Regulation: The Development of Borderline and Antisocial Personality Disorders and a Predisposition to Violence. In: Schore AN, autor. *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W.W. Norton; 2003. pp. 266-306
62. Paus T, Collins AC, Leonard B, Zijdenbos A. Maturation of white matter in the human brain: a review of magnetic resonance studies. *Brain Res Bull* 2001; 54: 255-266
63. Matthews SG. Early programming of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Trends Endocrinol Metab* 2002; 13: 373-380
64. Schore AN. The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 2001; 22: 201-269
65. Gunnar M, Brodersen L, Nachmias M, Buss K, Rigatuso R. Stress reactivity and attachment security. *Dev Psychobiol* 1996; 29: 10-36
66. Gunnar M. Quality of Early Care and Buffering of Neuroendocrine Stress Reactions: Potential Effects on the Developing Human Brain. *Prev Med* 1998; 27: 208-11
67. Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. Borderline personality disorder, mentalization, the neurobiology of attachment. *Infant Ment Health J* 2011; 32: 47-69
68. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based understanding of borderline personality disorder. In: Bateman A, Fonagy P, authors. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004. pp. 55-110
69. Fonagy P, Gergeley G, Jurist E, Target M: The Social Biofeedback Theory of Affect-Mirroring: the development of Emotional Self-Awareness and Self-Control in Infancy. In: Fonagy P, Gergeley G, Jurist E, Target M, authors. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press; 2002. pp. 145-202
70. Linehan MM. Borderline Personality Disorder: Concepts, Controversies and Definitions. In: Linehan MM, autor. *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993. pp. 3-27
71. Main M. Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. Multiple (incoherent) model of attachment: findings and directions for future research. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J, Marris P, editors. *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock/Routledge Press; 1991. pp. 127-159
72. Gabbard G. 'Bound in a nutshell': Thoughts on complexity, reductionism, and 'infinite space'. *Int J Psychoanal* 2007; 88: 559-74
73. Cicchetti D, Rogosch FA. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1996; 8: 597-600
74. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-90
75. Heim C, Newport DJ, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 575-81
76. Stein MB, Yehuda R, Koverola C, Hanna C. Enhanced dexamethasone suppression of plasma cortisol in adult women traumatized by childhood sexual abuse. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 680-86
77. Schmahl CG, Vermetten E, Elzuga BM, Bremner DJ. Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 2003; 122: 193-98
78. Cozolino L. The Social Brain: A Thumbnail Sketch. In: Cozolino L, autor. *The Neuroscience of Human Relationships*. NY-London: Norton Press; 2006. pp. 50-65
79. Völlm BA, Taylor AN, Richardson P, Corcoran R, Stirling J, McKie S, *et al.* Neuronal correlates of theory of mind and empathy: a functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *Neuroimage* 2006; 29: 90-98
80. Schulte-Rüther M, Markowitsch HJ, Fink GR, Pieké M. Mirror neuron and theory of mind mechanism involved in face-to-face interactions: a functional magnetic resonance imaging approach to empathy. *J Cogn Neurosci* 2007; 19: 54-72

## REVISIÓN

# EL PARADIGMA EXPERIENCIAL A PROPÓSITO DEL PROBLEMA MENTE-CUERPO

(Rev GPU 2012; 8; 4: 453-456)

Álvaro Wolfenson<sup>1</sup>

**En el presente artículo se plantean algunas ideas respecto al clásico problema mente-cuerpo, para luego extenderse en la concepción de aquello desde el *paradigma experiencial*, destacando al respecto los planteamientos de Eugene Gendlin, y sintetizando los elementos básicos del *Focusing*.**

El antiguo problema mente-cuerpo ya desde su inicio nos plantea controversias, partiendo por el hecho de separar la mente del cuerpo. Al respecto, durante la historia se han desarrollado diferentes líneas de pensamiento, desde los pueblos más primitivos, religiones orientales, antigua Grecia, pasando posteriormente por el empirismo, el positivismo, la teoría de la evolución y el psicoanálisis, hasta el más reciente desarrollo de las neurociencias y la llamada “ciencia de la conciencia”. No obstante lo amplio y diverso que ha sido el debate, según Gendlin (2000): “ahora hay una fuerte tendencia a caer en las trampas de la formulación más tradicional del problema mente/cuerpo, en la que ‘la mente’ es la conciencia, y ‘el cuerpo’ se entiende como lo representado en la neurofisiología” (p. 109).

Destaco que en ocasiones pareciera haber sólo muy pocas relaciones entre nuestro conocimiento de la mente y nuestro conocimiento del cuerpo, pero en este caso la relativa ausencia de evidencia no es evidencia de ausencia, ya que esto no es producto de que la

mente y el cuerpo no estén relacionados, sino de que la discusión del problema mente/cuerpo ha pasado a involucrar la difícil relación que contempla el integrar diferentes tipos de conceptos de distintos frentes de la “ciencia”, yendo desde conceptos de unidades-constituyentes a conceptos holísticos; y hay que reconocer lo anterior para tratar de evitar que el problema se transforme en un problema político-ideológico.

En la actualidad se ha desarrollado toda una línea experimental que ha mostrado a través de la variación de medidas neurofisiológicas que el cuerpo “conoce” nuestras decisiones antes que las sepamos conscientemente. Una primera observación/interpretación de estos hallazgos nos podría hacer caer en el error de definir de forma contrastante a la “mente consciente” como control, y reducir a la persona entera a “el cuerpo”, considerándolo a éste solamente como componentes mutuamente independientes tales como las neuronas comunicándose (Gendlin, 2000). Tal como lo plantea Gendlin (2000), no hay que olvidar que existe un

<sup>1</sup> Médico-Psiquiatra. alvarojwr@gmail.com

cuerpo interiormente *experimentado*, y que la persona reflexiva y corporalmente-sintiente es más amplia que el control consciente; así, Gendlin (2000) refiere:

En la medida que somos personas interiormente experimentantes somos mucho más e incluimos mucho más de lo que somos (o podemos ser) conscientes, lo que venimos a saber y hacia lo que nos disponemos de maneras complejas que exceden el simple control directo (p. 111).

Entonces si se parte desde la división de mente/cuerpo como “mente” igual a la conciencia, y “cuerpo” como todo lo representado en la neurofisiología, es frecuente el error de asumir que todo lo que verdaderamente produce los procesos de orden superior (que incluye a la conciencia) es encontrado al nivel de la actividad neuronal del individuo y a las combinaciones de ésta; al respecto Gendlin (2000) refiere: “Como si el sí-mismo-organizando y los múltiples patrones de actividad realizables no tuvieran estado ontológico excepto como epifenómeno de la actividad neuronal lineal” (p. 111).

Así, a pesar de la existencia de múltiples y diversos índices, la complejidad de la psique-cuerpo no puede ser reducida a éstos, ya que como lo plantea Gendlin (2000) la persona es un proceso auto-organizador, con aspectos conscientes e inconscientes, que a su vez destina, reestructura, y reemplaza sus propios componentes necesitados. Así el proceso es en sí mismo vivo, y no se reduce a los componentes, sino también a cómo son usados para mantener la organización.

Respecto de este tema, vale destacar la línea de pensamiento desarrollada por Eugene Gendlin, el llamado paradigma *Experiencial*, el cual plantea un profundo cambio en la forma de acercarse a los fenómenos. El *experencing* es su concepto fundamental, que en su esencia dice del carácter procesal del organismo en interacción incesante con los símbolos del medio ambiente, introduciendo radicalmente el elemento de lo corporal. El *experencing* contiene implícitamente todas las experiencias del individuo, y por tanto es un guía digno de confianza. La filosofía radicalmente relacional de Gendlin va más allá del posracionalismo, determinando que la realidad se construye en la relación, ya que en Gendlin la realidad no es objetiva ni subjetiva; es una interacción permanente que afecta las relaciones. Esta noción se relaciona con la noción de *carne* de Merleau-Ponty (1964), el cuerpo visto como cuerpo que vivencia y “experiencia” la vida: *lo corporal*, que implica la trama entre cuerpo y mente, exterior e interior, subjetivo y objetivo. Gendlin (1999) plantea una nueva

forma de acercamiento, un modelo de primera-persona al cual llama *Procesal*, con lo que se refiere a un proceso vivo de interacción.

Este énfasis en lo corporal está dado, entre otros aspectos, por la primacía del cuerpo por sobre la percepción, así como refiere Gendlin (1992):

Nuestros cuerpos se sienten a sí mismos viviendo en nuestras situaciones. Nuestros cuerpos hacen nuestro vivir. Nuestros cuerpos son interacciones en el ambiente; ellos interactúan como cuerpos no sólo a través de los cinco sentidos. Nuestros cuerpos no acechan en aislamiento detrás de las cinco mirillas de la percepción (p. 344).

Gendlin (1992) plantea que el cuerpo no es sólo un centro orientado de la *percepción*, tampoco sólo un centro de *movimientos*, sino también de *acción* y *discurso* en las situaciones. Así la experiencia corporalmente sentida de significado implícito es inherentemente una interacción.

Hay que señalar que Gendlin supuso una reflexión existencial a los planteamientos de Carl Rogers con respecto a la terapia y la personalidad. Su crítica se centró en la teoría de la personalidad, su concepto de congruencia, el mecanismo de la subcepción, así como en el énfasis que desarrolla el entender cómo las personas no cambian y no tanto en cómo se produce el cambio. Gendlin propone superar estas dificultades mediante el concepto de *experencing*, él es más profundo que la definición tradicional de congruencia, ya que no significa tener conciencia de todas las experiencias “por separado”, sino más bien tener conciencia del propio *experencing*, el cual contiene implícitamente todas las experiencias del individuo. El *experencing* es un proceso concreto, sentido corporalmente, el cual constituye la preocupación básica del fenómeno psicológico y de la personalidad. Como había esbozado, podríamos decir que este concepto central de Gendlin se formula a partir de la línea de pensamiento desarrollada por Merleau-Ponty, quien hace el intento de trasladar la fenomenología de Husserl hacia la existencia concreta. En el pensamiento de Merleau-Ponty (1964) lo real se *interpenetra* con lo imaginario, está siempre en movimiento, es al mismo tiempo subjetivo y objetivo, y su trabajo va más allá de la dicotomía sujeto-objeto, no insertándose en el pensamiento dualista del mundo occidental; como lo dice Sartre (1972) “[...] aquellos que se jactan de mirar el mundo de frente, ¿no sabrían que éste, el mundo, nos envuelve y nos produce?”. Merleau-Ponty (1964) plantea a su vez una conceptualización del hombre como *ser-en-el-mundo* que reconoce la existencia de



una experiencia *mundana* que instaura al hombre en el mundo antes que éste lo reflexione. En Merleau-Ponty (1964) no existe la conceptualización de interioridad o exterioridad humana; el hombre existe entrelazado al mundo, de la manera que la singularidad y universalidad coexisten de forma reversible en el hombre y en el mundo. Así con el desarrollo de este pensamiento esboza su concepto de *carne*, el cual viene del término original en francés *chair*, que significa carne (viva) en los cuerpos. Merleau-Ponty niega el dualismo de la naturaleza, restituyendo al ser la unidad objetada por las oposiciones entre carne y espíritu, interior y exterior, individual y social, así Merleau-Ponty (1964) plantea que *carne* no sería la síntesis hombre-mundo, ya que es una forma de abordar el ser que escapa a la representación, no es materia ni espíritu; está entre ambos. Entonces la *carne* es estar *aquí y ahora*, en todas partes, ser dimensión individual y universal, manteniendo la infinita reversibilidad.

Como refiere Gendlin (2003) lo corporalmente sentido de una situación también puede relacionarse con el concepto de “ser-en-el-mundo” de Heidegger (1927). Tanto Heidegger como Merleau-Ponty escribieron ampliamente sobre lo que es inherentemente implícito o pre-temático. En *Ser y Tiempo* Heidegger (1927) realizó un fascinante análisis del *ser-en-el-mundo*, que siempre incluye sentimiento, comprensión, explicación, y discurso, re-entendiendo cada uno ellos y mostrando que son “igualmente básicos” para el otro, y siempre presentes en cada uno de los otros. Como enfatiza Gendlin (2003) Heidegger sostuvo que en nuestra comprensión sentida conocemos nuestras razones por una acción que está más allá de lo que la cognición puede alcanzar. A partir de su concepción unida con guion del *ser-en-el-mundo*, el modo humano de ser es realmente un “ser en”, es un ser en las situaciones con otros. Sin embargo y desgraciadamente Heidegger, no entendió aquello de una manera corporal, pero nosotros podemos ir más allá, “ser-en” las situaciones con otros se aplica a la persona *corporizada* y sintiente (Gendlin, 2003).

Terapéuticamente la técnica y el método de Gendlin es el *Focusing*, además del abordaje de los contenidos de la experiencia de manera fenomenológica, a través de la *epoché*. Este paradigma conlleva cambios culturales profundos, desde el reconocimiento de la relación como constructora de la realidad hasta el rompimiento de la dicotomía mente/cuerpo, con el énfasis en el proceso corporal. Ya que, como plantea Gendlin (1999), cuando las personas aprenden a contactar el nivel corporal, lo pueden “utilizar” para múltiples propósitos, pero especialmente para vivir y hablar “desde allí”. En la psicoterapia experiencial hay que lograr

contactarse y trabajar con la sensación corporal procesal, existencial en movimiento, llamada *sensación sentida*; así Gendlin (1999) refiere:

Las personas se focalizan y *hablan desde* (llevan adelante) más de lo que ellas están enfrentando, lo cual sienten físicamente pero que al principio no pueden decir. Los nuevos pasos y frases que son más intrincadas que el lenguaje usual ‘surgen’ desde la lóbrega ‘sensación’ corporal (p. 236).

Sólo así se facilita en el cliente una percepción más completa y precisa de su *experiencing*. Es fundamental el énfasis en lo relacional, así como el compromiso afectivo emocional desde la *sensación sentida*, que permite el proceso de reconstitución del *experiencing*, en donde los datos sentidos implícitos y difusos se diferencian y simbolizan, produciendo como efecto que algunas zonas rígidas se pongan en movimiento; en pos de una persona abierta a la totalidad de sus experiencias, es decir, ser en la conciencia aquello que es la experiencia. Evidentemente para esto son básicas las condiciones rogerianas, de autenticidad, congruencia, empatía y aceptación incondicional, pero, hay que recalcar, el no olvidar la radical importancia de llevar adelante la sensación sentida del cliente en el contexto de una relación interpersonal en marcha, implica un “efecto experiencial afectivo” (Gendlin, 1968), que afecta de forma total al individuo, sin la dicotomía cuerpo-mente.

Personalmente pienso que hoy podríamos afirmar que la dicotomía mente y cuerpo es producto del pensamiento humano, ya que mente y cuerpo constituyen en realidad “una misma cosa”, más allá de lo que las teorías puedan decir. Si a modo didáctico quisiéramos separarlas tenemos que tomar en cuenta que desde siempre recíprocamente han influido la una sobre la otra; aunque, no obstante, en la cotidianidad de nuestra cultura esta relación no se ha desarrollado (o permitido que se desarrolle) de forma fluida. Este modo de “pensar” aún se mantiene, por ejemplo en la actual docencia escolar, donde todavía existe la división entre “educación mental” y “física”, las cuales generalmente no tienen nada que ver entre sí.

