

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 9, VOLUMEN 9, Nº 1 MARZO DE 2013

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

www.revistagpu.cl

IMPORTANTE

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

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

SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

Psiquiatras..... suscripción gratuita
Médicos no psiquiatras \$ 25.000*
Otros profesionales \$ 25.000*

SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

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

Solicitudes

CyC Salud Limitada

E-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl

Fono: (56-2) 269 7517

* Suscripción por 1 año (cuatro números).

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

Revisión · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

DIRECTOR ACADÉMICO

Dr. César Ojeda

SECRETARIA ACADÉMICA

Ps. Anneliese Dörr

EDITOR GENERAL

Dr. Alberto Botto

SUB-EDITORES

Dra. Patricia Cordella, Dr. Paul Vöhringer

SUB-EDITOR INTERNACIONAL

Ps. André Sassenfeld

CUERPO EDITORIAL

Dra. Julia Acuña, Dra. Claudia Almonte, Dr. Félix Bacigalupo, Ps. María Luz Bascuñán, Dr. 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

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

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

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

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

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

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)



JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS

Médica Psiquiatra. Graduada como médico-cirujana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1977. Título de Especialidad en Psiquiatría de adultos de la Universidad de Chile en 1980. Estudios de Postítulo en Psicoterapia sistémica familiar (Instituto Chileno de Terapia Familiar), bioética (Universidad de Chile), administración en salud (USACH). Miembro de Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y de Sociedad Chilena de Salud Mental. Ha trabajado como psiquiatra clínica en Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional del Maule, Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz", Servicio de Psiquiatría Hospital Salvador, Santiago. Se ha desempeñado como encargada de Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (1991-1995). Actualmente es Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, donde realiza docencia de posgrado y pregrado. Directora del Curso oficial de Psiquiatría de Escuela de Posgrado. Directora del Curso de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental, entre otros. Investigación y publicaciones se han centrado en estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, Discapacidad de causa Psíquica, Evaluaciones de impacto de programas nacionales FONADIS y Esquizofrenia MINSAL, Trauma infantil y su impacto en psicopatología del adulto; Subjetividad de los médicos en tiempos de cambio.



CLAUDIA ALMONTE KONCILJA

Estudió medicina en la Universidad de Chile, División de Ciencias Médicas Occidente, entre 1984 y 1990. Premio mejor interna Sede Occidente y mejor egresado(a) promoción 1990. Beca "Excelencia Académica" Universidad de Chile en Psiquiatría de la infancia y adolescencia, Sede Norte, Hospital Roberto del Río, 1991-1994. Cargo Docente Asistencial en Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, 1996-1998. Ejercicio privado de la profesión desde 1998 a la fecha.



FÉLIX BACIGALUPO I.

Médico Psiquiatra, Académico Universidad de Los Andes.



MARÍA LUZ BASCUÑÁN RODRÍGUEZ

Psicóloga, Master of Science (MSc) Universidad de Londres, Diplomada en Bioética Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Se desempeña como psicóloga clínica de adultos en el Servicio de Salud Mental de la Cámara Chilena de la Construcción y como Profesora Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en los Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental (campus Oriente) y de Bioética y Humanidades Médicas. Realiza actividades de investigación en ambos departamentos y de docencia de pre y posgrado en las Escuelas de Medicina, Enfermería, Kinesiología.



SERGIO BERNAL MATA

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.



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



GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL

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



POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI

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



PEDRO RETAMAL C.

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

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



RAÚL RIQUELME VÉJAR

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

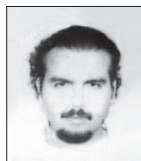
Miembro del Comité Editorial del *Journal of Family Psychotherapy*.



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
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 comprensibles 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

10 EDITORIAL

- 10 ¿QUIÉN DIJO QUE DEBÍAMOS SER FELICES?
HACIA UNA ÉTICA DE LA RESISTENCIA
Alberto Botto

12 ACADÉMICAS

- 12 PRIMER CONGRESO DE LA SOCIEDAD CHILENA PARA EL
DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA
- 22 DIPLOMADO INTERNACIONAL EN DIAGNÓSTICO, INDICACIÓN Y
ESTRATEGIAS EN PSICOTERAPIA: DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO
OPERACIONALIZADO (OPD-2)

23 COMENTARIO DE LIBROS

- 23 SOMOS FRAGMENTOS DE NATURALEZA ARRASTRADOS
POR SUS LEYES
Autor: Martín López Corredoira (Astrofísico y Doctor en Filosofía)
Editorial: Visión Net, Madrid 2005, 381 pp.
Comentarista: Hernán Villarino
- 26 ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD
Autor: Manuel Desviat / Ana Moreno Pérez (editores)
Editor: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Madrid, 2012,
917 pp.
Comentarista: Hernán Villarino

28 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

35 NOVEDADES

- 35 CISNES BLANCOS, CISNES NEGROS Y PATOS DISFRAZADOS.
COMENTARIO AL LIBRO "BERGIN AND GARFIELD'S HANDBOOK
OF PSYCHOTHERAPY AND CHANGE"
Alberto Botto

38 ENTREVISTA DE GPU

- 38 EL OFICIO EN LO INVISIBLE. ENTREVISTA A
JAIME COLOMA ANDREWS

52 ANÁLISIS

- 52 EL CASO DE "LOS 33": REFLEXIONES DE UN TRAUMA
Rodrigo Gillibrand

59 PSICOPATOLOGÍA

- 59 ¿PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD O PERCEPCIÓN
SUBJETIVA EN PERSONAS ENFERMAS DE ESQUIZOFRENIA?
Álvaro Cavieres

64 ENSAYO

- 64 EL PROBLEMA DE LA CREATIVIDAD HUMANA
Hernán Villarino
- 71 UN SUEÑO DE FREUD. PULSIÓN DE MUERTE EN LOS SUEÑOS
DE ANGUSTIA
Liliana Messina

75 PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

- 75 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS:
CRITERIOS DE CALIDAD (CON ESPECIAL ÉNFASIS
EN EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO)
Francisco Torres-González

81 BIOÉTICA

- 81 LA VISITA DE SALA: ASPECTOS BIOÉTICOS Y DE CALIDAD
RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL ENFERMO
Rafael Céspedes Pino, Roberto Mancini Rueda
- 85 EL AUTOCUIDADO, UNA RESPONSABILIDAD ÉTICA
Sandra Oltra

91 INVESTIGACIÓN

- 91 RECONOCIMIENTO DE PADRES BIOLÓGICOS
DE BEBÉS A TRAVÉS DE FOTOGRAFÍAS
Fernando Maureira Cid

95 HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

- 95 EL PRE-PSICOANÁLISIS EN LOS ORÍGENES DE LA PSIQUIATRÍA
CHILENA. EL CASO DE CARMEN MARÍN
Pablo Santander, Jaime Santander

101 REFLEXIONES

- 101 CAMINANDO POR EL VALLE DEL ACONCAGUA
Claudia Almonte
- 103 ASESINOS EN SERIE
José Francisco Alcalde

¿QUIÉN DIJO QUE DEBÍAMOS SER FELICES? HACIA UNA ÉTICA DE LA RESISTENCIA

Alberto Botto

“Las grandes palabras de esos tiempos, cuando el acontecer aún era visible, no son para nosotros. ¿Quién habla de victorias? El resistir lo es todo.”

R. M. Rilke

Desde los antiguos griegos hasta nuestros días ha persistido –en la cultura occidental– la necesidad de buscar un sentido para la existencia humana. Aunque la palabra “sentido” admite diversas acepciones, aquí la consideraremos sólo en términos de razón de ser o finalidad. En la ética aristotélica dicha finalidad (*télos*) converge en un concepto –la *eudaimonía*– que ha sido traducido, no sin dificultades, por *felicidad*. La naturaleza humana (si es posible hablar de algo así como una *naturaleza humana*) persigue un fin, y ese fin no es otro que la búsqueda de una vida buena cuyo cumplimiento trae aparejado el advenimiento de la felicidad. En consecuencia, para Aristóteles, la ética consistirá en una teleología en la medida que tiende hacia una finalidad: el logro de una vida buena y el encuentro con la felicidad. Algunos siglos más tarde Freud sostendrá, puesto en términos bastante simples, que el objetivo de la vida es obtener el mayor placer y evitar todo el sufrimiento que sea posible, en su reconocida hipótesis acerca del principio de placer y rechazo del displacer. Las fuentes de desdicha serán en primer lugar el propio cuerpo, luego el mundo y, por último, las demás personas. Sin embargo, para hacer posible la vida en sociedad el hombre deberá en gran parte renunciar a su felicidad. A pesar de sus incuestionables diferencias, encontramos, tanto en el pensamiento de Aristóteles como en el de Freud, que la vida humana persigue un fin: la felicidad en uno, el máximo placer y el menor displacer en el otro. Ahora bien, frente a estas ideas, cabe preguntarse si será posible, además, pensar en la existencia de otros fines, de otras motivaciones; e incluso –dando un paso más adelante–: ¿por qué habría que buscar la felicidad?

Durante las últimas décadas la llamada *neurociencia afectiva* nos ha enseñado –dentro de otras cosas– que el ser humano comparte con otros animales una serie de sistemas motivacionales cuyo funcionamiento regula la conducta y, por lo tanto, la interacción con el medio ambiente y el resto de quienes forman parte de la sociedad. Una de las críticas más fuertes –y que, lejos de perder vigencia, cada día encuentra un mayor fundamento tanto teórico como empírico– que se le ha hecho al psicoanálisis, apunta hacia la primacía que Freud le asignó a la oralidad y la alimentación como motores del desarrollo de la vida emocional en desmedro de otros impulsos, como la tendencia innata del niño a formar una relación fuerte y fundamental con una figura significativa, es decir, a establecer vínculos de apego. Es así como, desde un punto de vista evolutivo, los mamíferos se encuentran equipados con un conjunto de sistemas motivacionales básicos que modulan las conductas de apego, las reacciones defensivas de lucha y fuga, la rabia, el miedo y la interacción social, entre otras. Por lo tanto, más allá de la búsqueda de placer, el descubrimiento de dichos sistemas biológicos apoya la existencia de otras motivaciones fundamentales para el desarrollo psicológico y emocional tanto en la normalidad como en la patología.

Pero, ¿qué sucede con la felicidad? Desde el punto de vista evolutivo pareciera que no existe un sistema biológico que determine la búsqueda de la felicidad como si de una motivación básica se tratara. Más aún, en la lucha por la sobrevivencia la naturaleza nos ha preparado para todo lo contrario: enfrentar o alejarse del peligro y buscar la proximidad de los otros, es

decir, una base segura; un refugio que, por cierto, escasamente representa lo que comúnmente entendemos por felicidad. Hoy, cuando la tristeza es casi sinónimo de depresión y en consecuencia de enfermedad y por lo tanto de indicación de algún tipo de tratamiento, estas consideraciones distan mucho de tener el carácter de una mera especulación.

Aunque naturalmente rebasa los límites del término, la felicidad se ha emparentado con un estado de ánimo, un sentimiento o una emoción¹. Muchos pensadores han opuesto el mundo afectivo al campo de la razón y el pensamiento. Sin embargo, también hay quienes, como Spinoza, consideran que el alma y el cuerpo son las dos caras de una misma moneda y que la personalidad humana es un continuo donde la razón y los sentimientos coexisten y se complementan. En su obra, especialmente en la *Ética demostrada según el orden geométrico*, los afectos ocupan un lugar determinante, siendo inevitables e intrínsecos a la naturaleza humana y, por lo tanto, más que despreciarlos o evitarlos, lo que se impone es entenderlos. Según sostiene Victoria Camps, el objetivo de la *Ética* de Spinoza será “explicar esa condición *afectiva* del ser humano no para eliminarla, que es imposible, sino para reconducirla y gobernarla desde la razón, esto es, cambiando no los hechos sino la manera de apreciarlos”². La consecuencia de este cambio facilitará, entonces, lo que ella llama el “gobierno de la emociones”.

Para Spinoza, muchas de las ideas que nos formamos acerca de las cosas que nos suceden están determinadas por la manera en que el mundo nos “afecta” y, en ese sentido, dichas ideas pueden engañarnos. Por lo tanto es necesario transformar esas ideas (que llamará inadecuadas) en ideas adecuadas (es decir, “claras” y “distintas”) no anulando el afecto que las ha producido sino cambiando la idea del mismo. Lo que Spinoza en el fondo nos dice es que no estamos destinados a padecer las emociones, a merced de los designios del mundo afectivo; muy por el contrario, nos alienta a apreciar en su justo valor los hechos de la vida, despojándolos de todo sentimentalismo. Es verdad que los afectos

forman parte de nuestra naturaleza, pero de la capacidad de “entenderlos” y “pensarlos” depende también la posibilidad de padecerlos o disfrutarlos.

En el que probablemente sea uno de los testimonios más bellos y conmovedores de las atrocidades que marcaron el siglo veinte, Nadiezhda Mandelstam nos instala de golpe en una encrucijada que, tal vez, pueda darnos algunas señales para encontrar las respuestas a las preguntas antes formuladas. Como mujer y compañera infatigable de Ósip Mandelstam –uno de los tantos poetas rusos perseguidos por el régimen estalinista– padeció el sufrimiento, el dolor y la pérdida de manera tan honda que su historia –curiosamente su nombre, en ruso, significa *esperanza*– fácilmente podría haberse quebrado bajo el peso de la desesperación. En sus memorias cuenta que innumerables veces la idea del suicidio se alojó en su mente y que, incluso contra todo sentido común, el hecho de pensar en aquella solución irremediable con frecuencia le sirvió de consuelo y le hizo la existencia más soportable justamente porque había una salida, ¡había un fin! Y sin embargo, cada vez que lo comentaba con Mandelstam, éste reaccionaba con un profundo rechazo. Su argumento principal era el siguiente: “¿Qué sabes tú de lo que aún puede ocurrir! La vida es un don al que nadie tiene derecho a renunciar.” [...] “¿Por qué se te ha metido en la cabeza que debes ser feliz?” Mandelstam –concluye su mujer– “...era un ser lleno de amor por la vida que jamás buscó el infortunio, pero tampoco orientó su vida en busca de la llamada felicidad. Para él esas categorías no existían”³.

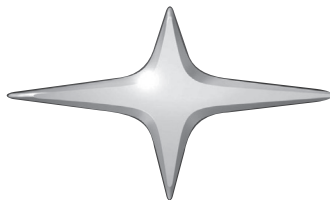
Poco se puede agregar a tan profundas palabras, salvo que parecieran enmarcarse en lo que podríamos llamar una *ética de la resistencia*, es decir, no una resignación pasiva ante el destino –representado por el imperio de las pasiones– ni tampoco la ilusoria búsqueda de una felicidad que de antemano se sabe perdida, sino más bien en la aceptación responsable de un presente que se resiste a las categorías, un presente donde la existencia humana pueda manifestarse con todos sus infinitos matices y complejidades.

¹ Desde un punto de vista psicológico, es posible efectuar diferenciaciones entre los términos afecto, ánimo, emoción y sentimiento; sin embargo, para los propósitos de este texto, se utilizarán indistintamente con el objeto de ganar claridad, evitando discusiones innecesarias.

² Camps V. (2011) *El gobierno de las emociones* (p. 70). Barcelona: Herder.

³ Mandelstam N. (2012) *Contra toda esperanza. Memorias* (p. 102). Barcelona: Acantilado.

ACADÉMICAS



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

ENCUENTRO NACIONAL DE REFLEXIÓN Y CRÍTICA

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

EVENTO INDEPENDIENTE DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA
CUPO MÁXIMO: 350 PERSONAS

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

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. y 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 Díaz 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 - 09:30

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 actuales, 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 TÉCNICOS (marque con una X)

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

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)



Diplomado Internacional en Diagnóstico, Indicación y Estrategias en Psicoterapia: Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)

La Pontificia Universidad Católica de Chile a través de su Escuela de Medicina y en conjunto a la Universidad de Heidelberg, dictará en su cuarta versión este programa **semipresencial**, para responder a la necesidad de los terapeutas de contar con un instrumento que, junto con realizar un proceso diagnóstico, otorgue orientaciones sobre la indicación y las estrategias de la futura psicoterapia.

Jefe de programa: Dr. Guillermo de la Parra

Inicio de clases: 29 de mayo

[>>Más información](#)

Aplica el sistema diagnóstico OPD-2 como guía clínica para diagnosticar, focalizar y establecer una indicación y posibles estrategias terapéuticas en psicoterapia.

[Postula aquí](#)

Dirigido a

Psicoterapeutas (psicólogos y psiquiatras) de todas las orientaciones teóricas, becados de psiquiatría.

Contenidos:

Curso 1: Introducción al sistema de diagnóstico OPD.

Curso 2: Teoría y Práctica del sistema de diagnóstico OPD-2.

Curso 3 Presencial: Seminario Internacional de Profundización y Talleres de Codificación.

Nota: Las personas que por razones geográficas no puedan asistir a las jornadas presenciales podrán tener acceso a éstas a través de la plataforma Classroom.tv.

Información General

Horario: Cursos a distancia del 29 de mayo al 30 de noviembre. Seminarios intensivos en modalidad presencial el 7 y 8 de Junio y entre el 18 y el 23 de noviembre.

Lugar de realización: Centro de Extensión UC

Duración: 142 horas cronológicas

Valor: \$980.000 (revisa descuentos y formas de pago)

www.educacioncontinua.uc.cl



Información

María Jesús Fredes

mfredesm@uc.cl / [+56 2 23546641](tel:+56223546641)

Pagos y matrículas

Natalia Meza

nmezah@uc.cl

[+56 2 2354 6605](tel:+56223546605) / [+56 2 2354 6580](tel:+56223546580)

Alameda 390, Piso 1, Oficina de Matrículas.

diplomados 2013

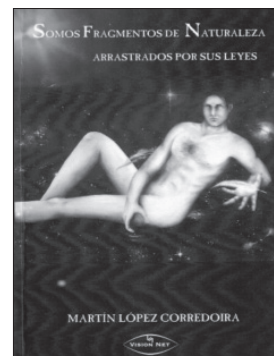
www.educacioncontinua.uc.cl

SOMOS FRAGMENTOS DE NATURALEZA ARRASTRADOS POR SUS LEYES

Autor: Martín López Corredoira (Astrofísico y Doctor en Filosofía)

Editorial: Visión Net, Madrid 2005, 381 páginas.

(Rev GPU 2013; 9; 1: 23-25)



Hernán Villarino

En el libro que comentamos se hace una explícita reivindicación del determinismo y se reconsideran las interpretaciones que postulan que con los descubrimientos recientes de las ciencias naturales se habría superado el hiato que tradicionalmente ha separado la cultura científica de la humanista. Pero antes de analizar la argumentación, por su interés general quisiéramos exponer tanto el contexto sociológico en el que, a juicio del autor, discurre la ciencia, como su dictamen sobre la filosofía de la ciencia.

En relación con lo primero, actualmente, dice, lo que mueve al mundo y a la ciencia es la economía, así es que hay mucha ciencia pero muy poco espíritu científico, se ha perdido el arrojo y sinceridad que la caracterizaban en un pasado reciente. La estructuración burocrática de los institutos, universidades y centros de investigación, la necesidad de allegar recursos para financiarse, etc., hacen que por criterios políticos, de rendimiento económico, de marketing (comercial o humanista), etc., se incurra en ciertas líneas de investigación, o se anuncien falsas novedades, o se las nombre con rimbombantes y desorientadores términos, etc. Son razones de este tipo las que determinan que hoy se denomine ciencia de la mente o de lo mental a lo que desde siempre se llamó estudio del alma, aunque los temas sigan siendo idénticos. Realmente, asegura, en el ámbito de la ciencia pura, es decir, de aquella que sólo pretende saber y no se ocupa con las aplicaciones tecnológicas, se aprecian una progresiva parálisis, seccionect y decadencia.

Admite, por otro lado, que, si bien la Filosofía, con mayúsculas, tiene una tarea esencial e insustituible, la búsqueda de la sabiduría, que incluye el conocimiento y juicio de la ciencia, la filosofía de la ciencia, en cambio, concebida como una especialidad, es más bien inútil, porque cuando hace proposiciones verdaderas, para el científico no constituyen más que un cúmulo de trivialidades y lugares comunes. Su reflexión se mueve en un clima de confusión y malos entendidos, de modo que los verdaderos científicos no necesitan de la filosofía de la ciencia y la ignoran en su quehacer cotidiano. Es obvio que nadie puede hacer ciencia estudiando los textos de filosofía de la ciencia, y los filósofos que predicán de ella en el fondo no la conocen, del mismo modo que los científicos que hablan de filosofía generalmente se contradicen con los resultados de su propia actividad. Al respecto presenta una impresionante colección de citas de Prigogine, quien sostiene una cosa o la contraria según el público que tiene al frente. Por último, particularmente severo es su juicio sobre el falsacionismo de Popper, y de la tríada dorada, Kuhn, Lakatos y Feyerabend, sólo sale medianamente bien parado este último.

Entrando ahora en materia, nos parece que hay dos afirmaciones previas que contextualizan su argumentación. La primera es la distinción fundamental entre lo ontológico, el ser propio de la naturaleza, y lo epistémico, es decir, el modo en que la conocemos y nos la representamos. Buena parte de las discusiones filosóficas y humanistas en torno a los hallazgos científicos,

dice el autor, versan sobre cuestiones semánticas y de palabras, aunque lo que interesa realmente es lo que ocurre en la naturaleza y no el modo equívoco con que a veces nos referimos a ella; el lenguaje a veces ayuda y otras obstaculiza, pero lo que se debate realmente no son problemas lingüísticos. La segunda es que indeterminismo no es lo mismo que impredecibilidad.

En relación con esto último, una teoría paradigmáticamente determinista, como la newtoniana, es determinista sólo para tiempos cercanos a la observación. Con el paso del tiempo inevitablemente entran otros ingredientes en los sistemas reales previamente aislados y las predicciones pierden efectividad, los algoritmos predictivos se esfuman, por así decirlo. Epistémicamente, entonces, un mundo impredecible es concebible como un caos indeterminado, y esa concepción se deduce directamente de la física newtoniana. No obstante, la realidad de la naturaleza, porque está férreamente determinada en el tiempo cero también lo está en cualquier otro tiempo, aunque no podamos preverla. A juicio del autor, la teoría del caos no refuta la mecánica clásica, la confirma, y no provee ningún argumento real ni para el indeterminismo ontológico ni para la libertad.

En el mismo sentido se pronuncia respecto del azar. Por lo pronto, el azar ya fue domesticado, regularizado y determinado con el cálculo de probabilidades. Una moneda tiene en cada tirada un 50% de probabilidades de salir cara o sello, pero el resultado anterior no modifica las probabilidades para la nueva tirada. Aquí no hay tiempo, historia ni pasado, sino un monótono recomenzar. Y esto, ¿cómo se podría identificar con la libertad? ¿Qué significa decir, físicamente hablando, que la conducta humana es azarosa?

La gran novedad de la física moderna, asegura el autor, es la mecánica cuántica, no la teoría de la relatividad que sólo amplía la antigua física de partículas. Recuérdese el escepticismo de Einstein frente a aquella: Dios, decía, no juega a los dados. Pero la mecánica clásica no puede explicar fenómenos como la radiación de un cuerpo negro, el calor específico de los sólidos a bajas temperaturas, el que el electrón no colapse sobre el núcleo, el que en el mundo infinitesimal la materia se comporte como partícula y como onda, etc. Pero atengámonos a las conclusiones. Ya en la descripción estándar o de Copenhague de esta teoría, las posiciones de los creadores, Heisenberg y Bohr, no son coincidentes, y en general las interpretaciones son múltiples y difusas. Como decía Bohr: quien no se confunde al conocer la mecánica cuántica no la ha entendido. No obstante opera y resuelve problemas prácticos, y es la mejor teoría que hay para el territorio que cubre. Sin

embargo, como es incompleta se requiere de otra que la complete pero que aún no existe. Lo anterior se podría resumir afirmando que como no hay una comprensión ontológica de la naturaleza cuántica lo epistémico no se puede asimilar con lo que es.

Por eso, a su juicio, es errado dar por hecho lo que en ámbitos filosóficos y humanistas se colige de lo cuántico, toda vez que no se compeadece con los datos de los físicos reales. El que a partir de esta teoría se considere confirmado el indeterminismo, o que el sujeto que observa está implicado y modifica lo observado, o que antes de que él mida no hay estados definidos de la materia, etc., junto con las extrapolaciones que a partir de allí realizan otras ciencias, resulta al menos aventurado e inexacto. Como no podemos pasar revista a todos los temas, dejamos consignado que el autor extiende el determinismo al ámbito de la vida, la neurología, la psicología, la sociología, la evolución, etc.

¿Es posible que la interpretación corriente de ciertos descubrimientos científicos en la que nosotros mismos hemos venido creyendo no dé precisa cuenta de la realidad a la que refieren? No pareciera insensato ni irracional abrigar al menos una duda, al fin de cuentas somos falibles y podemos errar, del mismo modo que no son las mayorías, ni siquiera las mayorías ilustradas, las que deciden lo que es científicamente verdadero. En la ciencia no rige el principio de autoridad. Por otra parte, hace unos cuantos años Sokal y Bricmont publicaron sus famosas *Imposturas intelectuales*, donde abundan en los argumentos sobre la gratuidad con que a veces se usan en las ciencias humanas los resultados de las ciencias naturales. Bacon, al comienzo de la era científica, planteaba que la ciencia era el camino para destronar y liberarse de los ídolos del templo, el teatro, el foro, el lenguaje y el mercado. Varios siglos después López Corredoira considera que, previo moldeamiento humanista, es también su fuente creadora.