Además, a modo de síntesis, vale señalar que las críticas realizadas por Gendlin respecto a los planteamientos de Carl Rogers y a las teorías de la personalidad, junto con una reflexión existencial, pensando en la personalidad como la forma de abrirse a la vida, tiene sin duda una gran implicancia en psicoterapia, ya que permitió dar pasos hacia el desarrollo de una psicoterapia *más allá* de la persona. Como fue planteado, con

su concepto de *experiencing*, introdujo radicalmente el elemento de lo corporal; y así podríamos decir que lo corporal es el contactarse con este proceso interno, en el contexto de una relación interpersonal en marcha, lo que a su vez determinaría el cambio terapéutico. Desde la perspectiva de la integración, lo anterior se asemeja-acerca en gran medida a lo planteado por las líneas de investigación en psicoterapia que refieren que la transformación de la dimensión implícita corresponde en esencia a la aparición gradual de “diálogos somáticos implícitos” cada vez más participativos, inclusivos, colaborativos, coherentes y espontáneos entre paciente y terapeuta (Beebe, 2004; Lyons-Ruth, 1999; en Sassenfeld, 2008). Planteándose así que los procesos fundamentales de comunicación intersubjetiva en la relación psicoterapéutica son mucho más que sólo contenidos mentales, definiéndose como procesos psicobiológicos somáticos, o sea corresponden a fenómenos no-verbales corporales implícitos que median los estados emocionales conscientes e inconscientes compartidos (Schoore, 2005; en Sassenfeld 2008), y que se actualizan en el contexto del vínculo de la relación psicoterapéutica.

## REFERENCIAS

1. Gendlin E. (2003). Beyond Postmodernism: From concepts to experience. En Roger F (Ed.) *Understanding Experience: Psychotherapy and Postmodernism*. pp. 100-115. Routledge
2. Gendlin E. (2001). On The New Epistemology. Extracto de la charla de premiación de Eugene Gendlin en la Asociación Americana de Psicología. Agosto 6 del 2000; en *Staying in Focus: The Focusing Institute Newsletter*, Vol. 1, N° 2; Mayo 2001
3. Gendlin E. (2000). The ‘mind’/‘body’ problem and first person process: Three types of concepts. In R.D. Ellis & N. Newton (Eds.), *Advances in consciousness research: Vol. 16. The caldrón of onsciousness: Motivation, affect and self-organization – An anthology*. pp. 109-118. Ámsterdam/Philadelphia: John Benjamins
4. Gendlin E. (1999). A New Model. *Journal of Consciousness Studies*, 6(2-3), 232-237
5. Gendlin E. (1992). The primacy of the body, not the primacy of perception: How the body know the situation and philosophy. [Extracto de las páginas 343-353]. *Man and World*, 25(3-4), 341-353
6. Gendlin E. (1968). The Experiential Response. En *Use of Interpretation in Treatment*, Capítulo 26, pp. 208-227
7. Merleau-Ponty M. (1964). *L'oeil et l'esprit*. Paris: Gallimard
8. Sartre J. (1972). *Situações IV*. Lisboa: Publicações Europa-América
9. Sassenfeld A. (2008). Una concepción contemporánea de la dimensión no-verbal: Lenguaje corporal, comunicación afectiva e interacción implícita. Manuscrito inédito

## ARTE Y PSICOANÁLISIS

# LA MUJER QUE HAY EN LA MADRE

(Rev GPU 2012; 8; 4: 457-462)

Soledad Peñafiel<sup>1</sup>

En el presente artículo proponemos considerar la cuestión femenina a partir de la proposición freudiana –la relación madre e hija como factor esencial para el devenir mujer– para, luego expandir la propuesta freudiana a otras consideraciones. Introducimos, para ello, la referencia a la madre como otra mujer que aporta un nuevo referente que complejiza la comprensión de la sexualidad femenina. Dicha propuesta será abordada a partir de la película “Black Swan” (2010) de Darren Aronofsky. El film será abordado como un caso clínico en que se analiza la relación que juega el deseo de la madre en la organización de la personalidad de la hija como sujeto y se trata la sexualidad de la madre y de la hija como un componente que interpela y perturba la relación entre ambas. Finalmente, asumiendo que en el marco de las propuestas clásicas del psicoanálisis es un hecho irreductible la imposibilidad de encontrar algo que pueda simbolizar la sexualidad femenina, proponemos un nuevo término –condición femenina– que sea tratado como significativo contemplándolo en su función de creación.

### MÁS ALLÁ DE LA FEMINIDAD COMO FALTA

Freud destaca en su conferencia sobre la Feminidad (1931) que para el caso de la niña y su devenir mujer un elemento importante a considerar es la relación con la madre: “llegamos al convencimiento de que no se puede comprender a la mujer si no se pondera esta fase de la ligazón madre preedípica” (pág. 111). En este punto es preciso destacar que en la teoría freudiana no podemos diferenciar el pene del falo, lo cual implica que la mujer es caracterizada como en falta de pene/falo. Dicha definición implica que la feminidad está marcada

por la reivindicación de su falta, y por la consecuente búsqueda de sustitos que pudiesen colmar dicha falta.

Para Freud la solución ideal para combatir la falta en la mujer es la maternidad: “la situación femenina sólo se establece cuando el deseo del pene se sustituye por el deseo del hijo” (1931, pág. 119). Y en este punto es donde justamente nos debemos distanciar de Freud, ya que su propuesta de poner al centro la relación con la madre implica que la hija se acerque a la madre bajo la misma lógica, la de buscar algo –el tener que implica la lógica fálica– para colmar su falta en ser: “su amor se había dirigido a la madre fálica; con el descubrimiento

<sup>1</sup> Psicóloga Universidad Diego Portales. Master “Sexualité et Traumatisme” Université Paris 7 Denis-Diderot. Actualmente realizando un doctorado, sobre la feminidad de la madre como nuevo elemento para la sexualidad femenina, en la misma universidad. Psicóloga en un centro de consulta analítica en Paris y experiencia clínica en hospitales públicos. Correo electrónico solepenafiel@gmail.com 17, Rue Saint Bernard 75011 Paris, France.

de que la madre es castrada se vuelve posible abandonarla como objeto de amor” (1931, pág. 117). Nuestra propuesta entonces, tiene más que ver con el hecho de poder considerar a la mujer que hay en la madre, considerarla como otra mujer y de qué manera esa otra mujer puede dejar o no huella en la niña.

De acuerdo con Freud y Lacan, podemos decir que desde el primer autor la cuestión femenina se articula alrededor de la identificación, identificarse a un lugar determinado, por ejemplo ser madre. Desde el lado de Lacan se trata más bien del goce, lo que viene a articular que es un hombre y que es una mujer. La proposición de dicho autor implica que en la mujer y como en todo sujeto se presenta una relación al falo, siendo éste el significante de la falta, es decir, lo que hace falta a todo sujeto. Lacan ha mencionado que la mujer no existe: “La mujer sólo puede escribirse tachando *La*. No hay La mujer, artículo definido para designar el universal” (Lacan, J. Seminario 20: Aún. 1972-1973. Pág. 89), lo que implica que no podemos nombrarla como conjunto. Desde su lado entonces, encontramos lo denominado goce suplementario, que la constituye como goce Otro, como Otro para el otro sexo y como otro para ella misma. Desde Lacan entonces, se trata de alejar a la mujer de la lógica del tener, debiendo situarla en un más allá de la lógica fálica, de tal manera que la mujer se halla en un sin límite, “la mujer no toda es, hay siempre algo en ella que escapa” (1972-1973, pág. 44). Continuando con el mismo autor, “hay un goce de ella, de esa ella que no existe y nada significa. Hay un goce suyo del cual quizá nada sabe ella misma” (1972-1973, pág. 90). Es justamente en dicha cita en donde evidenciamos la dificultad teórica y clínica desde los postulados lacanianos, y desde ahí parece necesario poder introducir un nuevo elemento que permita un mayor acercamiento a lo femenino. Tal como ya lo hemos anunciado, este nuevo elemento será la madre en tanto mujer.

## UNA REPRESENTACIÓN PARA EL CISNE NEGRO

Nos permite trabajar la relación madre-hija. En esta película, Nina –interpretada por Natalie Portman– una joven bailarina sueña con ser la protagonista en el ballet “El Lago de los Cisnes”. El director del ballet, Thomas –interpretado por Vincent Cassel– la considera perfecta para la interpretación del cisne blanco, pero tiene sus dudas con respecto a su capacidad de interpretar “su doble maléfica”: el cisne negro, y desde ahí poder constituirse como la reina cisne. Será otra bailarina la que parece más adecuada para desempeñar el rol protagónico. Es justamente esta configuración –Nina, Thomas y Lily, la otra bailarina– lo que pondrá en juego el

drama. Nosotros proponemos introducir en esta tríada a la madre de Nina en tanto madre real y también estableciendo que Lily representa a la madre de Nina; específicamente se trata de la representación inconsciente que Nina tiene de su propia madre.

El famoso ballet *El Lago de los Cisnes*, pone en juego la historia entre Sigfrido y Odette. Esta última es una joven virgen que por efecto de un hechizo durante el día es un cisne y por la noche vuelve a su condición humana. La historia descrita por Thomas es la siguiente: “una chica virginal, pura y dulce... atrapada en el cuerpo de un cisne. Ella desea la libertad... y sólo el verdadero amor puede romper el hechizo. Su deseo es casi concebido mediante un príncipe. Pero antes de que él pueda declararle su amor... la gemela lujuriosa, el cisne negro... lo engaña y lo seduce. Devastada el cisne blanco se tira desde un acantilado... se suicida y en la muerte... halla la libertad”. De este modo, el final elegido por el director de la película conlleva un final trágico en donde Nina se identifica con el personaje principal, lo que conllevará a que ella también intente suicidarse.

La relación madre-hija tiene un lugar preponderante en la película. Comencemos nuestro análisis con un diálogo entre las dos, considerando que la madre en su juventud también había sido bailarina. Ambas discutiendo sobre dicha carrera. La madre de Nina dice: “la (carrera) que abandoné para tenerte”. A lo cual su hija responde diciendo: “tenías 28 años”, estableciendo en dicha frase que de todas maneras ya era tarde para poder desarrollar una verdadera carrera.

La película se inicia con un sueño de Nina, que, tal como lo ha descrito Freud, se trata de un cumplimiento de deseo. Para ella se trata de llegar a ser el cisne negro en el ballet. Nina menciona su sueño diciendo: “una joven se transforma en cisne. Sólo el amor podrá romper el hechizo, pero su príncipe ama a otra mujer... y ella se mata”. La manera en la cual proponemos interpretar la identificación al cisne negro es, por un lado, la búsqueda de un lugar protagónico en tanto bailarina y por otro, poder encontrar un lugar como mujer.

El contexto en el cual la película comienza a desarrollarse es justamente las audiciones para saber quién será la próxima protagonista, quién tendrá un lugar como mujer. Es a partir de una frase de Thomas, que interpela a Nina, que podemos encontrar la representación de una mujer en dicho lugar. El director del ballet dice: “Tienes que llegar a seducir a un hombre”, dando cuenta que el lugar del cisne negro es el lugar de alguien que puede despertar el deseo en el otro, de alguien que puede constituirse como objeto causa de deseo.

Para Thomas, Nina no tiene la característica suficiente para poder interpretar el cisne negro; en el

momento en que Nina va a su oficina para decirle que ella puede hacer una mejor interpretación, él le dice: “tú no me reclamas el rol?” A continuación él intenta besar a Nina, quien responde de una manera “negativa”, con una mordedura. Se trataría de una respuesta “negativa” porque ella no logra responder frente a la seducción de Thomas. Pero es justamente esta respuesta la que posibilita que el director del ballet la vea de una manera distinta, más allá de “una niña perfecta”. Entonces, se trata de la mordida como destello del cisne negro, de un acto que logra materializar el sueño de Nina. Pero, ¿cuál es el sueño de Nina?

Sabiendo que en el sueño encontramos la expresión del deseo del otro, ¿de qué otro se trata? Para el caso de Nina se trata de su madre en tanto otro, es el deseo de la madre que se pone en juego, estableciendo que en el sueño se manifiesta lo no realizable en su madre. En este caso se trata de un lugar vacío para Nina puesto que la posición del cisne negro representa lo desconocido, el enigma sobre la sexualidad femenina. En dicho sueño encontramos también el final que da término al drama, final que viene a materializar una identificación, que implicará la tentativa de suicidio. Esta tentativa de suicidio podemos interpretarla como un pasaje al acto, como el efecto de “caer de la escena”. En relación con este dejarse caer, debemos señalar que se da en la medida en que el acceso a lo simbólico no resulta evidente, a la dificultad de poder acceder a la palabra, y desde ahí podríamos señalar que lo que lleva a que Nina se incline hacia el suicidio fue justamente su imposibilidad de poder simbolizar la búsqueda de un nuevo lugar.

Nina fue elegida para representar al cisne negro, sin embargo será Lily la que se constituirá como el modelo de éste. En este sentido, ella se constituye como la Otra mujer, como una referencia frente al enigma de la feminidad. Lo que viene a enunciar el dramático final es justamente la particular relación que Nina establece con Lily, una relación en donde Lily será considerada como amiga/enemiga. Se trata de una relación marcada por la ambivalencia, aspecto descrito por Freud a propósito de la relación madre-hija. Y es justamente dicha ambigüedad la que nos permite sostener cómo Lily viene a encarnar la relación de Nina con su madre. Thomas respecto a Lily dice: “observa cómo se mueve. Imprecisa, pero sin ningún esfuerzo. No lo está fingiendo”, palabras que para Nina se interpretan como la capacidad de seducir a todos. Es justamente a propósito de este “todos” que Nina será introducida también en esta dinámica de seducción. Pero en su caso será sólo en tanto fantasía, y sólo en el momento en que Lily afirma que nada pasó entre ambas que dicha fantasía de haber podido seducir a otro desaparece.

Proponemos abordar la relación con la madre a partir del cuerpo, estableciendo que dicha relación se manifiesta en el cuerpo; la manera en la cual la madre se acerca al cuerpo de su hija es particular –la forma en la cual ella la viste y desviste, ponerle calcetines para evitar con eso que ella se deje marcas en su cuerpo durante la noche– evidencia que no hay un límite para ella, que para el caso de la madre de Nina no se trata de otro cuerpo; en ese sentido, para la madre su hija es más bien una prolongación de su ser. Entonces es preciso preguntarnos: ¿qué representa Nina para su madre? y ¿qué representa su madre para ella?