Quien escribe estas líneas se ha preguntado si puede o no resolver por sí mismo las disyuntivas suscitadas, y sin dudar demasiado se ha respondido que, dado su nivel de inteligencia y su tipo de formación, es completamente incapaz. Ha de suspender el juicio y necesariamente tiene que guiarse por lo que dicen otros sin poder aportar argumentos propios en uno u otro sentido. De modo que si vive de oídas, sin que sus propios pies sean capaces de sostenerlo, la única forma de no arrimarse a estas ciencias con el riesgo de transformarlas en nuevos ídolos es conocer la interna conflictividad de su argumentación y resultados, quedando de paso en el aire, al menos de modo provisional, cierta filosofía y humanismo eventualmente cimentados en ilusiones.

No es libre quien no se hace cargo de los argumentos razonables contra la libertad, pero al plantear el asunto en términos de determinismo versus indeterminismo suele olvidarse que el ser que actúa libremente es el más previsible, constante y determinado, en oposición al caprichoso que es el más variable e indeterminado. Por otro lado, el determinismo constituye una visión unitaria y acabada del ser y del mundo, pero aún debemos inquirir si tal unidad es real y si las leyes físicas, admitiendo que imponen a la naturaleza un curso inflexible, son en realidad la sustancia o un límite de nuestro conocimiento. Para Kant, el mundo se presenta como irremisiblemente antinómico y contradictorio, y no cabe

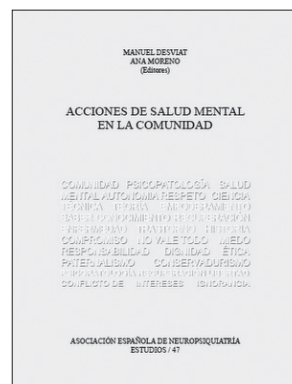
obtener una visión total de él. A su juicio, la libertad no puede tener ningún fundamento en el mundo empírico y fenoménico, que están totalmente determinados y son hijos de la necesidad, porque de ser ése el caso la libertad no sería libre sino producida y causada empíricamente. Si el mundo está desgarrado y escindido para nuestra comprensión es porque contiene unidades irreductibles las unas a las otras, de modo que es imposible alcanzar cognoscitivamente la unidad y la totalidad. La diferencia que establece Jaspers entre el explicar y el comprender, y a nuestro entender aquí como en muchas otras partes sigue al filósofo de Königsberg, a pesar de la terminología no tiene su última raíz en Dilthey sino en Kant.

ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Autor: Manuel Desviat / Ana Moreno Pérez (editores)

Editor: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Madrid, 2012, 917 páginas.

(Rev GPU 2013; 9; 1: 26-27)



Hernán Villarino

El Dr. Sarraceno, eminente autoridad en el campo de la psiquiatría comunitaria, se pregunta en el prólogo de este texto si era realmente necesario otro manual de salud mental y psiquiatría, o si no se trata, “una vez más, que uno o más psiquiatras necesitan ordenar por enésima vez los conocimientos de la psiquiatría y de la salud mental a su manera, y elaborar así su manual. Un poco como los libros de recetas gastronómicas: hay ya hasta demasiados”. Es indudable que, por enésima vez, se siguen exponiendo aquí, sin grandes variaciones, esos tópicos de siempre que al parecer han terminado por cansar y abrumar a los de la misma cuerda. Al hilo de Sarraceno se puede afirmar que la literatura comunitaria, a estas alturas, es lo más parecido al monólogo de Narciso, que turbado consigo mismo se escucha a sí mismo, se admira a sí mismo y nunca se cansa de sí mismo.

No obstante lo anterior, el escrito presenta un enorme descubrimiento realizado recientemente en el ámbito de la psiquiatría comunitaria, a saber, el nuevo concepto de prevención cuaternaria en salud mental. Se trata de todo un hallazgo que se agrega a otras conocidas concepciones comunitarias, como por ejemplo el mismo concepto de salud mental, el modelo biopsicosocial, la idea de los equipos inter, multi y transdisciplinarios o las técnicas para la prevención primaria, secundaria y terciaria en psiquiatría.

Pero esta preciosa diadema va en un engaste que no la favorece, y que seguramente la oculta y deslucen. Es que el grave tono comunitario ha permanecido invariable. En efecto, desde las primeras páginas del texto

se percibe el ademán adusto, serio y reconcentrado de los autores, su dedo extendido señalando el futuro, su furia profética, en contra del hospital psiquiátrico sobre todo. En fin, la incansable e insobornable salmodia de la vanguardia. Pero ésta era la estética cara a los sesenta del siglo pasado, que la psiquiatría comunitaria no ha retocado aunque haya corrido mucha agua bajo los puentes. El descreído hombre posmoderno, detrás de las insignias, correajes y talabartería de los héroes recientes sólo ve el intento por apropiarse y repartirse las rentas del Estado en nombre de viejas leyendas y rancios metalenguajes. Aunque no nos detendremos en ello, porque es un asunto que para ser bien explicado debe tratarse monográficamente, a partir del texto el lector ratifica con certeza que la psiquiatría comunitaria lleva detrás de cada palabra un albarán, la factura que debiéramos pagar todos, porque las rentas del Estado salen de nuestros impuestos, para materializar sus agudezas. Es inimaginable lo que pasaría si los conductistas, los psicoanalistas, los biólogos, los psicoterapeutas en general, después de alabar sus propios principios, plantearan las mismas reivindicaciones. Cualquier otro escrito psiquiátrico expone ideas, mejores o peores, pero casi nadie supone que se escriben para que otros las abonen. El amor al arte no es un concepto que parecieran barajar los comunitarios, por eso quizá acaban repitiéndose *ad nauseam*.

Sería en todo caso demasiado prolijo y reiterativo comentar en detalle este abultadísimo libro. Sólo quisiéramos ofrecer un botón de muestra, un calado a la

sandía que permita apreciar el conjunto. Para eso nos centraremos en el tema de la prevención psiquiátrica, y desde los programas y logros comunitarios efectivos sentar las bases para aquilatar la prevención cuaternaria, que es la gran innovación. Vamos pues a ello.

En el Capítulo 1.9, los Dres. Minoletti y Sepúlveda desarrollan el tema que lleva por título *Planificación y Programación en Salud Mental*. Las políticas de salud mental, como bien dicen nuestros autores, “*son el fundamento para el desarrollo de planes y programas. La OMS define al plan como un detallado esquema formulado previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un plan de esta naturaleza, agregan, permite aplicar la filosofía, valores, principios y objetivos definidos en la política. Un plan incluye habitualmente estrategias, plazos, recursos necesarios, objetivos, indicadores y actividades.*”

El capítulo anterior, es decir el 1.8., escrito por JM Bertolote, se titula *La prevención del suicidio*. Como es habitual, el autor despliega, *urbi et orbi*, los valiosos recursos y conocimientos que la psiquiatría comunitaria ha acumulado, y ha probado, para prevenir este funesto y luctuoso evento.

Nos proponemos obrar en este asunto con cautela cartesiana, es decir, trabajar sólo con ideas claras y distintas desterrando toda tentación dialéctica. La primera de estas ideas claras y distintas, como dice Bertolote, es que la psiquiatría comunitaria posee un saber y una tecnología para prevenir el suicidio. La segunda, de acuerdo con Sepúlveda y Minoletti, es que también conoce cómo planificar y ejecutar los programas que se derivan o infieren de estos conocimientos, y ciertamente que saben de lo que están hablando porque desde el MINSAL han dirigido los Programas de Salud Mental durante estos últimos veinte años. No obstante, las cifras indican que precisamente durante este lapso la tasa de suicidios entre los adolescentes de nuestro país se ha más que duplicado. (Algo parecido ha ocurrido con la drogodependencia, y, por lo pronto, ninguna patología psiquiátrica, tradicional ni emergente, ha disminuido su prevalencia ni su incidencia sino todo lo contrario.)

Las consecuencias de estas tres ideas claras y distintas no dejan lugar a dudas. O no existe ningún saber comunitario en esto de la prevención del suicidio, y entonces Bertolote nos está contando un cuento, o si existe realmente no se sabe planificar y ejecutar lo sabido por aquellos que se ocupan de esos menesteres, es decir, de *poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación*, y que además dictan cátedra de cómo

hacerlo. Por último, bien pudiera ser que en las dos formulaciones no hubiera ningún conocimiento ni práctica real ninguna que los avale, sólo palabras de buena crianza. ¿Cuál es la realidad?

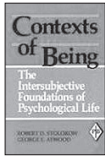
Cabe responder aquella última pregunta afirmando que la tasa de suicidios entre los adolescentes no ha aumentado, es la mejora en la capacidad de registrar implementada por la psiquiatría comunitaria la que permite conocer hoy las cifras reales que antaño estaban subestimadas (aunque éstas sean cifras del INE que utiliza las mismas fuentes de siempre). No obstante, ninguna reflexión, ningún conocimiento profundo de la realidad anticipó esta posibilidad por parte de los comunitarios. Si resulta tan sorprendente es porque en este entorno, involucrado como ninguno, atento y fundido con el pulso, las alegrías y desdichas de la comunidad ni siquiera se hubieran barruntado. En todo caso se desconoce lo relativo a la mitad de estos suicidios, de modo que los eventuales planes elaborados en función de la mitad conocida quedan obsoletos ante una realidad global ignorada, que además una vez averiguada puede hacer variar lo supuestamente sabido previamente. Se precisaría, por lo menos, de un reestudio de toda la situación y de las categorías que se emplean para hacerlo, y no de seguir repitiendo lo mismo de siempre.

Pero aquella justificación es *a posteriori*. Por su intermedio se niega el dinamismo e inabarcabilidad de lo real, y con ello las limitaciones, incluso inutilidad, de muchos de los planes y programas comunitarios, soslayando, de paso, el notorio inconveniente de someter a ellos toda la actividad psiquiátrica. Por otro lado, se oculta la patente importancia de la verdadera clínica, no de la estadística ni de la actividad comunitaria que siempre van a la zaga, para aprehender los problemas reales y emergentes en el ámbito de la psiquiatría. En el fondo no es más que una estrategia *ad-hoc*, en el sentido de Popper, en virtud de la cual los emisores de una propuesta nunca serán alcanzados por la realidad.

Por eso, antes de tasar la última creación comunitaria, es decir, la prevención cuaternaria en salud mental, y también el conjunto de las acciones de salud mental en la comunidad, sería de gran utilidad que aquellos asuntos previos quedaran aclarados. La prevención primaria, secundaria y terciaria concebida por los comunitarios no pareciera funcionar muy bien, mejor dicho, no pareciera funcionar, de modo que antes de dar otro paso es preciso afianzar los precedentes. De momento queda la duda de si todos los capítulos de este libro, con sus vetustos planes quinquenales y programas estratégicos, no sean sino una contumaz reincidencia, con la correspondiente ampliación cuaternaria, de los rentables castillos en el aire comunitarios.