Considerando la noción de la madre en psicoanálisis, podemos decir que el/la niño/a está enfrentado/a a la relación que ella tiene con el falo. Para el caso de Nina podemos suponer que ella es para su madre el falo faltante, como si en algún punto ella pudiese colmar a su madre. Nina se encuentra en una posición de objeto, en donde ella no se halla como sujeto sino que está sólo ahí para poder responder a los caprichos de su madre. Es justamente a propósito de la posición que su madre le ha asignado que podemos dar cuenta de qué estructura estamos hablando, tratándose en este caso de la psicosis.

Según Lacan, tal como ya lo hemos señalado, la sexualidad femenina se caracteriza por ser una expresión de goce más allá de la barrera fálica, puesto que el falo es el que pone límite al goce desenfrenado. A partir de este caso podemos introducir la importancia de hacer una diferenciación entre la psicosis y el goce sin límite propio de la feminidad. Se diría que incluso si en la película se pone en juego un caso de psicosis, llegaríamos a evidenciar un llamado, desde el lado de Nina, a posicionarse desde un lugar femenino, sabiendo que se trata de un lugar vacío y sobre todo considerando que del lado de la madre se trata más bien de un rechazo a la sexualidad.

Podemos decir que en el caso de Nina se evidencia la paranoia, la que según Freud, hace alusión a la relación con la madre. En su texto “Un caso de paranoia que contradice la teoría analítica” (1915) el autor nos indica que en la paranoia “la madre llega a ser entonces la observadora y persecutora hostil y malévola” (pág. 317). Es justamente lo que podemos poner en juego en el caso de Nina, estableciendo que si bien la persecutora directa para ella fue Lily, ella viene a encarnar la figura de la madre. Entonces se trata de un caso de psicosis que se evidencia particularmente en el espejo, puesto que es ahí donde podemos constatar que Nina no logra ver su imagen reflejada sino más bien ve otra imagen que le provoca extrañeza.

La madre de Nina, al igual que su hija, había sido bailarina sin poder llegar a desarrollar una carrera “brillante”, tal como lo dijo Nina. El aspecto hostil de la madre se despliega cuando llega a pronunciar frases que evidencian la imposibilidad de Nina de poder tener el rol protagónico, frases tales como: “sabía que sería demasiado para ti”, siendo su madre la que intenta dejarla fuera del estreno del ballet –y no Lily como lo creyó Nina– al llamar por teléfono diciendo que estaba enferma. Es justamente frente a esta contingencia que Thomas decide que quien la reemplazará será Lily. Finalmente es Nina la que baila como protagonista en el espectáculo, pero a partir de ese evento es que Lily termina por constituirse como su rival persecutora, como la heredera de la hostilidad y de la persecución de la madre de Nina.

Hemos mencionado que Lily está posicionada como amiga/enemiga para Nina. En tanto amiga, ella se presenta como la confidente a la cual Nina pudiera decir ciertas cosas que no logra decir a Thomas. Lily se presenta también como la posibilidad de poder realizar ciertas cosas prohibidas, como, por ejemplo, salir de noche, tener la posibilidad de un encuentro amoroso con el otro sexo. Pero sobre todo, ella representa para Nina el modelo para tener una posibilidad de posicionarse como objeto para un hombre. Lily, en tanto enemiga, representa la bailarina que le arruina su posibilidad de hacer una buena audición para la selección de la protagonista, y, como ya lo hemos dicho, es también quien quisiera dejar a Nina al margen del espectáculo el día del estreno del ballet, aspecto que para Nina es interpretado como “robarle” el amor de Thomas.

Asumiendo entonces que la paranoia hace alusión a la madre, podemos retomar las preguntas expuestas anteriormente, considerando lo que ya hemos dicho en relación con el hecho de que Lily encarna a la madre de Nina. Es decir, su madre representa para ella el otro persecutor, así como ella representa para su madre la posibilidad de concretizar lo que ésta no pudo. Entonces, para Nina su madre es alguien que puede hacer todo por su hija y su carrera, como por ejemplo evitar que Nina deje huellas en su cuerpo que evidencien el hecho de que ella no está preparada para un rol protagonista como lo piensa, pero por el contrario es también capaz de constituirse como su enemiga, por ejemplo comprando un gran pastel para celebrar el hecho que Nina fue elegida como protagonista, sabiendo que una bailarina no puede subir excesivamente de peso.

Es a propósito de la relación entre Nina y Lily que la psicosis y su delirio particular se desencadenan. Nina, de la misma manera que su madre no logra hacer una

diferencia entre ella y Lily, una diferenciación a nivel corporal. Es justamente la ausencia de límites que no permite que Nina considere la frase de Thomas, en la cual él dice: “nadie te persigue”, estableciendo que la única enemiga es ella misma. Pero la interpretación de Thomas no puede ser escuchada por ella, lo que implica que la no diferenciación entre sus cuerpos se hace visible al momento en que Nina intenta matar a Lily. Tanto los espectadores como Nina hasta un momento determinado habían creído que después de la disputa entre ellas, Lily estaba muerta. Será en otra escena en donde Nina se dará cuenta que ella no ha intentado matarla, sino, por el contrario, ha intentado darse muerte a ella misma y justamente en el acto de dar muerte a su amiga/enemiga, creyendo que se dirigía a la otra mujer, se dirigió a ella misma y con esto se materializa el resultado catastrófico para Nina.

A propósito del cuerpo, y retomando la idea de que el cuerpo no pertenece exclusivamente a ella, puesto que ese cuerpo es también territorio de su madre, podemos retomar aquel signo de psicosis ya mencionado. Su cuerpo frente al espejo no refleja solamente su propia imagen, sino que siempre está la posibilidad de que ella vea la imagen de la otra mujer, la otra mujer que se constituyó como su enemiga. En este sentido, para Nina no hay una diferenciación entre el otro y ella, aspecto que conlleva a que no haya una separación y distancia en ella misma. Entonces, se trata de que en el espejo ella ve su propia división, la imagen de un cuerpo fragmentado. Es sólo hasta el final de la película cuando el espectador logra evidenciar –aún con algún grado de dificultad– que esa imagen extraña que se refleja en el espejo era ella misma. De esta forma, podemos dar consistencia a la frase de Thomas: “nadie te persigue”, estableciendo que su única y verdadera enemiga era ella misma.

Considerando lo anterior, es que podemos comprender la escena en donde Nina ve a Lily haciendo el amor con su novio, novio que de un momento a otro llega a ser Thomas. Entonces, se trata de su imposibilidad de poder hacer diferencia entre los distintos cuerpos, momento que será también interpretado como la pérdida de amor de Thomas. Dicha interpretación conduce al pasaje al acto, al intento de suicidio de la misma manera que lo realiza el cisne negro cuando evidencia que la promesa de amor es inexistente, sin poder entonces romper el hechizo, y hallar su libertad.

Retomando el diálogo madre-hija citado en un comienzo, es posible pensar que la frase de su madre “la (carrera) que abandoné para tenerte” confronta a Nina a la feminidad de ella, es decir, a su propia sexualidad. Podemos decir que para el niño el descubrimiento de

la sexualidad de la madre implica siempre un aspecto traumático, pero en el caso de Nina y su madre, hay que subrayar que la sexualidad se constituye como un aspecto insostenible para ambas.

Para la madre es también imposible constatar que su pequeña “niña” intenta alejarse de su lugar como “su” hija. Tal es el caso, en donde al llegar Nina de su salida con Lily, llegando más tarde de lo habitual, confronta a su madre a la evidencia de haber sido seducida por un hombre. En el mismo sentido, continuar siendo exclusivamente la hija de la madre excluye completamente el descubrimiento de la sexualidad puesto que no hay una diferenciación ni separación entre las dos, de la manera en que Nina pudiera habitar su propio cuerpo y sobre todo llegar a expresarse y “dejarse llevar” como lo había propuesto Thomas.

Es justamente a partir de esa tarea propuesta por Thomas –masturbarse para poder descubrir su propia sexualidad– que constatamos la no separación entre la madre y la hija, puesto que al día siguiente cuando Nina comienza a tocarse, minutos después ella constata que su madre estaba a su lado durmiendo. La solución que encuentra Nina para alejarse de su madre es trabar la puerta con un palo, palo que podemos proponerlo como el falo que falta para poder poner límite a la voracidad de la madre, tal como lo mencionó Lacan en su seminario “El reverso del Psicoanálisis” (1969-1970): “el deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual, que pueda resultarles indiferente... es estar dentro de la boca de un cocodrilo, eso es la madre” (pág. 118). En ese sentido, la relación entre Nina y su madre nos evidencia una falta de límites al goce materno.

La ausencia de límite entre los cuerpos se pone en juego al momento en que Nina intenta destruir a su enemiga y poder así ocupar el lugar vacío. De esta manera, Nina sólo en el momento en que ella cree que Lily estaba muerta, es que para ella se presenta la posibilidad de ocupar un lugar como mujer, aspecto que implica no sólo que haya podido hacer una excelente representación del cisne negro sino que inmediatamente después ella besa a Thomas –logrando seducirlo por la primera vez. Entonces, sólo en el momento en que Nina ha creído que le ha dado fin a la existencia de su enemiga es que llega a desarrollar un aspecto hasta ese momento desconocido por ella. Pero considerando lo que Thomas ya había dicho “tu enemigo eres tú misma” Nina se da muerte, sin lograr comprender que la otra mujer es ella misma.

Una condición como conclusión

A propósito de la presentación de este caso, debemos considerar las siguientes preguntas: ¿Qué pudiese proponer la teoría analítica a partir de un caso como

éste? ¿Cómo un trabajo analítico pudiese “evitar” el pasaje al acto de Nina?

Antes que nada, debemos considerar un significativo que aparece a nivel del discurso de Nina: ser la princesa, ser la princesita de Thomas. Podemos decir que este significativo representa para ella la posibilidad de tener un lugar al lado de Thomas, es la posibilidad de ser amada en tanto mujer.

Lily dice: “probablemente a todas las llama así”. En este sentido, ella nos sugiere que ser la princesa no incorpora ningún aspecto particular, que sólo se trataría de una suerte de formalidad. A continuación agrega: “apuesto a que empezará a llamarte princesita en cualquier momento”. Considerando esta remarca de Lily en relación con dicho aspecto, podemos introducir una nueva noción en el campo de la sexualidad femenina. Se trata de introducir la noción de “condición femenina” que Malvine Zalcberg (2010) sugiere en su libro “Qu'est-ce qu'une fille attend de sa mère?” Incluso si la autora no desarrolla en profundidad dicha noción, nos parece útil para nuestro análisis.

Podemos proponer que la condición femenina implica un nombre propio para la feminidad, una respuesta particular que cada sujeto debe hacer frente al enigma de la sexualidad femenina, que para el caso de la niña implica un doble enigma. Un primer enigma, desde su propio lado como mujer, y el otro enigma, del lado de su madre. Podemos pensar esta condición como una creación de un aspecto singular que permite que en lo extraño del goce suplementario –goce femenino como lo describe Lacan– llegue a haber un elemento capaz de ser nombrado. Se trata de una construcción propia frente al enigma, de una construcción que vuelva más soportable lo que aparece como fuera. La cuestión femenina puede entonces ser abordada a partir de un nuevo significativo –condición femenina– retomando con esto la idea del significativo como función de creación. De esta manera, proponemos no considerar como fundamental la noción de falta de significativo en la mujer –aspecto que se pone en juego en la premisa de Lacan “la mujer no existe” y en Freud al igualar la mujer a la madre–, sino más bien considerar la feminidad como algo singular y no como la búsqueda de un significativo que pueda permitir la existencia de un conjunto universal para ella. Se trata, entonces, de una nueva proposición desde nuestro lado que se oriente hacia un saber hacer. Considerando que hemos descrito la condición femenina como un nuevo significativo, se trata entonces de un significativo a trabajar en la cura que contemple la particularidad de cada caso.

En este sentido, el psicoanálisis podría proponer para el caso de Nina trabajar la relación con su madre,

considerando que dicha relación está trazada a partir del deseo, del amor y del goce. Un trabajo como éste podría permitir la construcción de otra “solución” y que no sea sólo el pasaje al acto lo que aparece para el sujeto como posibilidad de existir. Se trata, entonces, de llevar a cabo un trabajo para que la idea de ser la “pequeña princesa de Thomas” sea algo más soportable para Nina.

La última frase de la película es pronunciada por Thomas: “¿qué es lo que has hecho mi pequeña princesa?” Al momento de los aplausos una vez que ha finalizado la representación del ballet, todo el mundo evidencia el acto de Nina, ante lo cual podemos decir que la frase de Thomas fue escuchada tarde por ella, puesto que en dicha frase está contenido el significante “princesita” que viene a subrayar un imposible y no una nueva condición para Nina.

## REFERENCIAS

1. Freud S. (1915) Un caso de paranoia que contradice la teoría analítica. Tomo XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 2003
2. Freud S. (1924) El Sepultamiento del Complejo de Edipo. Tomo XIX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 2003
3. Freud S. (1925) Algunas Consecuencias Psíquicas de la Diferencia Anatómica entre los Sexos. Tomo XIX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 2003
4. Freud S. (1931) Sobre la Sexualidad Femenina. Tomo XXI. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 2003
5. Freud S. (1932) Conferencia 33: La Femenidad. XXII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 2003
6. Lacan J. (1957-1958) Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1999
7. Lacan J. (1969-1970) Seminario 17: El Reverso del Psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1992
8. Lacan J. (1972-1973) Seminario 20: Aún. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1975
9. Zalcberg M. (2010) Qu'est-ce qu'une fille attend de sa mère? Editorial Odile Jacob. Paris, 2010



## ARTE Y PSICOANÁLISIS

# REFLEXIONES EN TORNO A UN TIPO PARTICULAR DE PEDOFILIA A LA LUZ DEL ANÁLISIS DE LA ÓPERA: “PETER GRIMES”<sup>1</sup>

(Rev GPU 2012; 8; 4: 463-471)

Irene Dukes

Me propongo explorar el tema del abuso hacia menores –y, más específicamente, un tipo particular de pedofilia, denominada pedofilia cínica– desde una mirada psicoanalítica. En una revisión bibliográfica de la pedofilia, la literatura destaca a Kraft-Ebing (1900) como el primero en distinguir las perturbaciones sexuales y acuñar el término *paedophilia erótica*, para referirse a una predisposición mórbida. Freud, por su parte, consideró la pedofilia como una perversión. Así, en *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905), afirma que los niños son objetos sustitutos para aquellos que no son capaces de tener relaciones sexuales con sus pares, y que sólo excepcionalmente son ellos el objeto exclusivo. Comprende la perversión como una desviación respecto del acto sexual normal definido como el coito con una persona del sexo opuesto dirigido al logro del orgasmo por medio de la penetración genital. Y plantea que hay perversión cuando el orgasmo se alcanza con otros objetos sexuales (homosexualidad, pedofilia, bestialidad, etc.); o bien cuando el orgasmo está subordinado absolutamente a condiciones extrínsecas que incluso pueden bastar por sí mismas para provocar placer sexual (fetichismo, travestismo, voyeurismo, exhibicionismo, sadomasoquismo)” (Laplanche y Pontalis, 1967).

Money Kyrle (1971) explora la perversión de la pedofilia y plantea que está sostenida por un núcleo delirante específico, una concepción equivocada, una organización patológica del mundo interno, en que un objeto altamente idealizado y sexualizado toma el lugar de las figuras parentales. La fantasía subyacente variará de acuerdo con la naturaleza de la perversión (si

es sadomasoquista, pedofilia u otra), pero el objetivo de producir una satisfacción masturbatoria excitante es compartido en todas esas formas de perversión. En esta misma línea, De Masi (2003) (citado en De Masi, 2007) postula que la fantasía sexualizada se encuentra ya presente en la primera infancia del futuro perverso, pero en este caso, a diferencia de los procesos ‘normales’, se

<sup>1</sup> Trabajo publicado originalmente en la Revista Chilena de Psicoanálisis: Dukes, I. (2010). Reflexiones en torno a un tipo particular de pedofilia a la luz del análisis de la ópera: “Peter Grimes”. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 27 (1): 72-82. Reproducido con autorización.

bloquearía el desarrollo de una parte saludable de la personalidad, persuadiéndola hacia una experiencia de placer adictivo. Este núcleo escindido de la personalidad pasaría a ser la única fuente de gratificación, y ejercería un poder muy fuerte sobre el paciente, orientando y coloreando los diferentes aspectos de su vida.

En relación con el diagnóstico diferencial de pedofilia, hay al menos dos situaciones que discriminar antes de entrar realmente en materia. Una es aquella en que el abuso sexual de los menores puede corresponder a casos de pedofilia secundaria, esto es, cuando el abuso surge de otras condiciones psicopatológicas, como la esquizofrenia o el deterioro mental, la demencia, etcétera. Un segundo caso necesario de discriminar es el del abuso sexual que sucede al interior de una familia, el cual debe distinguirse de la verdadera pedofilia (a pesar de que hay similitudes entre ellos, como ignorar el tabú del incesto y la diferencia generacional). Glasser (1988) (citado por De Masi, 2007) señala que el incesto implica dinámicas intrafamiliares complejas que son totalmente ajenas a la pedofilia.

En cuanto a qué considerar realmente pedofilia, diversos autores han realizado un esfuerzo por clasificarla. Para fines de esta presentación, me referiré concretamente a las ideas de Glasser (1988) y De Masi (2007).

Según Glasser, la pedofilia puede dividirse en dos formas: estructurada y ocasional. Se habla de pedofilia estructurada cuando los objetos sexuales son exclusivamente niños o adolescentes, pudiendo tomar la modalidad hetero u homosexual. Se habla de pedofilia ocasional en los casos en que el pedófilo lleva una vida aparentemente normal, pero tiene relaciones sexuales también con niños; en estos sujetos hay un cierto grado de culpa por el acto pedófilo.

Franco de Masi, por su parte, considera que el acto sexual del pedófilo con el niño siempre implica violencia, tendiendo en un extremo a una agresión criminal. Sostiene que la pedofilia puede ocurrir sola o combinada con otras perversiones, entre las cuales el sadismo es la más peligrosa. Al tomar en cuenta este aspecto, distingue dos tipos de pedofilia:

- *Pedofilia romántica*: es alimentada por la figura erotizada e idealizada de un niño o niña. El mundo de los sujetos que presentan este tipo de perversión gira en torno a la vida de jóvenes o niños. Esto no significa que esta forma de pedofilia esté limitada a la sublimación de la sexualidad, sino que su tendencia culmina en un acercamiento sexual concreto. Se trata de sujetos que habitualmente presentan rasgos altruistas o destrezas educacionales en sus relaciones con los niños.

- *Pedofilia cínica*: “En estos casos, la fantasía subyacente es sádica; un estado mental de excitación sólo puede alcanzarse por medio de imaginar el maltrato o violencia a un niño. El placer no deriva del deseo sexual, sino más bien de ser capaz de hacer lo que se quiera a un objeto sublimado. El niño es más plausible que los otros de convertirse en un objeto de fantasías sádicas criminales” (De Masi, 2007, p. 45). En estos casos, los sujetos habitualmente no tienen ninguna relación particular con los niños y no están fascinados con el mundo infantil.

De Masi plantea que el sadismo de la pedofilia cínica es una parte intrínseca de la estructura perversa de la pedofilia, e intenta explicar, desde una perspectiva psicoanalítica, por qué la sexualidad dirigida a los niños puede ser un campo fértil para el sadismo. Plantea que en la pedofilia hay una relación asimétrica (adulto-niño, dominador-dominado) y que el niño puede volverse deseable porque es psicológicamente indefenso, situación que puede generar una escalada extrema hacia la excitación sexual.

El misterio de la perversión parece estar lejos de agotarse. El tiempo ha pasado y en la actualidad –a partir de la difusión que están teniendo casos que han remecido la opinión pública– ha surgido desde varias disciplinas un renovado interés por comprender este tema. A pesar de ello, y en términos generales, las publicaciones sobre pedofilia son escasas, en particular aquellas referidas a los tratamientos, lo que probablemente guarda relación con la complejidad inherente al cuadro clínico en cuestión<sup>2</sup>. Los estudios psicoanalíticos de casuística de pacientes pedófilos muestran que son pocos aquellos que llegan a consultar, y menos aún los que permanecen en tratamientos psicoanalíticos. Por otra parte, algunos de los pedófilos descritos en los estudios citados corresponden a casos en los que el paciente ha optado por aceptar el tratamiento como una alternativa preferible a una sentencia y, por lo tanto, a menudo mantienen el área pedófila escindida y encapsulada.

Una característica central de los tratamientos con pedófilos es la distancia inicial entre los dos miembros de la díada analítica. Ocurre con frecuencia que el analista tiene dificultades para empatizar con el mundo del pedófilo, que experimentará como incomprensible

<sup>2</sup> Entre los estudios más acuciosos destacan los de Arundale, 1999; Glasser, 1988; Karpman, 1950; Socarides, 1959 (citados por De Masi, 2007); Kuitca y Berezin de Guiter (2000); Florenzano (1997); Herzog (1999); Dittborn (2005).

y distante en su singularidad. Habitualmente esta vivencia de distancia se combina con una forma de contratransferencia en que el analista es atraído hacia el mundo del pedófilo, lo que puede hacer surgir angustias del tipo de ser colonizado o engolfado por ese mundo. Más específicamente, en el caso de la pedofilia cínica, el tipo de transferencia dice relación con angustias parecidas a las psicóticas, junto con la inclinación hacia las vivencias sadomasoquistas instaladas en la matriz transferencia-contratransferencia.

### **PETER GRIMES, DE BENJAMÍN BRITTEN: ESCENARIO DE UNA ORGANIZACIÓN PATOLÓGICA DE LA MENTE**

Este trabajo pretende aproximar al lector al tema del abuso hacia menores a través del examen de un personaje de una ópera, –Peter Grimes, de la obra del mismo nombre–, para lo cual se mostrará la organización psicológica que domina su mundo interno, la conceptualización de sus refugios psíquicos y de las organizaciones patológicas defensivas, correspondiente al tipo de *pedofilia cínica* descrita por De Masi. El análisis estará sustentado en la metapsicología kleiniana, la cual nos conduce al entendimiento del mundo interno como una sucesión de actos dramáticos que transcurren en la fantasía inconsciente en interacción permanente con los objetos del mundo real. De este modo, el entendimiento de la vida mental será enfocado como una trama argumental en que intervienen distintos personajes, donde el yo y los objetos interactúan entre sí de modo personificado. Vale decir, asumen distintos roles, están dotados de intenciones, experimentan sensaciones y sentimientos de carácter personal, y llevan a cabo acciones con sentido; todo esto dentro de un escenario que adquiere cualidades de movilidad y ubicuidad (Bianchedi, 1983).

Benjamín Britten, uno de los compositores más prolíficos e interesantes del siglo XX, se inspiró en el poema “The Borough” del inglés George Crabbe, publicado en 1810, para crear la ópera *Peter Grimes*, compuesta y estrenada en 1945. Crabbe describe a Grimes en el poema como un individuo “intocado por la piedad, no aguijoneado por el remordimiento ni corregido por la vergüenza”. Britten supo llevar a escena increíbles crueldades, violencias físicas y psicológicas. Con gran dramatismo, la obra aborda la historia de un pescador que maltrata, golpea y abusa sexualmente a menores, y la soledad y marginación que vive el protagonista. El relato nos enfrenta con diversas lecturas posibles y apela a la propia capacidad de análisis, confrontándonos con nuestras emociones más profundas.

### **La historia de Peter Grimes (Síntesis personal)**

El argumento de la ópera se basa en la historia de Peter Grimes, un pescador inglés de principios del siglo XIX. Grimes es un hombre solitario y huraño que no goza de simpatías en la aldea. Ha perdido por segunda vez a su joven ayudante en las faenas de pesca en alta mar. Es citado a un juicio para aclarar las circunstancias que han envuelto la muerte del muchacho y para discriminar si el hecho es o no delictivo. El tribunal no encuentra razones para condenarlo, lo declara inocente, pero le prohíbe tener a un niño-aprendiz bajo sus órdenes. Todo esto en oposición a la opinión de los habitantes del pueblo, que ven en él a un asesino y perverso que abusa de menores y a quien tratan como tal. Sólo Ellen y Balstrode creen en su inocencia. Ellen es profesora de la escuela del pueblo y siente atracción y compasión por Grimes; Balstrode es un hombre compasivo y de buen corazón, que recomienda al pescador que se amolde a la nueva situación con el fin de evitar más problemas y de no enfurecer más aún al pueblo.

Pese a las disposiciones del juez y a los consejos de Balstrode, Grimes está decidido a volver a tomar a un ayudante, y escoge para esto a un muchacho de un orfanato. Ellen se ofrece para ir a buscarlo en medio de una tormenta que presagia una catástrofe. Cuando llega Ellen –en medio de la tempestad– con el aprendiz, Grimes se muestra muy alterado. Con gran agresividad y violencia se lleva al muchacho a su cabaña, mientras Balstrode interviene para apaciguar al pueblo.

Una mañana Ellen se encuentra con el niño-ayudante de Grimes y repara en sus vestimentas rotas y algunas contusiones en el cuello. Llega Grimes y Ellen le reprocha todo lo que acaba de constatar; él reacciona enfurecido, arremete físicamente contra Ellen y entra en un espiral de cólera que lo lleva a huir desesperado. No obstante, en una actitud compasiva, ella se mantiene fiel a él.

La escalada de rumores de ciertas vejaciones (abuso sexual, maltrato) a las que es sometido el aprendiz rondan entre los aldeanos. Ellen y Balstrode intentan infructuosamente acallar las voces de denuncia.

Después de una patética escena en la cabaña donde Grimes se violenta con el aprendiz, le ordena prepararse para salir a pescar. A lo lejos se oyen voces enfurecidas que vienen hacia la cabaña. Grimes temiendo que algo malo suceda, sale apresuradamente con el muchacho, lo empuja y, en un hecho confuso, el niño cae por los arrecifes y muere. Grimes huye. La gente se amotina en busca del supuesto culpable, reclama venganza, y se inicia una cacería contra Grimes a quien

se pretende linchar, algo que ya ni Ellen ni Balstrode pueden impedir.

Grimes aparece solo al lado de su barca, se muestra completamente deshecho y trastornado por la tragedia. Llegan Ellen y Balstrode, quienes ya no pueden tranquilizarlo; entonces Balstrode le aconseja el suicidio como salida, le sugiere que desaparezca mar adentro con su barca y que, en medio de la inmensidad del mar, la hunda. El mismo Balstrode ayuda a Grimes a botar la embarcación al agua, bajo la mirada atormentada de Ellen.

La última escena muestra a los habitantes del pueblo observando que en la lejanía ha naufragado un barco, al tiempo que todos (incluso Ellen), tapándose los ojos, se preguntan con fingida indiferencia por ese barco que se hunde en el mar.

### Análisis: Vicisitudes del dolor humano

Steiner plantea una teoría de los refugios psíquicos, según la cual en la mente emergen sistemas defensivos altamente organizados y resistentes que tienen por fin proveer al sujeto de un área donde reine una calma relativa, que lo proteja de la tensión y ansiedad tanto depresiva como esquizoparanoide, ambas sentidas como intolerables. La estructura de las organizaciones patológicas se basa en disociaciones de la personalidad, que traen como resultado que partes del Self se identifiquen y hagan alianzas con otros objetos, en forma compleja. Un aspecto relevante de estas organizaciones es que la perversión pasa a ser un elemento central que mantiene unida la organización. Una consecuencia de estas alianzas –producto de disociaciones patológicas– es que cuando están vinculadas por medio de identificaciones proyectivas, el sujeto se relaciona con el objeto no como si éste tuviera características propias, sino en un tipo de relaciones de objeto narcisista (Steiner, 1993).

Al considerar la ópera *Peter Grimes* como el escenario de la mente de un paciente donde los distintos personajes están ligados a través de relaciones objetales, merece especial atención la relación que establece Grimes con los aprendices-huérfanos, dado que dicha relación constituye un aspecto estructurante de su mundo interno.

Propongo pensar que Grimes estaba dominado por una parte agresiva de sí mismo; una parte que intentaba controlar, someter y subyugar al aprendiz, al tiempo que se mostraba activamente sádico y perverso con él. A su vez, la parte 'aprendiz' de su propio Self era un aspecto huérfano, dependiente, frágil y necesitado de cuidado y protección, que quedaba atrapado por

la perversión de un modo sadomasoquista. Siguiendo este modelo de comprensión, el refugio proporcionado por esta organización seduce mediante el ofrecimiento de paz y cobijo, pero encubre un carácter engañoso, donde el refugio es más bien una guarida. La parte destructiva y poderosa del Self tiraniza a la parte necesitada y dependiente, e impide que ésta tenga acceso a los objetos buenos.

El argumento de la ópera se inicia con el juicio donde se intenta dirimir lo ocurrido con la muerte del aprendiz. Allí se presenta a Peter Grimes en posición esquizoparanoide; desesperado grita por su inocencia en medio de un clima dramático cargado de una ansiedad abrumadora, que da cuenta de un estado de persecución y confusión. Vive una situación que amenaza con un derrumbe y que presagia una catástrofe. Exige recuperar su organización defensiva, para lo cual requiere re-anudar su relación de objeto perversa (sado-masoquista) con un objeto-aprendiz. Todo este alegato se realiza empleando varias defensas entrelazadas, las que le sirven para organizar las relaciones que mantiene consigo mismo y entre él y sus objetos. Vemos, entonces, cómo se desplazan sobre el escenario defensas tales como control omnipotente, negación de la realidad (muerte de otros dos aprendices), disociaciones (víctima/victimario), identificaciones proyectivas y proyección masiva (superyó primitivo externalizado en el pueblo).