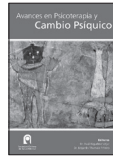
CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



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

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



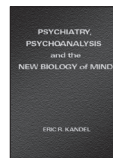
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



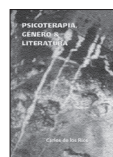
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



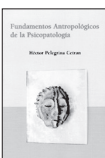
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

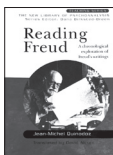


SCHIZOPHRENIC SPEECH

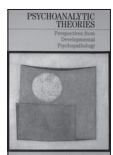
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh
Ed: Cambridge University Press, London, 2005
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232
Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



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



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



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



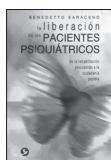
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



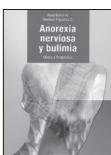
DRUGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



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



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



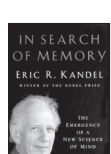
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



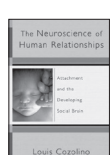
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



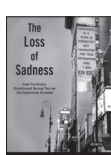
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



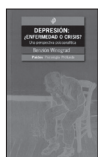
THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN
 Autor: Louis Cozolino
 W.W. Norton & Company, New York, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 242-244
 Disponible en: www.amazon.com



THE LOSS OF SADNESS
 Autor: Allan V. Horwitz y Jerome C. Wakefield
 Oxford University Press, New York, 2007
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 245-247
 Compra: www.amazon.com



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



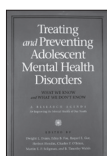
DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benzió Winograd
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254
 Compra: www.paidos.com



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



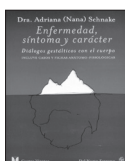
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



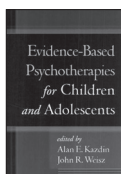
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



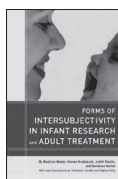
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



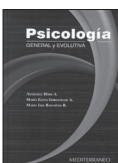
EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22
 Compra: www.amazon.com



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 páginas.
 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 páginas.
 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 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 35
 Compra: www.lsf.com.ar



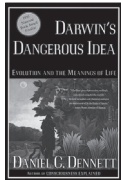
GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
 Editor: Dr. Hernán Silva
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile;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



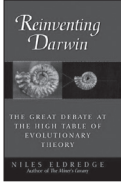
ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164
 Compra: www.libreriasdelfondo.com



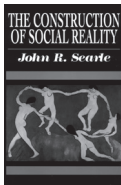
EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA. ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS DE LA FEMINIDAD
 Autora: Emilce Dio Bleichmar
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166
 Compra: www.libreriangeles.com.mx



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



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



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



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



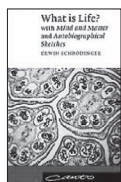
LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS
 Tome II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.
 ISBN : 2213605939
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



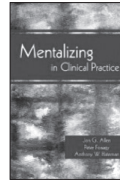
EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS
 Tomo II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.
 ISBN : 950-12-3809-1
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



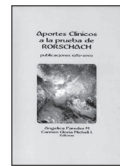
THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE
 Autor: Daniel Siegel
 Editorial: The Gilford Press, New York, London, 1999, 394 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391
 Compra: www.amazon.com



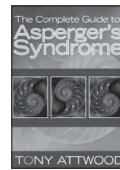
WHAT IS LIFE?
 Autor: Erwin Schrödinger
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396
 Compra: www.mediterraneo.cl



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



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



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



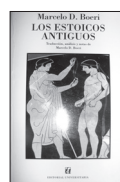
WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING
 Autor: Enrique Jadresic
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23
 Compra: www.amazon.com



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



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



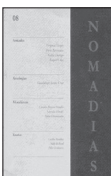
LOS ESTOICOS ANTIGUOS
 Autor: Marcelo T. Boeri
 Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2003
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 29-30
 Compra: www.universitaria.cl



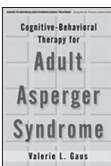
LA NATURALEZA DE LA CONCIENCIA. CEREBRO, MENTE Y LENGUAJE
 Autores: Maxwell Bennett, Daniel Dennett, Peter Hacker y John Searle
 Editorial: Paidós, 2008, 269 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 164-166
 Compra: www.tematika.com



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



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



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



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



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



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



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



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



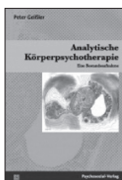
BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE
 Autor: Enrique Jadresic
 Uqbar Editores, Santiago, 2009
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 303
 Compra: librerías



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



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



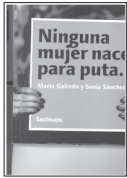
ANALYTISCHE KÖRPERPSYCHOTHERAPIE: EINE BESTANDSAUFNAHME
 Autor: Peter Geissler
 Editorial: Psychosozial-Verlag, Giessen, 2009
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 1: 21-23



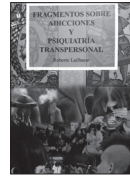
AUTOBIOGRAFÍA DE UN ESPANTAPÁJAROS
 Autor: Boris Cyrulnik
 Editorial: Gedisa, 249 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 2: 134-136



ESTRUCTURAS PSICÓTICAS, 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



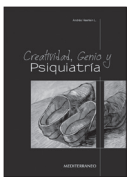
FRAGMENTOS SOBRE ADICCIONES Y PSIQUIATRÍA TRANSPERSONAL
 Autor: Roberto Lailhacar
 Editorial: Mago Editores, 2010, 233 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 3: 246-247



ANOREXIA, BULIMIA, OBESIDAD: EXPERIENCIA Y REFLEXIÓN CON PACIENTES Y FAMILIAS
 Autora: Patricia Cordella
 Editorial: Ediciones UC, Santiago de Chile, 2010, 260 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 4: 390-391



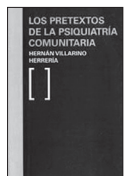
DOLOR HUMANO Y FE CRISTIANA
 Autor: Sergio Peña y Lillo
 Editorial: Patris, 2009, 50 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 3: 248-249



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 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 4: 361-362



LOS PRETEXTOS DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA
 Autor: Hernán Villarino H.
 Editorial: Gráfica LOM, Santiago, 2010, 288 páginas.
 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 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 1: 21-22



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



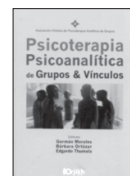
SOCIEDAD Y COMPLEJIDAD. DEL DISCURSO AL MODELO
 Autor: Manuel Vivanco
 Editorial: LOM / Fac. de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Santiago, 2010, 186 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 2: 148-150



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 páginas.
 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).
Editorial: Mediterráneo, Santiago de Chile, 2011
Comentario: Rev GPU 2012; 8; 2: 119-121



PENSAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

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



ONTOLOGÍA DEL LENGUAJE

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



EL ENIGMA SPINOZA

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



EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA

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



MORIRSE DE VERGÜENZA

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



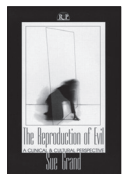
PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL

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



SOMOS FRAGMENTOS DE NATURALEZA ARRASTRADOS POR SUS LEYES

Autor: Martín López Corredoira
Editorial: Visión Net, Madrid 2005, 381 páginas.
Comentario: Rev GPU 2013; 9; 1: 23-25



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

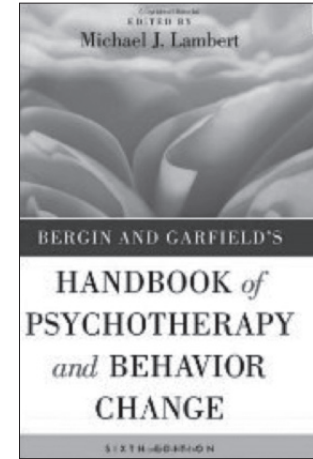


ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

Autor: Manuel Desviat / Ana Moreno Pérez (editores)
Editor: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN),
Madrid, 2012, 917 páginas.
Comentario: Rev GPU 2013; 9; 1: 26-27

NOVEDADES

CISNES BLANCOS, CISNES NEGROS Y PATOS DISFRAZADOS. COMENTARIO AL LIBRO “BERGIN AND GARFIELD’S HANDBOOK OF PSYCHOTHERAPY AND CHANGE”



(Rev GPU 2013; 9; 1: 35-37)

Alberto Botto

Es poco probable que en psiquiatría exista un campo tan apasionante y, al mismo tiempo, fuente de tan buenas y malas ideas, comentarios, discusiones y críticas –muchas de ellas, perfectamente fundamentadas– como la investigación en psicoterapia.

Hace algunas semanas apareció la sexta edición del ya clásico texto editado por Michael Lambert *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Change*¹ cuya lectura no hace más que confirmar estas apreciaciones.

Con la precaución necesaria para no sucumbir ante el imperio del “dato” y el RCT (las siglas en inglés para referirse a los *ensayos controlados aleatorizados*) –actitud que, acertadamente, los autores denominan “metodolatría”– en lo que sigue transcribiré –a modo de lista– una serie de cuestionamientos y aseveraciones en torno a la investigación en psicoterapia. Partamos con las aseveraciones:

1. En 1982 existían alrededor de 60 formas de psicoterapia, en 1975 cerca de 125, y en 1986 más de 400.

2. Un análisis riguroso que combine los tipos de terapias y los diferentes trastornos mentales requeriría aproximadamente 47 millones de comparaciones.
3. En Estados Unidos el 60% de las psicoterapias es conducida por trabajadores sociales entrenados en psicoterapia.
4. Algunos estudios muestran que el resultado de los tratamientos efectuados por paraprofesionales es equivalente a los realizados por especialistas profesionales.
5. El 75% de los pacientes en psicoterapia mejoran significativamente luego de 26 sesiones de una vez por semana.

Ante este panorama, que para muchos –dentro de los que me incluyo– puede parecer desolador, podemos plantear algunos cuestionamientos:

1. ¿Quién y cómo determina lo que es un tratamiento con soporte empírico?
2. ¿Qué significa *soporte empírico*?
3. ¿Es posible separar al clínico del investigador?
4. ¿Es válido ignorar tratamientos que no cuentan con soporte empírico?
5. ¿Cuánto más útiles son las terapias largas y cómo se evalúa su efectividad?

¹ John Wiley & Sons, Inc. New Jersey, 2013. (847 págs.).

6. ¿Qué profesionales debieran administrar los tratamientos psicológicos?
7. ¿Cuál es la calidad de los programas de entrenamiento en psicoterapia y bajo qué estándares se evalúa?
8. ¿Cuán ético es integrar los sistemas de salud en la administración de los tratamientos?

Una mirada crítica de la “investigación en psicoterapia” debiera considerar la tantas veces citada pregunta de Karl Popper: “¿Cuántos cisnes blancos debo observar para concluir que *todos los cisnes son blancos*?”². En su crítica al neopositivismo Popper anuncia la muerte de la inducción y sostiene que es el *criterio de falsabilidad* lo que permite separar la ciencia empírica de lo que no es ciencia: por lo tanto, todo intento serio de comprobar una teoría será, también, un intento por falsarla. En psicoterapia los tratamientos que fundamentalmente se estudian son los que cuentan con un “soporte empírico”, esto es, aquellos en que se ha demostrado su eficacia a través de RCTs en poblaciones específicas de pacientes (definidas por criterios diagnósticos manualizados como la serie DSM o CIE). La efectividad de las terapias se evalúa en función a determinados diagnósticos, pero muchas terapias –como el psicoanálisis– no necesariamente están diseñadas para tratar “diagnósticos” y, por lo tanto, difícilmente pueden ser evaluadas según la metodología utilizadas en la actualidad. El problema es que lo que se les pide a los tratamientos para ser investigados es que tengan soporte empírico cuando no todos los tratamientos soportan la *empíria*. Por otro lado, en el texto llama la atención la casi ausencia de secciones dedicadas a las distintas teorías acerca de cuya investigación se está tratando; porque ¿cómo investigar sin teoría?

En consecuencia, ¿no se corre el riesgo de estar buscando cisnes blancos en un estanque de cisnes blancos o, incluso siendo más críticos, en un estanque de patos disfrazados de cisnes?

Uno de los capítulos más interesantes del libro es el dedicado a la relación entre la psicoterapia y el uso de fármacos en la indicación de tratamientos. Hasta hace poco tiempo era un lugar común sostener que los tratamientos combinados (es decir, fármacos y psicoterapia) eran más efectivos que cada uno por separado. Esto todavía sigue siendo válido para la depresión –aunque con algunos matices que revisaremos más adelante–; sin embargo, en el caso de los trastornos de

ansiedad los hallazgos apuntan no sólo a que la monoterapia sería más efectiva (con una leve superioridad para la psicoterapia) sino a que la combinación podría ser contraproducente. Una de las razones para esta hipótesis es que los fármacos interferirían en el proceso terapéutico secundario a la exposición (especialmente en técnicas cognitivo-conductuales) inhibiendo el aprendizaje a través de la supresión de la secreción de cortisol. Respecto al uso de antidepresivos, las mayores controversias se encuentran en la manera de combinar los tratamientos. Existe evidencia de que los antidepresivos utilizados a largo plazo en algunos casos pueden empeorar el curso de la enfermedad, resultando muy difícil una adecuada suspensión y obligando a prolongar innecesariamente los tratamientos a través de un mecanismo denominado “tolerancia oposicional”³. Éste, efectivamente, es un “dato” relevante; sin embargo nuevamente el problema es que sistemáticamente se tiende a medir los resultados de los fármacos y de la psicoterapia con la misma vara, es decir, asumiendo, por error, que ambos tipos de tratamiento comparten objetivos comunes: la reducción de síntomas.

Un aspecto que me parece central en la discusión acerca de la relación entre la investigación y la práctica clínica reside en la observación que hacen los autores acerca de las deficiencias de los clínicos en comprender, aceptar e incorporar los hallazgos de la investigación y, por otra parte, en las dificultades de los investigadores para trasladar sus resultados en recomendaciones clínicas útiles para la práctica. Sin embargo, éste no es sólo un desafío para clínicos e investigadores (como si realmente pudieran aislarse esos dos momentos inseparables en la práctica terapéutica); si se piensa, éste también pudiera ser el desafío de las grandes teorías de la mente –como ocurre con el psicoanálisis– es decir: cómo acercar a la práctica clínica sus intrincados desarrollos metateóricos sin que eso signifique dejar a un lado los fundamentos.

Según los autores, desconocer aquellas intervenciones que no han sido validadas empíricamente constituye, sin duda alguna, un error. Hacerlo sólo significa ignorar las complejidades epistemológicas propias de lo que llamamos conocimiento (sea éste científico o no). Esta declaración de principios se percibe continuamente en la manera de abordar los temas en los distintos capítulos y su sentido trasunta aquel dilema que Dilthey intentó resolver diciendo que existían algunos

² Popper K. La lógica de la investigación científica. Segunda edición. Madrid, Tecnos, 2011.

³ Fava G.; Offidani E. (2011). The mechanism of tolerance in antidepressant action. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(7), 1593-1602.

problemas que podíamos explicar y otros problemas que podíamos comprender y, por lo tanto, interpretar. Los malentendidos surgen cuando se confunden ambos niveles. Por lo tanto, el peligro no reside tanto en el dato sino en lo que se hace con él. Para quienes trabajamos en psicoterapia éste es un libro necesario.

Por último, de manera muy general, algunos de los desafíos futuros que se infieren de la lectura podrían resumirse en la siguiente lista:

1. Integrar la investigación con la práctica clínica.
2. Profundizar en la pregunta acerca de qué tipo de tratamiento es más útil para cada tipo de paciente considerando los aspectos diagnósticos, sus fortalezas y sensibilidades.
3. Analizar en mayor profundidad el significado, la efectividad y la adecuada utilización de los tratamientos combinados (fármacos más psicoterapia), especialmente a la luz de sus efectos a largo plazo.
4. Reconocer y manejar el impacto que los sistemas de administración en salud han tenido –y, con toda seguridad, seguirán teniendo– tanto sobre la práctica como en la investigación en psicoterapia.
5. Evaluar críticamente los hallazgos de la investigación considerando sus fuentes de financiamiento, objetivos, relación con políticas públicas y, en definitiva, los conflictos de intereses involucrados.
6. Continuar el debate acerca de qué profesionales debieran ejercer el trabajo terapéutico y qué nivel de formación debiera exigírseles.

EL OFICIO EN LO INVISIBLE. ENTREVISTA A JAIME COLOMA ANDREWS

(Rev GPU 2013; 9; 1: 38-51)



JAIME COLOMA ANDREWS

Jaime Coloma Andrews es Psicólogo, titulado en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magister en Psicología Clínica (UDP). Obtuvo el título de Psicoanalista bajo el auspicio de la International Psychoanalytical Association (IPA), Ex Miembro Titular y Didacta de la Asociación Psicoanalítica Chilena (APCH), fundador del Instituto Chileno de Psicoterapia Psicoanalítica (ICHPA) (Actual Sociedad Chilena de Psicoanálisis, adscrita a la International Federation of Psychoanalytical Societies (IFPS), la cual dirigió durante aproximadamente una década y en la que ejerce funciones docentes. Miembro fundador de la Federación Latinoamericana de Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica (Flappsip). Profesor titular de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Docente de las universidades Alberto Hurtado, Adolfo Ibáñez y, algunos años atrás, de la Andrés Bello y de la Universidad de Chile. Uno de los tres creadores de la Editorial Ananké, dedicada a la publicación de libros psicoanalíticos. Ha ejercido intensamente en la práctica privada y ha desarrollado supervisión clínica e individual a numerosos colegas y grupos de estudio. Destacado conferencista nacional e internacional ha publicado numerosos artículos especializados en Chile y el extranjero y un voluminoso libro que lleva el título que encabeza esta entrevista: *El Oficio en lo Invisible*¹. Ha recibido varios premios al mérito docente, destacando el haber sido evaluado en el año 2006 como uno de los tres profesores mejor evaluados de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Revista *Visión Universitaria*, marzo de 2006, N° 143 pág.12). Obtuvo el mismo premio al mérito docente en la Escuela de Psicología de la Universidad Andrés Bello. Ha sido coeditor y coautor de varios libros en Chile y el extranjero.

¹ Coloma J. *El oficio en lo invisible*. Ocho Libros Ediciones, Ltda, 2011.

GPU: *Para nuestra revista es un honor que usted haya accedido a dar esta entrevista. Lo que se ha llamado "orientación psicoanalítica" parece hoy día tener un significado vago. Con algunas excepciones, casi todos los psicoterapeutas reconocen alguna influencia de raíz freudiana. Sin embargo, llama la atención que los desarrollos psicoanalíticos posteriores, como antes las escuelas médicas, están asociados a personas más que a grupos y que la disidencia haya sido el mecanismo de la ramificación del árbol psicoanalítico: además de Freud, las personas como Jung, Ferenczi, Adler, Winnicott, Bion, Kohut, Klein, Alexander, Lacan, Hartmann y muchos otros han creado cismas que han seguido un curso parcialmente autónomo y cuyos ecos nos llegan con diferente intensidad. ¿Qué piensa usted acerca de la identidad psicoanalítica, es decir, cuáles son a su juicio los rasgos fundamentales para que una forma de psicoterapia sea considerada como psicoanalítica? Quiero dejar en claro que no me refiero a la tradicional distinción entre "psicoanálisis" y "psicoterapia psicoanalítica", sino a lo que es necesario para que una psicoterapia pueda ser denominada de ese modo.*

JC: Sin duda agradezco la oportunidad que me otorgan con esta entrevista. Creo que bajo el título de psicoanalista se oculta una gran diversidad de criterios y lecturas, aún individuales, del legado teórico práctico que dejó Freud. Es por esto que ésta es una oportunidad de exponer la propia lectura de lo psicoanalítico, oportunidad que no se da frecuentemente.

Me detendré por un momento en lo que, a mi juicio, implica el concepto de identidad. Obviamente lo identitario supone contar con rasgos esenciales definitorios que diferencian al que los porta de aquellos que no los tengan. Vale decir, es un establecimiento de lo que distingue radicalmente a uno de otro. No implica sólo ser distinto. Incluye también la identidad con otros en los cuales se reconoce y se lo reconoce. Se logra, entonces, la identidad como pertenencia a un grupo y, aunque parezca evidente, a la no pertenencia a otro. Esta distinción no conlleva habitualmente sólo el carácter de lo diferente, sino agrega implícitamente la otra significación de la distinción, la significación valórica que establece automáticamente algún grado de jerarquía respecto de los otros, ya sean grupos o individuos, jerarquía que puede ubicarlo en un lugar enaltecido o rebajado en la mirada de los otros o de sí mismo.

Me parece necesario recordar la cercana ligazón que tiene la idea de identidad con la noción de identificación. Freud definió a esta última como "el sedimento de las relaciones de objeto abandonadas". Me vale destacarlo porque la identificación que lleva a identidades incluye un elemento histórico experiencial que

"humaniza" la identidad, aquella que aparece como la estricta delimitación de los elementos de un discurso. La identificación complementa el peso del discurso, introduciendo en el núcleo de las identidades un sello de la cotidianidad histórica en la relación con otros seres humanos "ya abandonados", que es necesario descubrir detrás de las identidades. Teniendo esto presente, las jerarquías se disuelven y la persona está más abierta a reconocer la experiencia e influencia de aquellos numerosos seres que lo precedieron y lo formaron en múltiples y, a veces, ínfimas formas olvidadas e irre recuperables, pero presentes en ese campo que se abre entre identificación e identidad. La identificación sería así una especie de "es lo que hay", para bien o para mal de la identidad. La identificación también aporta esa ligera tonalidad de duelo en lo alcanzado con éxito, por el sesgo de pérdida, de ausencia de lo propio, que frecuentemente tiñe el éxito de lo conseguido, si se quiere, narcisísticamente.

El Psicoanálisis, siempre tan cuestionado, ha padecido tradicionalmente, sin embargo, de este sello de distinción que frecuentemente instituciones o personas particulares se autootorgan. Es común que el ser psicoanalista sea acompañado por un tácito rasgo de arrogancia, carácter que busca erradicar ese elemento de duelo que señalaba párrafos atrás. Es más sorprendente cuando tal distinción se adjudica a la pertenencia a una institución o a una escuela teórica. "Ser de la Apch", "ser Lacaniano", "ser Kleiniano". Éstas no son relaciones de objeto abandonadas. Son relaciones activas en las cuales la pertenencia a ellas no implica duelo alguno. Es sorprendente cómo estar dentro de la institución o la escuela teórica inviste al miembro con una marca especial que hasta favorece una camaradería entre pares. Si ese mismo miembro se excluye, el grupo nunca manifiesta algo parecido a una pérdida. Es común que caiga una cierta "omertá" sobre ese ex socio. Creo que algo de esto se da por obra de una concepción de identidad que olvida las identificaciones ocultas.

Personalmente tales adjudicaciones de valor social me resultan lamentables. Pierden así la fecundidad que entrega al pensar el enfoque psicoanalítico. Postulo que, por una parte, se alcanza la condición de psicoanalista cuando la persona se compromete seriamente con la necesidad de hacerse un psicoanálisis como paciente, cuando dedica muchas horas, durante algunos años, a supervisarse individualmente y se concentra, ojalá con grupos de estudio, a conocer y reflexionar rigurosamente sobre los textos teóricos que constituyen el *corpus* psicoanalítico. La institucionalización de esto a mí me parece eventual. Un buen psicoanalista

depende de su responsabilidad y seriedad, no de estar institucionalizado.

Por otra parte, me parece que todas las corrientes dentro de esta disciplina enriquecen la comprensión de lo humano. Lo importante, al considerar sus distintos aportes, es conocer y considerar los fundamentos epistemológicos con los que se construyen los conceptos. No descalifico ni a las instituciones ni a las escuelas teóricas. Creo que están donde están, aportando siempre algo que resulta valioso, aun cuando se cometan errores. Haberme formado en la APCH sin duda me sirvió en toda la formación que recibí, especialmente en lo kleiniano, pero, sobre todo, para tomar contacto vivencial con un psicoanálisis que progresivamente se identificaba más con la forma de ejercerlo y de relacionarse entre sí, que con la crítica metapsicológica a sus propias afirmaciones. Esto, habiendo renunciado ya a la APCH, me permitió, por oposición, alcanzar enfoques psicoanalíticos que me representan mejor, sin desconocer lo recibido positivamente en los múltiples seminarios y discusiones en que me tocó participar pasiva o activamente en esa institución.

La metapsicología, lo sabemos, se constituye con Freud como la estructura conceptual que sostiene el edificio. Debería ser desde ella que las maneras de intervenir adquirieran sentido psicoanalítico. Por ejemplo la instrucción al paciente, tan difícil de lograr, que le propone la Asociación Libre, es un derivado práctico de aquella metapsicología que sostiene como fundamento del pensar la existencia de los Procesos Primarios, existencia que principalmente vulnera los principios de identidad. En el proceso primario lo que es puede aparecer simultáneamente como lo que *no es*. La Asociación Libre, cuando se logra, da luces de estas ambigüedades identitarias que, por definición, habitan el sistema inconciente. Esto permite que el analista, en atención flotante (una versión para el terapeuta de la asociación libre del analizante) pueda conectarse interpretativamente con realidades psíquicas de quien recibe el tratamiento, que están fuera del campo de sus declaraciones preconsciouses y que conectarían con el mundo de la pulsión y el deseo inconciente.

Estas relaciones metapsicológico-prácticas están implícitas en toda la construcción del modelo psicoanalítico. Sin conocerlas es imposible darle fiabilidad universal a esta propuesta tan abarcativa de la condición humana. Es por esto que las críticas tan frecuentes a la validez del psicoanálisis desconocen la necesidad de conocer las bases de las construcciones conceptuales propias de esta disciplina y lo desvalorizan desde una supuesta objetividad que ignora la inevitable posición

del sujeto² que hay en toda objetividad. El mundo del Yo preconscious, racional y voluntarista, sólo tiene sentido por la posición que lo sujeta a un determinado espacio simbólico que le viene desde fuera. El Yo es imaginariamente centro de sus acciones y deliberaciones. El Sujeto es excéntrico, determinado desde fuera por un lenguaje que lo habla en tanto lo hace hablar. La Metapsicología es, desde Freud, lo que permite, con Lacan, pensar en el peso en la existencia de un Sujeto de lo Inconciente.