En un segundo momento de la ópera encontramos a un Grimes que evita la realidad mediante la omnipotencia. Aparece un hombre altivo y arrogante, cuyo sentimiento de grandeza y superioridad lo lleva a desconocer la sentencia que le impide tomar un aprendiz y a omitir las acusaciones desenfrenadas del pueblo (proyecta un superyó primitivo en los aldeanos, al tiempo que niega la realidad). Sintiéndose omnipotentemente intocable y todopoderoso, en una actuación de triunfo maniaco toma a un nuevo aprendiz y se relaciona con él de manera fría y cruel<sup>3</sup>). Con ello se desprende de su estado de ansiedad y confusión previa –así como de las amenazas de desmoronamiento–, quedando restablecido el equilibrio anhelado de la organización patológica. Se perpetúa así, una vez más, la relación perversa

<sup>3</sup> J. McDougall (1995) plantea que la perversión puede cumplir diversas funciones, entre ellas, insiste en que habría una relación con –K (Bion), en términos del odio a la realidad y de una escisión, que despoja de sentido a la castración. De alguna manera, plantea cierta equivalencia entre la renegación o la desmentida del falo, como mecanismo, y –K de la teoría Bioniana.

con el nuevo aprendiz, y de este modo Grimes recupera un estado de identificación proyectiva con los objetos poderosos y destructivos, volviéndose omnipotente y perverso, para así tiranizar a la parte dependiente y necesitada del Self (proyectada en el aprendiz).

A lo largo de la trama se puede observar cómo Grimes va quedando cada vez más solo, lo que da cuenta de relaciones restringidas, limitadas y rígidas con los objetos, que lo van dejando detenido y empobrecido (4). El uso rígido e inflexible de la identificación proyectiva va dando como resultado una pérdida de ciertos aspectos de su personalidad, que residen ahora en los objetos con los cuales han sido identificados. Vale decir, al ir quedando bloqueada la reversibilidad de la identificación proyectiva, se ha ido produciendo un empobrecimiento del yo.

Resulta evidente que el protagonista se encuentra en medio de una organización narcisista, cuya crueldad e implacabilidad están en cierta medida contenidas por otra parte de sí mismo (representada tanto por Ellen como por Balstrode), que puede funcionar de un modo más lógico y razonable. No obstante, a medida que transcurre la trama-vida, llega un momento en que el daño es evidente para estos aspectos del Self. Esto ocurre cuando Ellen se enfrenta a la innegable realidad de las vestimentas desgarradas del niño y de las heridas y contusiones visibles en su cuerpo. Resulta sorprendente cómo se ha evitado a lo largo de toda la obra que ese dato sea conocido tanto por Ellen como por el público, quienes vemos y no vemos a la vez.

Ellen intenta entrar en contacto con la parte dependiente y necesitada de Grimes, pero esto implica un reconocimiento de su realidad psíquica, lo cual lo conecta a él con sentimientos de humillación, denigración y dolor, los que le resultan intolerables. Ante ello, Grimes intenta defenderse con argumentos insostenibles, hasta que finalmente se violenta con ella y huye, en medio de un clima de desgarradora intensidad. Su huida obedece a su incapacidad de acceder al lado libidinal y necesitado de sí, a la vez que a su saber lo que es ser un niño pequeño, desamparado, perdido, a la deriva, en una posición dependiente de sus objetos. Encarar ese aspecto de sí habría significado contactarse con

algo dañado, abusado, explotado y, en último término, con aspectos huérfanos y muertos, donde la reparación parece ya no ser posible. La salida es, entonces, una transacción que le provee un sentido precario de identidad. Surge un arreglo perverso, mediante el cual llega a sentir que el aspecto aprendiz de su Self está de acuerdo con ser maltratado y humillado.

La situación acaba siendo insostenible y asfixiante. La muerte de otro aprendiz a cargo de Grimes es indesmentible, el pueblo enfurecido exige venganza; Ellen y Blastrode están desesperanzados y Grimes termina suicidándose. En el ocaso de su vida se vuelca sobre sí mismo, cae en un abismo cuyas profundidades lo sumergen en un mar infinito, que atestigua el suicidio en su horizonte.

El suicidio se enmarca en una trama compleja que conjuga distintos elementos. Por una parte, aparece un creciente empobrecimiento del yo, producto del abandono de los objetos buenos y de partes del Self proyectadas (sin posibilidad de ser reintroyectadas). Junto a esto, coexiste un superyó primitivo y sádico que aprisiona y exige venganza (proyectado en los aldeanos, quienes no están dispuestos a permitir que Grimes tome un nuevo aprendiz). De este modo, la trama se representa como una "situación sin salida" para la supervivencia de la estructura psíquica, donde el equilibrio previo ya no puede ser reestablecido de la misma manera.

En este punto se nos presenta una disyuntiva interesante, donde al menos caben dos posibilidades para comprender el suicidio. Una es mirar el suicidio pensando a un Grimes que, en un intento de integración de su Self, toma contacto no sólo con los daños imaginarios sino también con las consecuencias reales de su transitar por la vida (muerte, destrucción, abuso, empobrecimiento, soledad y desamparo), y que la culpa y la pena por las pérdidas y los duelos resulten tan abrumadoras que decide ponerle fin a su existencia. La otra mirada es pensar el suicidio como un intento de conservar su organización mental. El perpetuar dicha estructura puede considerarse como una necesidad psíquica primordial, que se impone al paciente como una forma de lucha contra una muerte psíquica, aunque eso implique su propia muerte. En estas circunstancias, vemos operar un sistema defensivo al modo de una identificación proyectiva intrapsíquica. Si volvemos a la escena final veremos cómo se repite una vez más el funcionamiento perverso de su estructura, pero esta vez internalizado dentro de su propio Self. La ley, no aceptada ni respetada ni reconocida, es reintroyectada en partes de sí mismo; vale decir, el sujeto reintroyecta un superyó cruel y sádico que se alía con su propia destructividad, y una vez más ataca al aprendiz, pero esta vez como

<sup>4</sup> Podría pensarse que figura en él una vida de fantasía bastante empobrecida, y muy atado a cierta fantasía que se actúa compulsivamente, las cuales probablemente tienen relación con la ideosincrática elaboración de la escena primaria y con cómo él se ubica respecto de ella. A diferencia del neurótico, quien conserva la riqueza del polimorfismo de la sexualidad.

un aspecto de sí mismo: mata a sus aspectos del Self denigrados, despreciados y maltratados (identificación introyectiva), lo que inevitablemente lo conduce a la muerte. Repite así, una vez más, la organización patológica, matando a su aspecto aprendiz, identificado con su aspecto destructivo y sádico; y lo hace ayudado por Balstrode, lo que implica el desamparo más absoluto de sus aspectos buenos, cuerdos y protectores. En este caso, los intentos de integración han fracasado, y han primado las maniobras defensivas relacionadas con la parte del Self narcisista omnipotente y destructiva que ha tomado el control del resto de la personalidad.

### Escenografía de un argumento perverso

El análisis de la escenografía va a tomar la forma del análisis de un sueño. Vale decir, la exposición de ciertos elementos creados dentro del marco escénico serán comprendidos como recursos simbólicos a partir de los cuales se puede acceder al mito personal de Peter Grimes. La escenografía será concebida como el área o paisaje sobre el cual se representa dramáticamente la organización patológica de la personalidad. Surge, entonces, la imagen de una brumosa y neblinosa aldea costera, rodeada siempre por la furia del mar, cuya estructura está constituida por dos muros grises de piedra y por la presencia de un suelo inclinado.

Lo primero que resalta es la austeridad y los pocos elementos que figuran sobre el escenario, lo que podría comprenderse como metáfora de un mundo interno empobrecido y donde los sentimientos de vacío adquieren una cualidad pictórica. El fondo del escenario está dado por dos muros grises de piedra, lo cual hace recordar –saltándose las coordenadas temporales– a Freud (1914), quien, al referirse a la resistencia de los pacientes con psicopatología narcisista, la describe como “un muro de piedra que no puede moverse”. Paradójicamente vemos la imagen de una organización defensiva, pero frágil. Se han creado estructuras defensivas (muros de piedra) aparentemente inquebrantables, que protegen de angustias profundas, pero de hecho son frágiles, por una falta de flexibilidad adaptativa que conduce finalmente al quiebre (suicidio).

Otro aspecto esencial de la escenografía es la presencia del suelo inclinado, lo cual puede ser comprendido como la inestabilidad y fragilidad del tipo de organización mental que representa, el de la perversión. Al mismo tiempo, simbólicamente alude a algo “torcido”, propio de esta organización mental desde la cual todo adquiere una perspectiva distorsionada.

Una precaria iluminación reafirma y sustenta la densidad del clima emocional. De este modo, bruma

y niebla envuelven toda la trama, logrando transmitir la sensación de la atmósfera que rodea a Grimes, y la densa aura de su mundo interno. La tempestad y los cielos tormentosos sacuden tanto a los habitantes de esta aldea como a los espectadores. Priman tonalidades grises que dan cuenta de una atmósfera opresiva, de una monotonía que opaca lo vitalizado, que conduce a una sofocante estrechez de los conflictos y pasiones humanas, y que conlleva un destino que parece inevitable.

Por otra parte, los colores grises difuminados y las tonalidades oscuras dificultan la visibilidad, y así nos encontramos concretamente con cierta ineptitud para discriminar con nitidez tanto la realidad como el dolor humano. Esto alude a un aspecto esencial de la obra, que dice relación con el tema de ocultar-revelar “verdades”. Habla de cuánto se puede develar y cuán distorsionado o engañoso y turbio es el acceso al conocimiento.

Resulta interesante constatar cómo este aspecto de ver y no ver está presente de diversas maneras, no solamente a través de imágenes brumosas. Otra figuración de lo mismo se produce cuando llega el momento de constatar el suicidio de un Grimes al que los aldeanos han despreciado, repudiado y humillado. En ese momento todos se cubren los ojos, el vínculo más inmediato con la realidad. Pareciera que el odio se ha transformado en culpa persecutoria intolerable. Han decidido tratar con la culpabilizante realidad que los acosa “haciendo la vista gorda”, vale decir, viendo el barco que zozobra a lo lejos, pero conscientemente desconociendo que es la barca de Grimes y que lo contiene a él, que a su vez contiene aspectos de todos ellos. Una vez más apreciamos cómo se enfatiza una temática central de esta organización donde la realidad es aceptada y negada simultáneamente.

Al considerar el refugio psíquico desde un punto de vista espacial –vale decir, como un área de seguridad en la cual replegarse para evitar angustias insoportables– surge un escenario donde la presencia del mar es la guarida principal. Es un espacio que distancia a Grimes del contacto con la realidad (con el continente, con la madre-tierra), así como con sus otros objetos contenedores (Ellen y Balstrode), y que le genera la ilusión de compleción, permitiéndole entrar en fantasías omnipotentes ancladas en una regresión narcisista. Ya Freud (1930) se refirió al sentimiento oceánico como un anhelo de unión con Dios o con el universo, vale decir, como una experiencia de omnipotencia anclada en un narcisismo primario.

Cabe considerar que así como el refugio psíquico proporciona cierta calma, también deja al personaje detenido y preso en su aislamiento. Esto se conjuga

a través de un mar que todo lo tiene, un mar que da paz, nutre y da sustento para la vida, pero que a poco andar se transforma en un mar azotador, tormentoso y que da muerte. En síntesis, surge la impresión del mar como la representación de los poderes elementales (disociación primitiva de las pulsiones de vida y de muerte, que conduce alternadamente a la idealización y a la denigración, estando ambas teñidas de sentimientos persecutorios).

Pareciera que el único modo que tiene Grimes para proteger el precario equilibrio de su economía psíquica es recurrir a un funcionamiento mental perverso (suelo inclinado), dentro de una organización patológica narcisista (mar), donde las murallas de piedra que ha erigido en su mundo interno, así como la niebla (ver y no ver), están insertas en un clima de intensas ansiedades esquizoparanoides y depresivas.

## DILEMAS EN EL ABORDAJE CLÍNICO

En el mar puedes hacer todo bien,  
ateniéndote a las normas, y aún así el mar te matará.

Pero si eres buen marino, al menos sabrás  
dónde te encuentras en el momento de morir.

Justin Scott, "El cazador de barcos"

Si consideramos que el analista ocupa simbólicamente el lugar del público, con su sensibilidad y forma particular de experimentar el drama, mientras que todo lo que hay y transcurre sobre el escenario es parte del mundo del paciente, entonces podemos imaginar el curso de un proceso analítico mediante la incorporación de los conceptos de transferencia y contratransferencia, donde el teatro proporciona el encuadre sobre el cual se desarrolla la trama. Teniendo la función en marcha, podemos abocarnos a la tarea de conjeturar ciertos dilemas clínicos a los que podríamos vernos enfrentados, tomando siempre en consideración que los procesos de transferencia/contratransferencia serán comprendidos desde la complejidad a la que Joseph (1985) aludió con el concepto de "la situación total", recalcando que existe más de una forma en la que los elementos de la personalidad pueden ser distribuidos y colocados en los diversos objetos con los que el paciente se relaciona.

Cabe considerar también que al referirse a los fenómenos transferenciales Joseph nos recuerda que el analista debe estar atento a todos los recursos comunicativos del paciente, y debe atender a cómo trata de involucrarnos en sus sistemas defensivos y cómo actúa inconscientemente en relación con nosotros en la transferencia, tratando de hacernos actuar con ellos. Es aquí donde están los elementos centrales que nos

permitirán acceder a la comprensión de las relaciones de objeto tempranas, así como a la organización defensiva que le es propia al paciente.

En la ópera que analizamos, desde el momento en que se inicia la función resulta sorprendente cómo todos—tanto los personajes que están sobre el escenario como la audiencia— somos persuadidos por la habilidad del dramaturgo para que dudemos de nuestras percepciones, y oscilemos entre ver a un Grimes discriminado y repudiado por un pueblo ultra conservador que no tolera las diferencias, y un Grimes perverso y abusivo. Estas imágenes son presentadas de tal manera que resultan incompatibles de integrar una con la otra. Estamos permanentemente conectados con una y con ambas, dudamos de nuestras intuiciones, nos "taparnos los ojos" (anulamos la capacidad de nuestro aparato perceptivo) y "hacemos la vista gorda" con aquellos aspectos (verdades) que nos están siendo revelados, y cuya crudeza nos cuesta tolerar.

Este fenómeno grafica el modo en que, en la situación analítica, el paciente ejerce una sutil presión hacia el terapeuta, para llevarlo a experimentar la relación de una forma determinada. En este caso, la actuación pudiera ser entrar en una complicidad inconsciente con el paciente con respecto a "verdades"; o más bien al desdibujamiento o evitación de aspectos de la realidad psíquica que provocan mucho dolor, culpa y persecución. Esto es particularmente importante, puesto que desconocer la realidad (interna y/o externa) del paciente se contraponen a la esencia de lo psicoanalítico.

El enceguecernos nos confronta con una situación clínica particular (y universal a la vez). Pareciera inevitable que, al menos durante un tiempo, el analista esté inclinado (así como el escenario) a entrar en complicidad con la organización perversa, corriendo el riesgo de quedar atrapado, seducido, engolfado y detenido en una colusión patológica con el paciente. Pudiera ser que prestar una cuidadosa atención a la dinámica de la transferencia, y particularmente a la experiencia contratransferencial, es lo que puede permitirnos no "perder de vista" el carácter investigativo de lo psicoanalítico, de tal modo de transformar en una oportunidad algo que podría ser un obstáculo.