Pues bien. Paulatinamente me fui desencontrando con esta reflexión metapsicológica en la APCH y empecé a sentir, a lo largo de unos veinte años, que lo que caracterizaba a ese psicoanalista institucional era más la adscripción a un encuadre típico, neutral e impersonal, que a la creatividad que propugna Winnicott. Esta creatividad es fuente de la posibilidad de atender a la extrema particularidad individual de cada paciente, sin someterse a criterios técnicos que dan una noción de las sesiones como algo que se repite una y otra vez durante muchos años y en todos los psicoanálisis ejercidos por diversos psicoanalistas. La diversidad que este mismo autor establece entre técnica y tratamiento me es muy atendible. Personalmente, además he postulado un criterio respecto al setting que lo llamo setting coloquial. (En el libro que se comenta en esta entrevista está el artículo.) Con ello, y para no extenderme demasiado, intento evitar algo que me parece lamentable:

² La distinción entre Sujeto y Yo, expuesta por Lacan, resulta imprescindible actualmente para pensar consistentemente en lo que es el psicoanálisis. El Yo, según Freud, es aquella instancia intermedia en el Ello y el Super Yo cuya función primordial es lograr la adaptación al medio interno y externo. Es básicamente funcional, aunque en él reside la posibilidad de definir la propia identidad. Es así como, a diferencia del Sujeto, se experimenta a sí mismo como centro gestor de todo lo que ejerce adaptativamente. Es preferentemente sede del Sistema Preconscious descrito por Freud, aunque hay sectores del Yo que funcionan inconscientemente. El Sujeto, en cambio es definido como excéntrico por naturaleza, sede de lo Inconciente, no relacionado con objetos, en mi criterio, y caracterizado por posiciones de Sujeto, determinadas por los lugares simbólicos que le determina el Lenguaje que lo precede. Se corre el riesgo, cuando se habla de subjetividad en psicoanálisis, de adjudicar esta subjetividad a una función del Sujeto. La subjetividad es cosa del Yo, porque caracteriza una manera de abordar el objeto, a partir de un Yo que, por fracaso o por intención, aborda su función destacando más el plano del entorno externo, objetividad, o el plano de la influencia interna, subjetividad.

el psicoanalista que hace todo un esfuerzo durante las sesiones con sus analizadas para parecer psicoanalista. Con ello aparece más importante el sentirse haciendo análisis que la comprensión a las singularidades irrepetibles de aquel que se atiende. Mi enfoque propondría que cada tratamiento es radicalmente diverso de otro y que, para lograr esto, el analista debe usar de un amplio abanico de intervenciones diversas, que trasuntan una atención flotante a las diversas formas y jerarquías simbólicas imaginarias³ que expresan la individualidad del paciente. La selección de las intervenciones, a mi entender, se optan por la lectura interpretativa psicoanalítica privada que el psicoanalista está constantemente ejerciendo en su intimidad reflexiva, mientras escucha el discurso y ve la gestualidad de su paciente.

En síntesis, yo considero psicoanalista al que interviene de distintas formas en la terapia, de acuerdo con la lectura psicoanalítica de lo que observa sensorial y conceptualmente en su paciente. Para mí el psicoanálisis no lo constituye la técnica, ni el número de sesiones, ni el diván, ni el tipo de interpretaciones. Creo que el psicoanalista debe estar atento a la transferencia que transforma simbólicamente el vínculo con el paciente. No obstante un psicoanalista, de acuerdo con lo que pienso, no debe dejar fuera de su atención el modo

como el paciente se vincula con él, ya que el vínculo, que es un observable (no un interpretable, como la transferencia) ...ese vínculo da las posibilidades de establecer las múltiples variaciones del encuadre que requiere cada uno en particular.

La interpretación psicoanalítica, que el analista no debe abandonar nunca en su interior, conduce a intervenciones quizás muy diversas del contenido de lo que se va interpretando y que son seleccionadas por lo que puede llamarse criterio o sentido común. Siempre digo que si los criterios psicoanalíticos, de distinta profundidad, no son atravesados por el sentido común, podemos tender en nuestro diván al cartero. Cuando hablo de sentido común sé que me arriesgo a que vuelva a ocurrirme lo que alguna vez me pasó con un profesor joven, pero emprendedor, de la Universidad Católica: para referirse a mi estilo les dijo a los alumnos que yo consideraba que el psicoanálisis era sentido común y que trabajaba con el sentido común. Siempre hay algún advertido que cree que viene de vuelta.

Yo me resisto a diferenciar entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. Pienso que el psicoanálisis como tratamiento es una psicoterapia leída y orientada desde lo psicoanalítico, y sus objetivos no conducen a lograr una epifanía del inconsciente, sino, única y exclusivamente, a una cura que favorezca en el dolor y la satisfacción realista, una mejor vida cotidiana. Es allí donde se contrasta el efecto de esta psicoterapia: en el modo de vivir la realidad psíquica, en complemento con una exterioridad independiente del deseo inconsciente que, lo reitero, se da en la eventualidad del sufrimiento o la satisfacción placentera como modos eventuales de una cotidianeidad que es la fuente de nuestra existencia.

GPU: *Su pensamiento está fuertemente influenciado por Lacan y otros autores que serán motivo de otras preguntas. Pero quedándonos en Lacan. Para muchos este autor es sencillamente críptico, escamoteador, despreciativo y no rara vez irónico. Por su parte, los adherentes, mirados desde afuera, parecen una secta que profesa una adoración incomprensible hacia lo incomprensible. Efectivamente, hay autores complejos, pero también los hay confusos. Los hay coherentes y los hay contradictorios; los hay que buscan ser comprendidos, y los hay que se refugian en un "trasfondo" que el seguidor supone, pero que nunca llega a ver la luz, y que en definitiva queda como una nube. ¿Qué le atrae a usted de este autor y en qué sentido ha influido en usted como psicoterapeuta?*

JC: Para empezar hay algo que no me atrae de este autor y de sus seguidores y que está mencionado en su pregunta: no me gusta su soberbia. Se lo explico. En general soy agnóstico. Y lo soy por que no logro independizarme

³ Otro aporte fundamental de Lacan fue el llamado RIS, sigla que resume la existencia de tres registros en la condición experiencial del ser humano, el Real, el Imaginario y el Simbólico. En lo que viene los expondré según lo que a mí me parece atinente destacar, lo que puede ser no plenamente "lacaniano". La idea de Registro incluye una atención doble. Por un lado rescata, en formas de articulación diversas, de acuerdo con cada uno de los registros, características del "Mundo". Por otro estas características son captadas según la forma de articulación de cada registro en un virtual "Mundo Interior". El registro de lo Real corresponde a lo impensable, lo incognoscible. Por lo tanto su registro está cerca de la experiencia no representada, pero sí vivida. Sería como la base de presentación del mundo que favorece la emergencia de lo representacional. Lo representacional se da a través del Simbólico y el Imaginario. El simbólico se configura como "posición" no como "relación". Lo que permite hablar de "posiciones de Sujeto", que implican una determinación derivada del lenguaje externo que lo ubica en un lugar simbólico. Por eso el Sujeto es excéntrico. El Imaginario se articula al modo del preconscious, por una parte y, por otra, asume el orden del Mundo Interno-Externo, en formas tales que podemos dar cuenta de ellas en lo que tradicionalmente se llama "conciencia". El ámbito de los Procesos Secundarios. "El Yo es un imaginario", dice Lacan.

de lo enigmático de la existencia en todas sus formas. La afirmación de Lo Inconsciente como fundamento de la experiencia humana me sedujo desde los primeros años de mis estudios en Psicología, precisamente por esa especie de formalización de lo enigmático que se reflejaba en su formulación. La pulsión de muerte enunciada por Freud, por su carácter altamente especulativo, como él mismo lo estipula, me resulta uno de sus conceptos más convincentes. Es allí donde, a mi parecer, anida más estrictamente Lo Inconsciente. Y, quizás lo que más me atrae, es que al reconocerlo como un concepto altamente especulativo, lo desarrolla, como dice su autor, “por ver hasta dónde llega”. Esto equivale a dibujar la ruta de lo más incierto. Me agrada también leer en textos posteriores que Freud declara que este concepto nunca pierde su carácter especulativo, pero que cada vez más le resulta imposible ignorarlo en la comprensión de sus pacientes. Con las debidas distancias, a mí, sin duda seguidor de Freud, me pasa lo mismo. En mi agnosticismo, vale decir, en mi creencia en la imposibilidad de conocer lo profundo del entorno, plantear las cosas así me parece sumamente interesante y convincente. Y entiendo que en esto reside el sello principal de lo psicoanalítico. Lo considero una metapsicología de la incertidumbre. Vale decir, nunca puedo estar cierto de lo que me entrega la conciencia. La reminiscencia cartesiana que puede tener esta afirmación no es resuelta en mi anónima persona por algo que fundamente la razón.

En todo caso, de lo que no dudo es de la existencia. El *Dasein* se me impone, por pretencioso que parezca decirlo así. El Ser-ahí no pertenece al campo de la conciencia, sino al de la experiencia en vivir. Y esto no es algo que dependa de lo que me represento. Es que no es mucho más lo que he logrado vislumbrar en Heidegger. La existencia es el ser y el ser habita la cotidianeidad del mundo. Este habitar no es representacional, es, valga la redundancia, ser, “ser en...”. El mundo que se abre desde mi ser me abre al mundo. “Ahí”, aunque pudiere quedar excluido el pensamiento, “soy”. Y esto se me hace inevitable, aunque sea ese ser que puede preguntarse sobre su propia existencia, como prácticamente comienza “Ser y Tiempo”. Esa pregunta deriva a una verdadera empiria de lo fáctico. Creo que con Freud esto mantiene su validez. Estrictamente la afirmación sobre Lo Inconsciente habla de un pensar que no se registra en el campo del pensar cartesiano, todo lo que yo pueda afirmar sobre esa existencia está tramitado más allá de mi voluntad, más allá de mi reflexión, por una necesidad yoica de superar la tendencia implacable y cotidiana de una pulsión de muerte. Y es en ese reino inconsciente de sola simetría donde, si seguimos a Ignacio Matte Blanco, impera el ser. El ser-ahí es necesariamente simétrico, no

asimétrico representacional, como corresponde al mundo del pensar. Podría decirse que el pensar inconsciente no es sino ser. Algo de esto puede tener que ver con que la Fantasía Inconsciente de Melanie Klein no pertenece al Ello, sino a alguna zona inconsciente del Yo. La incertidumbre, entonces, es propia de la experiencia de ser, de la experiencia de Lo Inconsciente, si seguimos las reflexiones previas. Los psicoanalistas, a menudo, se olvidan de esta incertidumbre radical a sus planteamientos fundamentales.

Hago esta introducción porque encuentro en Lacan y los lacanianos una actitud existencial contraria a sus propios conceptos. Teóricos de la incertidumbre tienden a hacer de la certidumbre un estilo. Y “el estilo hace al hombre” cita el mismo Lacan. La calificación despreciativa de los otros prolifera en los lacanianos. Hay un libro que en su portada destaca un juicio despectivo insultante de Lacan sobre aquellos que no lo siguen. Los lacanianos, en su gran mayoría, se atribuyen un saber por sobre los otros que muchas veces no tiene fundamento alguno. He visto jóvenes muy arrogantes que asignan a Freud ideas que nunca dijo y que las dice Lacan, lo que muestra que no sienten la necesidad de leer a Freud. Sí, es verdad, asumen algo de secta, pero una secta no amparada en fe alguna, sino en la supuesta genialidad de su mentor, genialidad que es evidente, pero que no lo libera de la imposibilidad de abordar lo enigmático con nociones que, en la práctica, se transforman en absolutistas.

Acabo de afirmar que Lacan es genial. También lo es Melanie Klein. También Winnicott. Son capaces de crear Escuela y generar seguidores que, en muchos casos, continúan su obra con aportes que incrementan la brillantez de los autores originarios. Jacques Alain Miller, Wilfred Bion, Donald Meltzer, Françoise Dolto, son ejemplos de esto, aunque la Dolto constituye escuela por su cuenta. Pero hay algo en Lacan que lo destaca de los demás. La consistencia de su pensamiento con el origen freudiano. No es así, por ejemplo en Melanie Klein. El concepto de Fantasía Inconsciente de relaciones objetales, que es un eje de sus postulados, se plantea como expresión de una lectura que continúa a Freud. Sin embargo su propia definición, la narrativa inconsciente que descubre con sus interpretaciones, están formuladas de tal modo que exigen conceptualmente adscribir estas fantasías a un campo de lo yoico. Nada en su concepción permite entender la presencia de un *sistema inconsciente*. Sus contenidos son expuestos de tal modo que dan la idea de desplazamientos representacionales dentro de un área del Yo. Es posible que Klein y sus seguidores estén dando pie para describir un área inconsciente del Yo que funciona con ligazones propias de las representaciones de cosa y con contenidos

propios de las representaciones palabra. Es posible. Pero Klein, genialmente productiva y valiosa en sus aportes, no parece haberse dedicado muy acuciosamente a la metapsicología. Del mismo modo que Winnicott.

Distinto es Lacan. Sin duda es un autor que da cuenta de un conocimiento amplio del psicoanálisis, sobre todo freudiano, pero también de sus autores cotemporáneos. Además es muy claro su saber en el campo de la filosofía y de otras disciplinas reflexivas, lingüística, antropología. Esto unido a una inteligencia obviamente superior, da lugar a múltiples textos en los cuales campea la construcción de conceptos que son altamente consistentes con el pensamiento freudiano. La noción de Sujeto de lo Inconsciente, la estipulación de los registros Real, Simbólico e Imaginario, sus especificaciones psicopatológicas, los modos del discurso del amo, universitario, histérico, psicoanalítico y capitalista, fundados en la distinción hegeliana entre el amo y el esclavo, son de tal profundidad y utilidad clínica que me impresionan y estimulan a leerlo y considerarlo en mi pensamiento. E insisto. Es sorprendente cómo sus formulaciones, si bien no son freudianas estrictamente, están en una relación de continuidad con Freud, que sin duda enriquece al psicoanálisis.