La relación transferencial podría adquirir también el carácter de una fantasía sadomasoquista, donde se plantea una relación de a dos, una relación en la cual uno deber someterse al otro (como en el vínculo aprendiz-Grimes). En el caso del paciente, el analista podría ser experimentado como un objeto despreciable y dependiente, cuyas interpretaciones podrían ser vividas por el "interpretado" como una intrusión hostil y persecutoria, mientras que para el analista el ataque

puede ser sentido como un intento de anulación de su capacidad reflexiva.

La relación transferencial podría adquirir la forma de una vinculación sadomasoquista por el ansia del paciente de permanecer inseparablemente unido al todo, lo que se expresaría especialmente si el analista se identifica o es colocado en el rol del aprendiz y actúa primordialmente el papel masoquista, donde se genera la ilusión de que el yo se disuelve. Al ser dominado, se consigue de nuevo el ser uno por estar totalmente bajo la voluntad del otro; así se difuminan los límites y ambos, analista y paciente, pasan a formar una unidad. De este modo el analista podrá sentirse seductoramente dirigido, conducido, sostenido por la trama envolvente del paciente, configurándose una colusión inconsciente donde se satisfacen ansias regresivas de inseparabilidad.

Freud explicó el sadomasoquismo preferentemente desde el aspecto dinámico-instintivo, como una mezcla instintiva entre libido e impulso de agresión (instinto de muerte). Cuando Freud dice que el verdadero objetivo de la conducta masoquista no se consigue hasta que se siente al otro abandonado o rendido, puede desprenderse de esto una expresión extrema de anulación del desdoblamiento sujeto-objeto y del restablecimiento del estado inseparable originario. Esto podría estar a la base de la experiencia transferencial y contratransferencial de muerte psíquica.

Por momentos pudiera ser éste el clima analítico, y es la escucha contratransferencial la que nos alertará acerca de los roles en los que el paciente nos involucra. Es esa experiencia compartida con el paciente lo que nos permitirá acercarnos a comprender el mundo psíquico de éste. Sin embargo, esto es sólo una etapa del proceso; la otra tiene relación con la forma en que podamos operacionalizar de manera constructiva este conocimiento. Esto nos confronta con dificultades técnicas para el analista, acerca de cómo manejar la situación y afrontar las presiones que nos inducen a representar un cierto rol.

Steiner (1993) apela a nuestra capacidad de contención y de paciencia, y sugiere que en busca de que el paciente nos permita entrar en su refugio psíquico, pudiera ser conveniente privilegiar durante los inicios del tratamiento las interpretaciones transferenciales centradas en el analista, por sobre las centradas en el paciente, de tal manera de crear un espacio contenedor donde prime el sentimiento de ser comprendido, para luego acceder –poco a poco– a las necesidades de comprensión del mundo del paciente.

Cimentar una base lo más sólida y contenedora posible parece ser un requisito esencial en el análisis;

no obstante, el cómo se accede y se entra en contacto con los aspectos destructivos del Self del paciente, sin que esto sea vivido como una intromisión persecutoria, sin que la humillación y denigración tomen el control del vínculo y sin que actuemos perversamente o seamos vividos sádica o masoquistamente por el paciente de modo tan rígido que quedemos detenidos en una situación de impasse, es un gran desafío que apela a los aspectos libidinales y creativos del analista.

Este es un caso (de ficción) que nos confronta con las limitaciones del analista, del paciente y del mismo método psicoanalítico. La experiencia analítica puede volverse infructuosa en distanciar al paciente de los peligros que encierra su mundo interno: de sus aspectos superyoicos arcaicos, de relaciones perversas sadomasoquistas, así como de lo terrorífico que pudiera resultar el desprenderse de estos estados narcisistas.

Por otra parte, no debe desestimarse la posibilidad de que, de producirse logros tendientes a la mayor integración del Self, se corra el riesgo de que, al conectarse el paciente con la violencia de los aspectos perversos de su mundo interno así como con la pobreza de sus vínculos, vale decir, no sólo con los daños imaginarios sino que también con las consecuencias reales, el proceso desencadene en un suicidio.

Otra dificultad que se debe considerar es pensar que el paciente –en este caso, representado por Grimes–, a través de un proceso terapéutico, podría desarrollar *insight* sobre el hecho de estar dominado por una organización destructiva y sádica que inhibe su desarrollo; pero que a pesar de contar con este conocimiento puede continuar ligado en una complicidad perversa con la organización (como si se tratara de un vínculo adictivo). Es decir, el hecho de comprender la dinámica de la organización defensiva, el entender su funcionamiento psíquico (y compartir ese conocimiento con el paciente), e incluso el identificarnos con su drama personal, no significa que podremos hacer que esa comprensión sea apta para el desarrollo del proceso analítico.

Éste es un caso que nos coloca al borde, al límite de la supervivencia psíquica del paciente y del analista. Nos increpa sobre los alcances del análisis y sobre el cambio psíquico, y nos plantea un desafío para la clínica en términos de técnica y de teoría.

## COMENTARIO CRÍTICO

La ópera *Peter Grimes* nos introduce en un mundo teatral-musical donde ambas expresiones se validan en conjunto, formando una composición en la que coexisten de manera singular la fuerza musical y la dramática



del texto. No obstante, con gran sorpresa descubro que en este trabajo he desconocido uno de los aspectos esenciales de toda ópera: he omitido lo musical. Releo el trabajo y busco en el texto palabras como interludios, obra sinfónica, solistas y coros, creaciones líricas, orquestación, tenor, soprano, estructura musical... Pero nada de ello aparece.

Llevado esto al plano psicoanalítico, podría pensarse que así como la música se presenta como la columna vertebral que sostiene la narrativa dramática de la ópera, de modo análogo el mundo interno se presenta como la estructura sobre la cual la realidad adquiere una narrativa particular.

Me sentí perpleja al pensar que los "otros" de este drama quedaban reducidos al concepto de "objetos internos", los que eran introyectados, proyectados, escindidos, desplazados, etcétera, pero que carecían de corporeidad propia. Esto me ha llevado a reflexionar que no es sostenible una aproximación en la cual lo intrapsíquico tenga soberanía absoluta, del mismo modo que no es sostenible un análisis de una ópera sin contemplar su estructura musical.

El punto de vista desde el cual he elaborado este análisis no considera la realidad externa como tal; más bien, ella ha pasado a ser equivalente a la fantasía inconsciente. En vez de que fantasía y realidad coexistan en una dialéctica permanente, mi perspectiva dio por resultado una óptica donde el mundo externo pasó a ser un reflejo del mundo interno.

Uno de los problemas del que adolece mi análisis es la pérdida del equilibrio entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, entre la fantasía inconsciente y la realidad. El resultado ha sido una sobrevaloración del yo intrapsíquico (ese que tiene una realidad impuesta desde dentro), al tiempo que se desconoce al yo intersubjetivo (ese que descubre la realidad). Desde esta mirada surgen ciertas interrogantes como: ¿cuál es la contribución que realizan los sujetos de la realidad (Ellen, Blastrode, los aprendices, otros) a la vida de Peter Grimes? O bien preguntarse si es que el análisis hubiese

contemplado al "otro" como un "otro intersubjetivo", ¿mi lectura y pronóstico en relación a la evolución del caso hubiese sido menos desesperanzadora?, ¿pensaría que el curso de la vida de Grimes podría estar menos sobredeterminado?

A partir de estas reflexiones el desafío podría plantearse en términos de poder tolerar un estado de tensión sostenida, donde la perspectiva intersubjetiva nutra y se nutra de la mirada intrapsíquica, en una búsqueda permanente de un equilibrio inalcanzable que cree un espacio desde el cual surja la exploración creativa.

## REFERENCIAS

1. Bianchedi E Tabak de (1983). Más allá de la metapsicología freudiana: los puntos de vista metapsicológicos de la Escuela Kleiniana. *Revista de Psicoanálisis APA* 40(2): 353-367
2. De Masi F (2007). El pedófilo y su mundo interno: consideraciones teórico-clínicas en el análisis de un paciente. *Libro anual de psicoanálisis*, 23: 43-55, 2008
3. Dittborn J (2005). Fracaso de los procesos asimilatorios en un caso de pedofilia. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 22(1): 29-40
4. Florenzano R (1997). Trauma, Maltrato infantil y abuso sexual: algunas consideraciones clínicas y terapéuticas. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 14(1): 27-38
5. Freud S (1905). Tres ensayos de teoría sexual. AE 7
6. — (1914). Introducción al narcisismo. AE 14
7. — (1930[1929]). El malestar en la cultura. AE 21
8. Herzog J (1999). Sangre y amor. *Revista Chilena de Psicoanálisis* 16 (2): 61-68
9. Joseph B (1985). Transferencia: la situación total. En *Equilibrio psíquico y cambio psíquico*. Madrid: Julian Yébenes eds., 1993. pp. 217-232
10. Kuitca MK, Berezin de Guiter J. (2000). Abordaje de la presunción de abuso sexual: Dificultades en el diagnóstico y el tratamiento. *Revista de Psicoanálisis APA*, N° esp. Internacional (7): 197-229
11. Laplanche J, Pontalis JB (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor, 1987
12. McDougall J (1995). *Las mil y una caras de Eros: la sexualidad humana en busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós, 1998
13. Money-Kyrle R (1971). El objetivo del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis APA*, 30(1): 253-271, 1973
14. Steiner J (1993). *Refugios psíquicos: organizaciones patológicas en pacientes psicóticos, neuróticos y fronterizos*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1997

## CALIDAD ASISTENCIAL

# PROPUESTA PARA UNA NORMATIVA: USO, MANEJO Y CUSTODIA DE LA FICHA Y OTROS REGISTROS CLÍNICOS DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “DR. JOSÉ HORWITZ BARAK”

(Rev GPU 2012; 8; 4: 472-481)

Rafael Céspedes<sup>1</sup>

Para completar las publicaciones anteriores sobre los registros clínicos del Instituto Psiquiátrico, basados en una auditoría de fichas clínicas de los egresos del año 2008 de los Sectores de Corta Estadía y de otras Unidades Clínicas como el Servicio de Urgencia, UEPI, UDAC, UDA y UETA, y considerando la crítica situación de los Registros Clínicos del Instituto Psiquiátrico que refleja dicha auditoría, como además lo señala la Contraloría General de las República en uno de sus Informes sobre el Instituto Psiquiátrico, hemos querido contribuir con una propuesta de normativa para la Ficha Clínica del Instituto Psiquiátrico, para ser considerada como un punto de partida, y así hacer los esfuerzos de gestión dirigidos a superar dicha situación.

En esta propuesta consideramos el circuito que hace el expediente clínico de un enfermo desde su ingreso, considerando los registros que ejecutan los profesionales del equipo tratante, así como de diversas intervenciones de otros funcionarios administrativos, que tiene acceso a la ficha clínica en atención a sus funciones, hasta el egreso del enfermo y finalmente su custodia en la Unidad de Archivo.

Se considera las atribuciones, obligaciones y deberes de toda persona autorizada a intervenir sobre este archivo, así como el orden del distinto tipo de hojas que componen la ficha clínica, y de otros documentos que se anexan, el formato de las hojas, la importancia de la supervisión del cumplimiento de la normativa por parte de las jefaturas clínicas y administrativas.

---

<sup>1</sup> Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” E-mail: errecespedes@yahoo.com

## INTRODUCCIÓN

La Ficha Clínica está constituida por el conjunto de registros y documentos gráficos, y otros digitales en la actualidad (CD, DVD, etc.) que dan cuenta de la actividad sanitaria que se genera con motivo de enfermedades emergentes o prevalentes de una persona que concurre a un establecimiento asistencial por atención y eventual hospitalización. Es un documento único, ordenado y completo que debe reunir en forma clara y precisa toda la información concerniente a la salud y enfermedad de un paciente, su evolución y las atenciones recibidas.

La Ficha Clínica tiene diversas funciones: la fundamental es la asistencial, vale decir, la de registrar, conservar y proteger toda la información clínica de una persona con el objeto de darle una atención de salud de excelencia. Otras funciones y usos de la Ficha Clínica se dan en el ámbito de la Gestión de la Calidad (planificación de recursos asistenciales, control de calidad y de costos), en el ámbito de la de Investigación clínica y epidemiológica, en el ámbito de la Docencia; además de servir como un testimonio de la atención prestada a un enfermo en el ámbito del quehacer jurídico y en otros ámbitos como la previsión de salud y seguros.

En la actualidad, en nuestro país la Ficha Clínica es un documento regularizado por diversas Leyes y Decretos y Normativas, como por ejemplo:

Código Sanitario, artículo 134

En el Instituto Psiquiátrico, singular relevancia tiene en estas materias el Decreto Supremo 570 del Minsal (Reglamento de Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y de las Instituciones que la Proporcionan).

Legislación común (NCPP) en lo que respecta a diversas características y resguardos que deben tenerse con la Ficha Clínica: como documento, la obligatoriedad, la confidencialidad, el contenido, el acceso por parte de los pacientes o terceros, la conservación y su archivo.

Ley N° 19.628 Protección Intimidad.

Ley N° 20.015 ISAPRES

Proyecto de Ley "Derecho y Deberes de las Personas en Salud"

Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS N° 42/86)

Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS N° 140/2004)

Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas (D. N° 161/82 del Ministerio de Salud)

Disposición Institucional Permanente N° 5 del Ministerio de Salud.

Carta de Derecho de los Pacientes (FONASA)

Manual de Procedimientos SOME, aprobado por la resolución exenta N° 926, de 14 de junio de 1989, del Ministerio de Salud, que en su letra F regula la extensión, archivo, despacho, eliminación y confidencialidad de la Ficha Clínica (aún vigente).

En un Hospital Autogestionado en Red, como es el Instituto Psiquiátrico, la Ficha Clínica y la Historia Clínica de los usuarios deben tener una calidad acorde con las exigencias actuales en cualquier ámbito del quehacer del Servicio Público; por esta razón debemos revertir a la brevedad la situación crítica en que se encuentran los registros clínicos.

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).

El 24 de febrero de 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. Respecto a los registros clínicos, este Manual y su Pauta de Cotejo, de la Superintendencia de Salud, en el Ámbito N° 6 Registros (REG): "*El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes*", a continuación señala los estándares mínimos a cumplir en esta área, para poder acreditar a través del desglose de este Ámbito en los diversos *Componentes, Características y Verificadores*, en donde se exige la existencia de una normativa institucional sobre los registros y la Ficha Clínica (2).

Esta propuesta de normativa señala la forma en que debemos hacer los registros en nuestro quehacer asistencial, de modo que registremos lo que hacemos por la recuperación de la salud mental de nuestros enfermos, de una forma que nos permita dejar constancia de ello, sirvan para las futuras atenciones de los enfermos, para su derivación y traslado, así como para la enseñanza, docencia e investigación clínica y epidemiológica. Además de poder hacer llegar información de valor cuando lo soliciten quienes legalmente tienen derecho a acceder a ella, como es el caso del propio enfermo, los tribunales, etc., y que lo que entreguemos constituya una carta de presentación, que sea un reflejo de la calidad de nuestro trabajo asistencial.

No debemos olvidar la sentencia que afirma en relación con el que hacer asistencial que: “lo que no se ha registrado, se da por no hecho”. Esta sentencia es un axioma en relación con nuestro quehacer especialmente en el ámbito jurídico.

## HISTORIA CLÍNICA

### Definición

Se puede aludir a la definición de Ficha Clínica de diversas fuentes relacionadas con el quehacer asistencial, por ejemplo el Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud, artículo 11, que la define así: “La Ficha Clínica es el instrumento en que se registra la historia médica de una persona”. Por otra parte la Historia Clínica es definida del siguiente modo por el Manual de SOME, manual en uso aún: “La Historia Clínica es un documento único, ordenado y completo que debe reunir en forma clara y concisa toda la información concerniente a la salud de un paciente, su evolución y las atenciones recibidas”. Esta definición confunde Ficha Clínica con Historia Clínica, que son cosas muy distintas según nuestra consideración.

Es preciso definir y especificar muy bien estos conceptos fundamentales para poder entender la propuesta de normativa que suscribimos y su adecuado manejo.

La Ficha Clínica es para nosotros un elemento único por persona o enfermo, que contiene una o más Historias Clínicas de esa persona o enfermo, dependiendo de los eventos por los que consulta a través del tiempo el paciente, especialmente según el número de internaciones y lo separadas en el tiempo de su ocurrencia. La Ficha Clínica además de la Historia Clínica o Historias Clínicas, según los eventos de esa persona, contiene un sinnúmero de otros registros y documentos relacionados con cada internación o atención, o acción de salud que se ejecute en relación con el estudio diagnóstico, su tratamiento y otras acciones con ocasión de la atención de las personas.

La Ficha Clínica es un conjunto de registros y documentos, del cual la Historia Clínica de una persona es uno de los componentes fundamentales. Integra además este conjunto que es la Ficha Clínica, una serie de documentos y registros relacionados con las acciones, intervenciones y otros procesos de los que es objeto la persona, en su estudio diagnóstico, de tratamiento, como por ejemplo: Copias de Epicrisis, Consentimientos Informados, Evolución Médica y de otros profesionales, Pruebas Psicológicas, Informes Periciales y otras evaluaciones, registros de los controles de enfermería

y de las actividades de otros profesionales, además de documentos de carácter administrativo relacionados con GES, Oficios de los Juzgados, Órdenes Administrativas de Internación de la Autoridad Sanitaria, variados documentos de referencia y contrarreferencia de otras instancias de la Red Asistencial, etc. Además hemos de considerar la inclusión de información en CD y DVD, como medio en que se entregan exámenes especialmente de imagenología o procedimientos quirúrgicos.

La información registrada en la Ficha Clínica debe caracterizarse por ser: completa, ordenada y actualizada, inteligible, permanente en el tiempo, inviolable, veraz y confidencial, asequible de forma expedita. Lo mismo es exigible para los documentos diversos que se le incorporan.

### Consideraciones generales

La Historia Clínica es un documento que deben elaborar el Médico Tratante y su Equipo, 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 pondera y valoriza los hallazgos del examen físico y neurológico y del examen mental del enfermo; se evalúa y procesa las diversas fuente de información documental de que se disponga, de los exámenes de laboratorio y de imagenología, de las evaluaciones e informes de otros profesionales.

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 Residentes o Becados, por lo cual debe ser una actividad supervisada por los Médicos Tratantes, los Jefes de Sectores y de Servicio y los encargados de la docencia. Además 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 y los resultados de esto sobre la salud de la persona. En resumen, la calidad de la Historia Clínica y otros documentos de la Ficha Clínica reflejan la calidad de la atención a nuestros enfermos y la calidad del proceso de aprendizaje de nuestros médicos en formación en psiquiatría y de otros profesionales paramédicos en formación, y la validez como respaldo de eventuales investigaciones clínicas o epidemiológicas realizadas.

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 a considerar. Estas evoluciones deben ser registradas por todos los profesionales que participan del proceso de atención del enfermo. Toda intervención de los integrantes del equipo tratante debe ser registrada y debe llevar la identificación del operador, su firma, así como en la hoja que se escribe debe registrarse el nombre del enfermo, su RUN, su número de ficha clínica, la fecha y la hora y el lugar de la atención (Sector, Unidad, etc.).

Un documento de primordial importancia, del que debe quedar una copia en la Historia Clínica del enfermo, es la Epicrisis.

La Epicrisis es un documento fundamental en el proceso de atención de un enfermo, especialmente si ha estado hospitalizado, y con mayor razón si se trata de una internación psiquiátrica especialmente prolongada. Al ser dado de alta un enfermo, debe entregársele una Epicrisis, que es un documento que da cuenta de una serie de hechos a los que se sometió el paciente en el proceso de atención, en el cual intervino una serie de profesionales, de un equipo encabezado por el médico tratante. Otras consideraciones sobre la Epicrisis se han presentado en artículo publicado con anterioridad (4).

## **UNA PROPUESTA DE NORMATIVA PARA LA FICHA CLÍNICA DEL INSTITUTO PSIQUIATRICO "DR. JOSÉ HORWITZ B."**

### **Consideraciones generales**

La Ficha Clínica, que incluye toda la documentación de una persona enferma que se atiende en el Instituto Psiquiátrico, considerando la carátula, los formularios de Ingresos Clínicos, la Historia Clínica propiamente tal y la variedad de formularios de atención de los diversos profesionales y otros documentos detallados en otro acápite, aparte de ser llenados como se estipula en esta normativa, se debe archivar como a continuación se señala:

1. Se debe considerar cada internación como un "Evento", en el que se abrirá un expediente (contenido en una carátula de F. Clínica, la que llevará todos los datos que ésta requiere, se le agregará en la parte inferior de la portada con números de un centímetro de altura, el año del Evento, luego un guion, seguido del número del evento de ese año, Ejemplo 2010 – 1, si es el primer ingreso de ese año. Si luego del alta el enfermo reingresa ese

mismo año, se abrirá otro expediente, al que se le colocará 2010 – 2, y así sucesivamente por cada nueva internación.

2. A la Unidad Recaudación Llegará, una vez dado de alta el enfermo, el expediente de esa internación, el cual debe venir con todas sus hojas sujetas con acoclip y en el orden señalado en esta normativa; al ser retirada en esta Unidad la Hoja de Egreso Estadístico, se volverá a dejar todas las restantes hojas archivadas con el acoclip; de igual modo se procederá en la Unidad de Archivo al retirar la Epicrisis.
3. Enseguida, en la Unidad de Archivo se procederá a introducir este Expediente, con otros anteriores y con el antiguo volumen de la Ficha Clínica de este enfermo, de contar con ella, en la Caja Contenedora, que se utilizará con la finalidad de mantener todos los Expedientes de una misma persona como un conjunto, con el orden cronológico adecuado, protegidos y conservados de esta manera.
4. Cuando se ingrese un enfermo que tiene hospitalizaciones previas, junto con el nuevo Expediente que se abre para este último Evento (hospitalización) será enviado por la Unidad de Archivo solamente el Expediente inmediatamente anterior a este último ingreso.
5. Los restantes Expedientes de Eventos o ingresos anteriores que tuviere el enfermo serán entregados a su Médico Tratante cuando los solicite formalmente para su revisión y estudio. Una vez revisados, deberán mandarse a la Unidad de Archivo en la Caja Contenedora respectiva, dentro del plazo fijado para tal efecto.
6. Los Profesionales y Técnicos Paramédicos, previo al alta del enfermo, retirarán las hojas sin uso y tacharán los espacios en blanco de las hojas usadas parcialmente.
7. Se hará una nueva Historia Clínica a un enfermo que reingresa cuando hayan transcurrido más de seis meses de su anterior ingreso. Debe tenerse en consideración, si es que ha transcurrido menos tiempo, la necesidad de hacer la Historia Clínica completa nuevamente, en atención a cambios relevantes de los antecedentes registrados previamente.
8. En el Instituto habrá una persona encargada de supervisar el cumplimiento de la Norma, además de recoger las sugerencias de mejoras de la Ficha Clínica y su Normativa que vayan surgiendo.
9. En los Sectores y Unidades se designará un funcionario que revise el Expediente Clínico del enfermo antes de su alta, verificará que todos los documentos estén en el orden señalado en esta Normativa,

que no queden hojas ni espacios en blanco en las diversas hojas, que la ficha esté sujeta con un aco-clip, y que ésta sea enviada a la Unidad de Recaudación y posteriormente a la Unidad de Archivo para su custodia y protección.

### Consideraciones específicas

El tamaño de las carátulas y de todos los formularios y hojas que se usen o anexen al expediente será uniforme, tamaño (A4).

Todos los documentos que se elaboren por los Profesionales Médicos, Profesionales Paramédicos y Técnicos Paramédicos, serán los oficiales que esta normativa establece.

Cada hoja será foliada, llevará el nombre completo del enfermo, su número de RUN (o CI) y el número de Ficha Clínica.

El personal que haga los registros lo hará con letra legible, sin abreviaturas, y anotará de modo atingente lo que se relaciona con el enfermo, respecto a su estudio, tratamiento y cuidados. No se puede hacer comentarios sin relación con la atención del enfermo. Siempre

debe tenerse presente que los registros clínicos son datos sensibles y confidenciales

Los Profesionales Médicos, Profesionales Paramédicos y Técnicos Paramédicos que realicen registros en cualquier documento del Expediente Clínico del enfermo, deberá dejar consignados: la fecha, la hora, el lugar en que se encuentra el enfermo que es objeto de un registro, y deberá colocar su nombre completo y su firma en cada evolución o registro.

Los Médicos Becados o Residentes, y otros Profesionales y Alumnos que estén desarrollando una pasantía, deben cumplir con esta normativa y deben colocar su nombre y firma en los registros que efectúen; además registrar el nombre completo y su firma el profesional a cargo o Supervisor.

### Orden y color de los diferentes documentos que integran el Expediente del Evento de Internación

La Ficha Clínica tendrá que manejarse según esta normativa. El orden y color de los diversos documentos que constituirán el Expediente de cada Evento son los que a continuación se describen y muestran en la siguiente tabla:

1. Hojas de Egreso	Color
1.a. Informe Estadístico de Egreso Hospitalario	Blanco
1.b. Epicrisis	Rosado
2. Ingreso de Urgencia	Color
2.a. Ingreso Médico de Urgencia	Verde
2.b. Evolución médica de Urgencia	Verde
2.c. Hojas de Registro de Consentimientos Informados	Blanco
2.d. Ingreso de Enfermería	Verde
2.e. Evolución de Enfermería	Verde
2.f. Selección de Hojas de Evoluciones de Técnicos Paramédicos, con Registro de Situaciones Relevantes y Eventos Adversos	Verde
2.g. Hoja de antecedentes de Servicio Social	Verde
3. Ingreso de Recepción de Sector de Corta Estadía o Unidad	Color
3.a. Ingreso de Recepción de Sector o Unidad	Blanco
3.b. Historia Clínica de Pacientes Hospitalizados	Blanco
3.c. Hoja de Registro de Cambio de Plan de Tratamiento	Blanco
3.d. Hojas de Registro de Consentimientos Informados	Blanco
3.e. Evolución Médica	Blanco
3.f. Registro de Exámenes de Laboratorio e Imágenes	Blanco
3.g. Ingreso de Enfermería de Hospitalizados	Celeste
3.h. Evolución de Enfermería	Celeste
3.i. Selección de Hojas de Evoluciones de Técnicos Paramédicos con Registro de Situaciones Relevantes y Eventos Adversos	Celeste
3.j. Hoja de Atención y Actividades de Psicología	Amarillo
3.k. Evolución de Psicología	Amarillo

3.l. Registro de Informes y de Pruebas de Psicología	Amarillo
3.ii. Hoja de Atención y Actividades de Servicio Social	Beige
3.m. Evolución de Servicio Social	Beige
3.n. Registro de Actividades e Intervenciones de Servicio Social	Beige
3.ñ. Hoja de Atención y Actividades de Terapia Ocupacional	Naranja
3.o. Evolución de Terapia Ocupacional	Naranja
3.p. Registro de Informes y Evaluaciones de Terapia Ocupacional	
<b>4. Archivo de otros documentos</b>	<b>Color</b>
4.a. Oficios de Juzgados y Fiscalía	El propio
4.b. Resoluciones de Internación de la Autoridad Sanitaria	El propio
4.c. Interconsultas y otros Documentos GES	El propio
4.d. Otras Interconsultas con Información (Respuesta)	El propio
4.e. Otros Documentos Relevantes	El propio

**Instrucciones sobre el llenado, uso y manejo de los diversos documentos del Expediente Clínico**

*1. Hojas de Egreso*

1.a. Informe Estadístico de Egreso Hospitalario

Será llenado en todos sus ítems según correspondan al personal administrativo y al médico

1.b. Epicrisis

Será llenada completamente con todos los datos que se solicitan, no se usará abreviaturas ni siglas. Será firmada por el médico tratante, el que consignará su nombre completo y será firmada por el supervisor o jefe de unidad, especialmente en el caso de haber sido elaborada por un becado o residente.

*2. Ingreso del Servicio de Urgencia*

2.a. Ingreso Médico de Urgencia

Será realizado por los médicos de turno; los formularios serán llenados en todos sus acápite. Será firmado por el médico y deberá además consignar su nombre completo; de ser realizado por un Becado o Residente este ingreso deberá ser supervisado por un psiquiatra del turno, quien firmará y consignará su nombre completo en él, como supervisor y médico de Urgencia.

2.b. Evolución Médica de Urgencia

Las Evoluciones Médicas de los enfermos del Servicio de Urgencia serán registradas en las Hojas de Evolución

Médica, las cuales siempre llevarán el nombre completo del enfermo, su RUN y Número de Ficha Clínica.

Las Evoluciones Médicas de los enfermos del Servicio de Urgencia serán como mínimo una vez al día, en las primeras horas de la jornada. Dependiendo de la condición clínica del enfermo y de otras circunstancias que hagan necesario un mayor control del enfermo, se harán tantas evoluciones en las 24 horas, como la condición del enfermo lo requiera. A toda evolución se le anotará la fecha, hora y el lugar en que ésta se realizó, y el Médico pondrá su nombre completo y firma a cada una de ellas.

La Evolución Clínica que se haga con ocasión de indicar el traslado del enfermo a un Sector de Corta Estadía u otra Unidad, deberá registrar lo siguiente: la razón del traslado del enfermo a otra Unidad, los Diagnósticos del enfermo o Hipótesis Diagnósticas, las Indicaciones Farmacológicas, las Indicaciones Generales de Cuidado y las Indicaciones Según Riesgo Específico del enfermo (riesgo suicida, de agitación psicomotora, auto o heteroagresividad, fuga o respecto a cualquier otra situación especial de riesgo de ese enfermo. Esta Evolución de Traslado deberá llevar la fecha y la hora en que se realiza, el nombre completo del Médico de Urgencia, y su firma.