En tanto psicoterapeuta, no siento gran influencia del pensamiento lacaniano. Me interesa como teórico y en ese sentido naturalmente está impregnando mi lectura psicoanalítica de los pacientes. No obstante, igual como a esta lectura aportó Melanie Klein con la descripción de lo que llamó Fantasía Inconsciente, Lacan, por lo menos a mí, me abre a comprender más a mi analizante, ejerciendo una lectura del significante. La ponderación lacaniana de lo significativo en el signo lingüístico, en desmedro del significado, me resulta de gran utilidad en la escucha clínica. Yo distingo entre lectura y escucha. La primera incluye la segunda, pero, según lo pienso, incluye además de la atención al discurso, un recurso auditivo, la consideración de lo que podría llamarse el material. Y en el material incluyo la mirada al paciente, su gestualidad, su postura, su prestancia o no prestancia, el contenido de lo que expone, las circunstancias de vida actuales y pasadas, etc. Escucha y mirada, significativa y significado, forma y contenido, me siento inclinado a tomarlos como diversas versiones, en distintos ámbitos de un mismo sujeto. Y todo lo que me aproxima a compartir mejores hipótesis con él sobre lo que él y yo desconocemos sobre él, me resulta fecundo.

GPU: *Usted sostiene que lenguaje y pensamiento son co-originales, es decir, que se retrospectifican mutuamente y que sería característico de la posmodernidad un "desgajamiento" de ambas instancias producto de la "técnica"*

que transforma al lenguaje en un hecho práctico. La consecuencia de esto sería un "imaginario" de comunicación que distancia a los individuos de sí mismos como de los otros. ¿Podría ampliar este punto de vista para los lectores y aclarar sus reminiscencias heideggerianas?

JC: Me resulta atinado que la pregunta destaque que lo afirmado es algo que "yo sostengo". En general privilegio en mis afirmaciones teóricas el peso de lo deductivo propio, más que la consideración "co-recta" a los autores consagrados o no consagrados. Siento en el ambiente reflexivo formal una tendencia algo tiránica a permitir el habla dentro de los cauces establecidos por el prestigio académico logrado bibliográficamente. Sin duda que los grandes pensadores orientan con rigurosidad y fundamento sus ideas. Es importante considerarlos, ya que, a propósito de autores... "siempre es necesaria una luz para distinguir otra luz", según lo que afirma Kierkegaard al iniciar su "Diario Íntimo". No obstante es obvio que a un pensador o a una escuela de pensamiento se le oponen en la historia múltiples enfoques diversos, frecuentemente bien fundamentados y apoyados en un uso estricto de la lógica. Lo que naturalmente implica que encauzarse por la vía de uno de estos abordajes representa la elección personal que expresa, tanto el nivel de información académica como la particular idiosincrasia intelectual de quien lo hace. También revela las capacidades inductivo-deductivas de aquel que "usa" determinadas aproximaciones filosóficas, ideológicas o teóricas. No otra cosa. Por lo menos yo lo creo así.

Vale decir que siempre está en juego en una proposición ideativa la impronta personal de su gestor. En este sentido, que se me pregunte por mis "reminiscencias heideggerianas" me interpreta plenamente. Me valdré del término "reminiscencia" para ilustrar esto.

En verdad creo que el despliegue de cualquier pensar se gesta desde alguna forma de la memoria inconsciente, o "experiencial", como diría Lersch. Algo que conlleva el término "reminiscencia". El movimiento del pensar tendría, me parece, siempre un sentido retrospectivo. Podría decirse que avanza recogiendo representaciones desde la memoria oculta. No habría, en este sentido, una experiencia nueva. Pero es necesario precisar esto. En alguna ocasión me refería a "la novedad de lo repetido": la ex-istencia *in-siste* configurándose paso a paso de tal manera que "lo que ha sido" está siempre "siendo" por primera vez, sin dejar esa condición de "ya sido". Es posible que en aquello que Freud llamó "el sistema preconscious" se registren intencionalidades del pensar que puedan justificarse como determinadas por alguna forma de la voluntad y de una temporalidad que distingue nítidamente el

antes del después, algo que no opera a nivel inconsciente. Por ejemplo entender, a nivel preconscious, que se está apoyando una propuesta teórica con una consideración acertada del pensamiento heideggeriano. Si bien hay, no cabe duda, especialistas que al enseñar a Heidegger u otro autor o materia lo hacen con seriedad y peso reflexivo, sus enseñanzas siempre tienen la posibilidad de complementarse con exposiciones de otros, tan exactos como ellos. Lo que interpreto como señal de que no hay propuestas correctas, sino más o menos atinadas.

Se supone así que el núcleo de lo que se expone remite invariablemente a esa zona de trasfondo donde habitan las “reminiscencias”, formas de la memoria que se entretienen a lo recordado desde lo que resta de lo vivido preconsciousmente. Aludo a lo preconscious por obra de aquella afirmación freudiana que señala que “la conciencia se agota en su propio devenir”, lo que sustenta que nuestro registro consciente preconscious es imaginario, de acuerdo con Lacan, en tanto está dominado por los principios de identidad y de constancia espacio-temporal que configuran el piso de la conciencia que Freud llamó “preconscious”. La conciencia en estricto rigor de acuerdo con estas ideas es fluida y constantemente evasiva y, por lo tanto, sólo posible de acoger bajo la forma preconscious.

Estas “reminiscencias” entramadas a todo pensar asumido como voluntariamente intencionado, testimonian una base subyacente que, en criterio psicoanalítico, reflejan el peso de la pulsión y el deseo inconsciente en todo lo que ejercemos cognitivamente. Es por esto que nunca pretendo dar cuenta abarcativa y exacta de lo que postula un autor, sino lo “uso” interpretativamente para desplegar lo que se me va imponiendo desde estas múltiples reminiscencias que marcan mi identidad, sin que yo sepa cómo.

En todo esto también influye el modo como el ambiente, en sentido winnicottiano, va construyendo cada historia individual. El “ambiente” en los conceptos de Donald Winnicott se entiende (según “yo” lo entiendo) como esa condición existencial que, en términos de Lacan, “sujeta” a un sujeto en una posición determinada por el lenguaje. Sé que estoy complementando “incorrectamente” ideas de autores distintos, Winnicott y Lacan. También, como lo explico a continuación, de Heidegger. Según me parece “el ambiente” descrito por Winnicott no se refiere a una influencia que opera según el tipo de estímulo-respuesta. Tampoco me parece que vale entenderlo como el peso del entorno, en la evolución de un individuo. Es verdad que implica algo de estas “reminiscencias” ligadas a “lo que viene de fuera” en el desarrollo de

alguien. Pero este “venir de fuera” me parece que resulta más atinado comprenderlo tanto en términos del Lenguaje en la adquisición de una Posición Simbólica, como pienso que lo apunta Lacan, tanto como en el sentido de “Mundo” que aparece en el *Dasein* heideggeriano: “ser en el mundo”. Lo que implica que en estos criterios no se alude a “la influencia” externa del ambiente en el sujeto, sino a que se es sujeto en tanto se “es” en “el mundo”, mundo que estoy identificando con “ambiente” tanto como con “lenguaje”: podría decirse que el sujeto “es” en el ambiente, como “mundo”, como “lenguaje”. Me interesa precisar esto dado que tenerlo presente incluye considerar al Sujeto como diverso del Yo. El primero “posicionado” en un lugar simbólico, el segundo “relacionándose con” los objetos. “Ser en” vs. “relacionado con”. Sujeto y Yo. Lo inconsciente sólo puede darse como una posición de Sujeto que se abre a un mundo que sólo aparece por obra de ese mismo sujeto que el mundo determina. Es por esto que no puedo estar de acuerdo con los postulados de Melanie Klein que hablan de “relaciones objetales inconscientes”. Si son inconscientes sólo podrían serlo como inconscientes en un área del Yo. Pero a nivel de Sujeto de lo Inconsciente, de Ello freudiano, de sistema inconsciente, la relación con el objeto es conceptualmente inconsistente. El objeto requiere de una diferenciación a nivel de sujeto.

Por lo cual lo que expongo está ineludiblemente ligado a mi “ambiente”. Mis alusiones a la posmodernidad están determinadas por la observación y las vivencias consecuentes de un mundo que a lo largo de toda una larga vida ha ido cambiando y sorprendiéndome en ese encuentro constante entre la memoria inconsciente y la memoria preconscious.

Estas ideas son intentos de comprender una época actual que, por mi edad, me pertenece a medias. Yo nací el 41 y mi niñez, mi adolescencia y mi temprana juventud se vivieron en un mundo que era presentado como altamente consistente en el ámbito de las declaraciones. Quienes teníamos algún espíritu crítico vivíamos la perplejidad de vivenciar la distancia tan marcada entre declaración y práctica. La defensa de la caridad conviviendo con la explotación de seres a los que se denominaba como iguales y se los trataba como inferiores, la defensa del amor de pareja y del matrimonio para toda la vida, acompañada del engaño sexual obvio y aceptado tácitamente como realidad masculina, la explotación económica sistemática que determinaba diferencias de clase violentamente injustas acompañadas de afirmaciones piadosas respecto de la condición humana. El abuso sexual clasista, ya no en el matrimonio sino en las concepciones que, desde mi

pertenencia burguesa, escuchaba legitimado también por razones de clase, en jóvenes compañeros que no se perdían ceremonia religiosa. Vale decir que la inconsistencia entre lo declarado y lo vivido era la norma en que nos criamos quienes partimos en esta existencia en la primera mitad del siglo pasado. Por lo menos así lo sentí, en mi experiencia acotada por un lugar de pertenencia y una época específica.

Quiero decir que entiendo que las ideas son representaciones alcanzadas desde la vivencia cotidiana de la propia historia y no concepciones que se imponen desde un afuera teórico y abstracto transmitido por la Academia en sus distintas formas. La fuente del pensar proviene, a mi entender, de la experiencia de la diferencia en sus distintas formas. El aprender, como la apertura de una representación novedosa, es un proceso que brota en continuidad con la existencia viviéndose a cada instante. Me atrevería a decir que tanto el lenguaje como el pensamiento son actos que, en tanto tales, involucran un grado de motricidad, quizás imperceptible, pero que interviene en la transformación del mundo que, registrada o no, ocurre después de que pensamiento y lenguaje se ejercen. El afirmar que se ejercen no implica concebir que son actos discontinuos que empiezan en un momento y terminan en otro. Me parece que pensamiento y lenguaje aparecen simultáneamente con la primera frustración, que representa iniciáticamente, en un instante, una diferencia entre un pasado pleno y un presente marcado por la falta y allí se instalan como una constante indetenible que nos hace humanos.

La frustración en un recién nacido, la primera frustración, se supondría que conmueve y sorprende como un temblor violento a este ser que comienza a existir. Si continuamos pensando en la noción de existencia como ser-en-el-mundo, el mundo se abre desde esa primera frustración, habiendo algo que, con un grado de violencia, se distancia del ser. El ser puro de la total continuidad es despertado por esa diferencia temporal entre el estado de satisfacción y el de frustración. Algo moviliza, de un modo diferente a moverse en el líquido amniótico, a este ser que empieza a experimentar la diferencia. Diferencia que se instala marcando ángulos, distancias, dureza de la materia, resistencia de la realidad a la vehemencia del deseo inconsciente proveniente de las pulsiones.

El lenguaje se instala con la diferencia y gesta motrizmente la protesta vehemente y desesperada del lactante frustrado. Protesta que es una primera forma de lenguaje que surge de esa primera forma del pensar que se representa como una diferencia temporoespacial. Así el lenguaje es indistinguible

del pensar, en tanto pensar y lenguaje se requieren mutuamente interactuando constantemente. Es por esto que pienso que hay un nivel mínimo de motricidad en el pensar. El pensar rompe la continuidad. Es de imaginar, ¿cómo se puede saber sobre estas cosas? que la vivencia de insatisfacción y su respuesta desde un comienzo de instalan como un discurso primigenio, precisamente por la experiencia de lo diferente entre frustración y satisfacción. Es la diferencia lo que altera el curso de la continuidad y lo transforma en *dis-curso*. El discurso como alteración del curso. Pero también el discurso como fundamento de pensamiento y lenguaje, en tanto ambos son distintas formas de la re-presentación, vale decir, ese distanciamiento de la experiencia del mundo que configura una disociación basal en la experiencia de vivir, disociación que nunca volverá a su cauce originario y temporalmente casi indefinible.