2.c. Hojas de Registro de Consentimientos Informados

El formulario será llenado por el Médico Tratante, en todos sus ítems, y se encargará que sea firmado en el mismo acto, por el enfermo y/o su apoderado o representante legal; además consignará su nombre completo y firma, según lo establezca el procedimiento clínico o de investigación a realizar.

## 2.d. Ingreso de Enfermería de Urgencia

El formulario de ingreso de Urgencia de Enfermería será llenado en todos sus acápites, se consignará la hora y lugar donde se realiza éste. El profesional pondrá su firma y nombre completo en él.

## 2.e. Evolución de Enfermería

Las evoluciones de Enfermería serán registradas siempre en la Hoja de Evolución de Enfermería de Urgencia y cada vez que se evolucione el enfermo se colocará la fecha, la hora y el lugar en que se encuentra éste, además del nombre completo y firma del profesional.

Las evoluciones de Enfermería serán efectuadas como mínimo una vez al día y, en el caso de ocurrencia de eventos adversos o situaciones especiales, tantas veces como la condición del enfermo lo amerite. Cada vez que se evolucione un enfermo, el profesional consignará la fecha, hora y lugar, y colocará su nombre completo y firma. En el caso que estos registros sean hechos por Internos de la Carrera, deberán especificar su condición, Universidad de la cual son alumnos, registrar su nombre y firma, y el profesional que los supervisa debe también consignar su nombre completo y firma.

## 2.f. Selección de Hojas de Evoluciones de Técnicos Paramédicos, con Registro de Situaciones Relevantes y Eventos Adversos

Las evoluciones de los Técnicos Paramédicos serán registradas en las hojas existentes para tal efecto; cada hoja debe llevar el nombre completo del enfermo, su RUN y número de Ficha Clínica. Las evoluciones deben consignar la hora, fecha y lugar en que se realiza la evolución al enfermo, así como el nombre completo y la firma del Técnico Paramédico.

El Profesional de Enfermería de Servicio de Urgencia hará la selección de las hojas que deben quedar archivadas en definitiva, en el expediente de la hospitalización, como ha de ser en el caso de ocurrencia de eventos adversos u otras situaciones especiales que hagan necesario conservar los registros por razones de tipo clínico, administrativas o que pueden ser de importancia judicial.

## 2.g. Antecedentes Sociales con Encuesta

Esta hoja será completada por el profesional en todos sus ítems, y pondrá su nombre completo y Firma.

Los informes y otros documentos elaborados por los Asistentes sociales se harán en papel tamaño carta,

escritos por ambos lados de cada hoja, y tendrán un formato estándar para todo el Instituto; en estos documentos se registrarán la fecha, Unidad o Servicio en que se encuentra el enfermo, nombre completo del enfermo, su RUN, y el nombre completo y firma del profesional.

## 3. Ingreso de Recepción de Sector de Corta Estadía o Unidad

### 3.a. Ingreso de Recepción de Sector o Unidad

Este documento ha de ser realizado en las primeras horas (tres a lo más) de llegado un enfermo a un Sector o Unidad, sea traslado del Servicio de Urgencia o un ingreso del Consultorio Adosado de Especialidades o haya sido trasladado de otro Sector de Corta Estadía o Unidad del Instituto, por la razón que hubiese sido. Este documento será completado por el Médico encargado de recepcionar al nuevo enfermo, sea un Becado o Residente, un Médico Tratante o el Residente de Turno, y llenado en todos sus ítems, sin dejar de consignar la Hora, Sector o Unidad, la firma y el nombre completo del Médico. Este documento será confeccionado, además, cada vez que el enfermo sea trasladado de una Unidad a otra durante su hospitalización; por eso su denominación es de Ingreso de Recepción.

### 3.b. Historia Clínica de Pacientes Hospitalizados

La Historia Clínica de Pacientes Hospitalizados será confeccionada por el Médico Tratante. En caso que el enfermo esté asignado a un Becado, deberá ser supervisado por un Médico Tratante o el Jefe de la Unidad o Sector (registrándose el nombre y la firma de este Supervisor).

En el Plan de Tratamiento quedará expresamente especificada la participación que tendrá cada miembro del Equipo Tratante en el estudio y tratamiento del enfermo, y todos quienes participen en este Equipo de Tratamiento del paciente deben consignar su nombre completo y firma en este documento.

### 3.c. Hoja de Registro de Cambio de Plan de Tratamiento

Esta hoja será llenada por el Médico Tratante y el Equipo Tratante del enfermo, cada vez que las condiciones evolutivas del enfermo o el surgimiento de consideraciones que permitan formular fundamentadamente un nuevo Diagnóstico o Hipótesis Diagnóstica, que hagan necesario adecuar el Plan de Tratamiento de manera considerable, de manera que resulte más apropiado



elaborar un Nuevo Plan de Estudio y Tratamiento. No se llenará esta hoja cuando los cambios en los tratamientos no sean de relevancia o no se deban a cambios en las consideraciones diagnósticas del enfermo por parte de su Médico tratante y Equipo.

### 3.d. Hojas de Registro de Consentimientos Informados

El formulario será llenado por el Médico Tratante en todos sus ítems, y se encargará de que sea firmado en el mismo acto por el enfermo, su apoderado o representante legal; además consignará su nombre completo y firma.

### 3.e. Evolución Médica

La Evolución Médica de los enfermos recién ingresados será realizada diariamente en la primera semana, al menos tres veces por semana la segunda semana. Posteriormente las evoluciones médicas no podrán ser menos de dos veces por semana.

En todo caso, en determinados enfermos y dependiendo de las condiciones médicas de éstos, los controles serán más frecuentes, situación que ha de quedar claramente registrada en la Evolución Médica y con los fundamentos correspondientes que justifican esta medida.

En otros enfermos los controles podrán ser más espaciados, pero en la evolución médica debe quedar un registro de esta medida, así como los fundamentos que la justifican. Esta situación será revertida por cualquier médico que le corresponda controlar a este enfermo en alguna situación especial al que ha sido llamado ha intervenir, o por su propio Médico, en caso que hayan variado las condiciones que justificaban esta modalidad de evolución.

### 3.f. Hojas de Registro de Consentimientos Informados

El formulario será llenado por el Médico Tratante en todos sus ítems y se encargará de que sea firmado en el mismo acto por el enfermo, su apoderado o representante legal; además consignará su nombre completo y firma.

### 3.g. Registro de Exámenes de Laboratorio e Imágenes

Los resultados de los exámenes serán registrados en la hoja de Registro de Exámenes; al momento del alta del enfermo se le entregarán los originales de los exámenes. Excepcionalmente se dejará fotocopia del informe de un examen, si hay una especial condición que sea conveniente.

### 3.h. Ingreso de Enfermería de Hospitalizados

Este documento será llenado en todos sus acápite por el profesional, consignará siempre la fecha, lugar y hora en que se realiza este Ingreso, y consignará su nombre completo y firma.

### 3.i. Evolución de Enfermería

Las evoluciones de Enfermería serán registradas siempre en la Hoja de Evolución de Enfermería que corresponde y cada vez que se evolucione el enfermo se colocarán la fecha, la hora y el lugar en que se encuentra el enfermo, además del nombre completo y firma del profesional.

Las evoluciones de Enfermería serán efectuadas tantas veces como la condición del enfermo lo amerite y en el caso de ocurrencia de eventos adversos o situaciones especiales, toda vez que se evolucione un enfermo, el profesional consignará la fecha, hora y lugar, además de colocar su nombre completo y firma. En el caso que estos registros sean hechos por Internos de la Carrera, deberán especificar su condición, Universidad de la cual son alumnos, registrar su nombre y firma; el profesional que los supervisa debe también consignar su nombre completo y firma.

### 3.j. Selección de Hojas de Evoluciones de Técnicos Paramédicos con Registro de Situaciones Relevantes y Eventos Adversos

Las evoluciones de los Técnicos Paramédicos serán registradas en las hojas existentes para tal efecto, cada hoja debe llevar el nombre completo del enfermo y su RUN y número de Ficha Clínica; las evoluciones deben consignar la hora, fecha y lugar en que se realiza la evolución al enfermo, así como el nombre completo y la firma del técnico Paramédico.

El Profesional de enfermería del Sector de Corta Estadía o Unidad hará la selección de las hojas que deben quedar archivadas en definitiva, en el expediente de la hospitalización, como ha de ser en el caso de ocurrencia de eventos adversos u otras situaciones especiales que hagan necesario conservar los registros por razones de tipo clínico, administrativas o que pueden ser de importancia judicial.

### 3.k. Hoja de Atención y Actividades de Psicología

Esta hoja será completada por el profesional en todos sus ítems, y pondrá su nombre completo y Firma. En caso de que estas hojas sean hechas por un profesional

en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, así como llevar el nombre completo y la firma del profesional que ha hecho de supervisor.

### 3.l. Evolución de Psicología

Las evoluciones de los enfermos y registro de terapias de estos profesionales se harán en la Hoja de Evolución de Psicología; toda hoja debe llevar el nombre, el RUN y número de Ficha clínica del enfermo, y cada evolución o registro en estas hojas debe llevar el nombre completo y la firma del profesional; de tratarse de un profesional en pasantía deberá registrar su nombre completo, firma, Universidad a que pertenece, además de llevar el nombre y la firma del profesional que lo supervisa.

### 3.ii. Registro Informes y de Pruebas de Psicología

Los informes y otros documentos elaborados por los Profesionales Psicólogos se harán en papel tamaño carta, escritos por ambos lados de cada hoja, y tendrán un formato estándar para todo el Instituto. En estos documentos se registrará la fecha, Unidad o Servicio en que se encuentra el enfermo, nombre completo del enfermo, su RUN, y el nombre completo y firma del profesional.

En caso de que estos informes sean hechos por alumnos en práctica o profesionales en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, así como llevar el nombre completo y la firma del profesional que ha hecho de supervisor.

### 3.m. Hoja de Atención y Actividades de Servicio Social

Esta hoja será completada por el profesional en todos sus ítems, y pondrá su nombre completo y Firma. En caso de que estas hojas sean hechas por un profesional en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, así como llevar el nombre completo y la firma del profesional que ha hecho de supervisor.

### 3.n. Evolución de Servicio Social

Las evoluciones de los enfermos por parte de estos profesionales se harán en la Hoja de Evolución de Servicio Social. Toda hoja debe llevar el nombre, el RUN y número de Ficha Clínica del enfermo y cada evolución o registro en estas hojas debe llevar el nombre completo, y la firma del profesional; de tratarse de un profesional en pasantía deberá registrar su nombre completo, firma, Universidad o Institución a la que pertenece, además de llevar el nombre y la firma del profesional que lo supervisa.

### 3.ñ. Registro de actividades e intervenciones de Servicio Social

Los informes y otros documentos elaborados por los Profesionales de Servicio Social se harán en papel tamaño carta, escritos por ambos lados de cada hoja, y tendrán un formato estándar para todo el Instituto; en estos documentos se registrarán la fecha, Unidad o Servicio en que se encuentra el enfermo, nombre completo del enfermo, su RUN, y el nombre completo y firma del profesional.

En caso de que estos informes sean hechos por alumnos en práctica o profesionales en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, así como llevar el nombre completo y la firma del profesional que lo ha hecho de supervisor.

### 3.o. Hoja de Atención y Actividades de Terapia Ocupacional

Esta hoja será completada por el profesional en todos sus ítems, y pondrá su nombre completo y firma. En caso de que estas hojas sean hechas por un profesional en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, así como llevar el nombre completo y la firma del profesional que ha hecho de supervisor.

### 3.p. Evolución y Registro de Actividades de Terapia Ocupacional

Las evoluciones de los enfermos por parte estos profesionales se harán en la Hoja de Evolución de Terapia Ocupacional. Toda hoja debe llevar el nombre, el RUN y número de Ficha Clínica del enfermo y cada evolución o registro en estas hojas debe llevar el nombre completo y la firma del profesional; de tratarse de un profesional en pasantía, deberá registrar su nombre completo, firma, Universidad o Institución a la que pertenece; además deberá llevar el nombre y la firma del profesional que lo supervisa.

### 3.q. Registro de Informes y Evaluaciones de Terapia Ocupacional

Los informes y otros documentos elaborados por los Profesionales de Terapia Ocupacional se harán en papel tamaño carta, escritos por ambos lados de cada hoja, y tendrán un formato estándar para todo el Instituto; en estos documentos se registrarán la fecha, Unidad o Servicio en que se encuentra el enfermo, nombre completo del enfermo y su RUN, y el nombre completo y firma del profesional.

En caso de que estos informes sean hechos por alumnos en práctica o profesionales en pasantía, deberá indicarse la Universidad o Institución respectiva, como asimismo deberá llevar el nombre completo y la firma del profesional que lo ha hecho de supervisor.

#### 4. Archivo de otros Documentos

- 4.a. Oficios de Juzgados y Fiscalía
- 4.b. Resoluciones de internación de la Autoridad Sanitaria
- 4.c. Interconsultas y otros documentos GES
- 4.d. Otras Interconsultas con información (Respuesta)
- 4.e. Otros documentos relevantes

Estos documentos, de no venir en tamaño carta, serán fotocopiados en tamaño carta, para evitar que sobresalgan y se deterioren.

#### Formato de Historia Clínica y de las diversas Hojas de Registro

En esta publicación no se incluyen las diversas hojas diseñadas para el registro de las actividades asistenciales, por razones de espacio.

#### Supervisión del cumplimiento de esta Normativa

El cumplimiento estricto de esta normativa es deber y obligación de todo el personal clínico del Instituto, del personal administrativo (autorizado) que realiza alguna función en relación con la Ficha Clínica de los Enfermos del Instituto Psiquiátrico.

Las jefaturas deberán velar por el cumplimiento de esta Normativa por ser funcionarios, realizando actividades de supervisión del cumplimiento de ella.

Cualquier documento diseñado para ser usado en la Ficha Clínica de los enfermos de este Instituto debe

ser autorizada por una resolución de la Dirección, previa revisión por parte de la subdirección médica y de otra Unidad que pudiere existir en el Instituto y que tenga que ver con la gestión del uso clínico propiamente, control y supervisión de la Ficha Clínica.

Realizarán actividades de inducción de la Normativa a los nuevos funcionarios y de reforzamiento a los antiguos con una periodicidad conveniente.

El cumplimiento y respeto de esta normativa, por el personal del Instituto cuyo trabajo tiene relación con la ficha clínica de los enfermos, debe reflejarse en las calificaciones de éstos.

Las faltas administrativas en relación con el manejo de la Ficha Clínica serán investigadas administrativamente y sancionadas según corresponda.

Las faltas o delitos que se cometan respecto a no respetar lo que la Ley determina en relación con el uso de los registros clínicos de los enfermos o personas, serán juzgados por los Tribunales Competentes.

#### Glosario

No se incluye en esta publicación por razones de espacio.

#### REFERENCIAS

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](http://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. Céspedes R. 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) Por publicar