Lo que intento explicar respecto de lo que pienso y que me llevó a esa afirmación de considerar al pensamiento y lenguaje como cooriginarios, es algo que precisamente tiene que ver con esta disociación fundante: pensamiento y lenguaje como una realidad paralela representacional en la que la experiencia directa con el mundo se oculta definitivamente, hasta que el deterioro o el instante de la muerte vuelvan a poner al ser humano en la experiencia de ser, experiencia que no puede ser representada.

En todo caso yo entiendo, por la extrañeza que a veces experimento sobre lo actual, que el pensamiento y el lenguaje han sido drásticamente afectados por lo que se ha llamado la posmodernidad. Esta fuente existencial de su implicancia mutua ha sido rota imaginariamente por una posmodernidad que instala valóricamente el lugar de lo imaginario en el devenir existencial. Imaginario que opera en desmedro de lo simbólico, en tanto el primero alude a “relacionarse con” objetos y el segundo a “posicionarse en” el mundo. Actualmente, a nivel macrosocial, lo que se propugna vía los distintos medios de comunicación es lo que tiene que ver con el privilegio de un “parecer” en reemplazo del valor de “ser”. Es sólo en pequeños grupos muy determinados donde se valora y se reconoce la angustia de ser, que da lugar a pensar y orientar la existencia como la vivencia de la falta, la vivencia de un fundamento que se despliega por obra de una carencia básica de sentido último. No descalifico con esto la fe en una trascendencia. No la tengo, pero, considerándome agnóstico, respeto la posibilidad que la trascendencia sea válida. Pero, aquí en la tierra, en este *Dasein*, la vida misma está traspasada por esa ausencia de sentido último, al punto que algunos tienen que buscarlo fuera

de la existencia terrenal. Asumir esto conlleva una posición simbólica que encuentra, en el orden imaginario, un modo de vivir y representarse la existencia que no supera en lo esencial la mirada que remite en lo profundo a una angustia fundante.

Creo que, por obra de mi, sin duda, limitada observación de los tiempos actuales, hoy se busca por vía de los medios de comunicación (que parecen en verdad medios de incomunicación) una erradicación de lo simbólico en pos de una valoración extrema de lo imaginario. Lo que implica la atención y la valoración de todo lo que tenga que ver con la forma, con la apariencia, con distintos modelos de existencia que, a través de lo visual, inducen a construir un mundo evanescente, sin lugar para la angustia, atento más a la figura que al fondo.

Se altera de este modo lo perceptual, lo conceptual, aquello que entiendo remite al privilegio dominante de un registro imaginario. Así la comunicación aparece como posible, en tanto referida fundamentalmente a los derivados representacionales de una técnica cuya esencia, según dice Heidegger, ha sido olvidada, o, más bien, "cuando del peor modo estamos abandonados a la esencia de la técnica en cuanto la consideramos como algo neutral, porque esta representación, a la que hoy se rinde pleitesía, dice Heidegger, de un modo especial, nos hace completamente ciegos a la esencia de la técnica". Previamente ha sostenido que "en todas partes estamos encadenados a la técnica sin que nos podamos librar de ella, tanto si la afirmamos apasionadamente como si la negamos." Es esa supuesta neutralidad de la técnica la que nos hace olvidarnos de su esencia. El texto de Heidegger, cómo no, es complejo al respecto. Desplegarlo creo sería alargar excesivamente una respuesta ya excesivamente extendida. Me bastará citar algo con que concluye uno de sus textos sobre la técnica. Citando a Hölderlin dice: "Pero donde hay peligro, crece también lo que salva", completando la idea con esta otra cita "poéticamente mora el hombre en esta tierra". Y concluye: "Cuanto más nos acerquemos al peligro, con mayor claridad empezarán a lucir los caminos que llevan a lo que salva, más intenso será nuestro preguntar. Porque el preguntar es la piedad del pensar".

En tal sentido yo podría decir que preguntarse por esta disociación de lo imaginario, que interpreto como predominante en la época actual, quizás sea la vía de la pregunta más válida del posmodernismo, pregunta que, en el terreno de la técnica, nos hablará quizás más de nuestra esencia y menos de nuestra apariencia. Quizás podamos así descubrir en la técnica como el sentido de lo oculto, el sentido de nuestra posición simbólica.

GPU: Paul Ricoeur, en su libro "Freud: una interpretación de la cultura"⁴ acuñó la expresión "escuela de la sospecha", cuyos representantes son pensadores muy distantes en apariencia: Marx, Nietzsche y Freud. Creo que debiera agregarse a esta lista a Claude Lévi-Strauss. Todos ellos consideran que la conciencia en su conjunto es una conciencia falsa (la conciencia como "mentira" afirma Ricoeur). Así, según Marx, la conciencia se falsea o se enmascara por intereses económicos, en Freud por la represión del inconsciente y en Nietzsche por el resentimiento del débil. Podríamos agregar que en Lévi-Strauss, lo manifiesto no es lo verdadero sino que esto último que estaría situado en el lugar de las leyes de la significación cultural, al que denomina el "inconsciente estructural". Usted ha manifestado su vocación hacia la sospecha y, especialmente, hacia la sospecha de los datos llamados "objetivos" y su preferencia por lo que usted llama "criterio interpretativo". Usted relaciona lo anterior con dos grandes tendencias: el modernismo y el posmodernismo, en los que se debaten los temas de la Objetividad, la Subjetividad, el Yo y el Sujeto. ¿Podría desarrollar estas ideas de modo de hacerlas accesibles a los lectores de GPU?

JC: En lo que viene seré más escueto que en las respuestas precedentes, en las que creo haberme extendido demasiado para el espacio de una revista.

En primer lugar quisiera especificar que el término conciencia del que se habla en la pregunta, deduzco que corresponde, en el pensamiento freudiano, a una zona "mental" que quedaría entre el sistema consciente (Sist. Cc) y el sistema preconscious (Sist. Prcs.). La "conciencia", ésta de la pregunta, no la freudiana propiamente tal, entonces, compartiría la lucidez del "relámpago que ilumina la pradera" (si mal no recuerdo ésta es una metáfora de Heráclito) del Sist.Cc, con la opacidad de las categorías formales Prcc. que permiten la percepción y el concepto (funciones cognitivas éstas que favorecen el rescate representacional de un mundo, que por obra de esas representaciones, se discontinúa y diferencia en clases y jerarquías).

Es por esto que, al mismo modo de la función del pensar, esta "conciencia" sería necesariamente retrospectiva, con un sesgo más bien narrativo implícito que lo que es *el instante*, temporalidad más atinada al Sist. Cc. Me parece que esta conciencia de sí y de los otros trata de un fenómeno más amplio que el descrito por el Sist. Cc. freudiano. En ella nos damos cuenta de lo ocurrido en un paso inmediatamente posterior a la ocurrencia misma, en un continuo que sería posibilitado,

⁴ Ricoeur P. *De l'interprétation. Essai sur Sigmund Freud*, Paris. Éditions du Seuil, Paris, 1965.

creo, por lo Prcc. La represión primaria freudiana delimitaría la frontera entre Sist. Cc y Sist. Prcs. y, desde esa función, impediría “hacer consciente lo inconsciente”.

Por lo dicho en la respuesta anterior, la conciencia freudiana propiamente tal, aquella del Sist. Cc, *no* podría reprimirse, porque sus contenidos desaparecen en el instante en que se registran. Como bien lo estipula la pregunta, la represión es de lo inconsciente y desde ahí afecta esta conciencia como campo intermedio entre el Sist. Prcs. y el Sist. Cc. “Hacer consciente lo inconsciente”, supuesta meta del trabajo psicoanalítico psicoterapéutico, implicaría, entonces descubrir en lo que se expresa voluntariamente el verdadero sentido de trasfondo. Y ese descubrimiento latente tiene una redacción similar en su articulación a los propósitos llamados “conscientes”.

Es el Sist. Prcs., como ya lo dijimos, el que le da coherencia identitaria y espaciotemporal a esta verdadera sumatoria continua de instantes reconocido por el Sist. Cc., lo que implica que, en último término, la conciencia de sí y del entorno que se describe en el ser humano, desde un punto de vista estrictamente freudiano, no se daría nunca. Porque se diluye en el momento en que llega a ser en el Sist. Cc. y se distorsiona como experiencia del mundo en el Prcc., a través de sistematizarse formalmente para poder ser consignada. Diría que somos conscientes de nuestro preconscious, excepto en instantes de lucidez en que intuimos algo directamente, intuiciones que al momento siguiente necesariamente pasan a ser tramitadas por el Sist. Prcs.

Esto equivale a afirmar que la experiencia de ser en el mundo, freudianamente, nunca se registra en su verdad última. Se implica así que siempre, ya sea bajo la forma de la representación-palabra preconscious o de la representación-cosa inconsciente, el mundo registrado es siempre una re-presentación. Desde estos criterios la existencia es más una experiencia *presentacional*, no *re-presentacional*, en el trasfondo de su repertorio. Así la “conciencia” de ser quedaría sumida en la existencia y no en la “mente” y su registro mental sería su deformación, entendiendo que la existencia como experiencia no se representa sino, por decirlo así, “se vive”.

Pues bien, esta “conciencia” se registra como tal en la medida que se inclina radicalmente a la toma de “lo objetivo” en la existencia. El objeto se perfila en tanto se diferencia del sujeto y de otros objetos. Sólo así se hace posible la conciencia de sí y la conciencia de lo otro. La conciencia implica lo objetal. En la continuidad no podría darse la conciencia, aquella que comparte con el preconscious una manera de asumir el mundo y de asumirse en el mundo. Es así como en la inevitabilidad de acceder al mundo bajo alguna forma de objetividad,

me identifico con aquellos autores que “sospechan” que esta objetividad es un requerimiento necesario para tratar con el entorno y consigo mismo, ocultando bajo estas formas la presión pulsional que supone el intenso egocentrismo que campea en el fondo de nuestro desarrollo cultural. Este egocentrismo es naturalmente tema del Yo, que transforma la posición simbólica del Sujeto de acuerdo con las exigencias yoicas que lo fuerzan desde la pulsión y el deseo inconsciente.

Estas son las bases de lo que me lleva a preferir el “criterio interpretativo”, probablemente inclinado a ello por aquello que parece que mencioné como una “vocación para la sospecha”. Tengo la impresión que aquello que he llamado en mi texto “cultura vertical” moderna, de la que vengo, favorece el terreno de la sospecha, por implicar esta verticalidad una distinción entre lo que aparece en la superficie del preconscious y lo que se oculta en lo profundo del inconsciente, en la superficie de lo aceptado culturalmente y en lo profundo de lo que esto oculta, por ejemplo en lo que se ha pensado como “lucha de clases”.

Lo que he llamado “cultura moderna”, para los efectos de mi texto y no con pretensiones bibliográficas o académicas, está dando cuenta de una posición simbólica en la que lo manifiesto se organiza bajo las formas propias de lo que Freud llamó Proceso Secundario, que en términos muy superficiales equivaldría a las formas del pensamiento racional. Son las especificaciones valorísticas y conceptuales de lo que podría denominarse, con cierta laxitud conceptual, “civilización”. En oposición, lo latente optaría por la estructura propia del proceso primario, donde no se consideraría ni el principio de identidad ni las categorías espaciotemporales. Imperaría en esa latencia, como ya lo decía, el dominio del deseo inconsciente, que traduce los requerimientos de la pulsión. La organización global de esta estructura, a nivel mental, está determinada por lo que se ha llamado represión primaria.

Me parece interesante esta función de la represión a nivel de la organización del aparato mental, porque, en última síntesis, son los fenómenos represivos los que configuran, con violencia o sin ella, esta “civilización” que mencionaba. Pensar así las cosas induce a entender la organización de ese periodo que he llamado cultura moderna, al modo como Freud describió su primera sistematización del aparato mental. ¿Es posible que lo que evolucione desde el posmodernismo, en tanto lo describo como *horizontal*, conduzca a nuevos hallazgos sobre el aparato mental? ¿Es posible que la condición del lenguaje se llegue a tomar en cuenta considerando que la indeterminación de las representaciones-cosa freudianas estén en el núcleo de las representaciones-palabra?

Lo que conduciría a entender que todo lenguaje racional explícito conlleva en su interior un registro de la "cosa" más favorable al alojamiento de la pulsión, que lo que implica la discriminación de un objeto. Vale decir que nuestro discurso preconsciente está al servicio de Lo Inconsciente. Bueno, esto no constituye novedad en el enfoque psicoanalítico. Es difícil saberlo, pero podría ser. Es posible que el psicoanálisis sea atendible.

Decía anteriormente que la distancia entre lo declarado y la práctica de lo declarado eran una constante que se vivía cotidianamente, por lo menos en mi experiencia. Extiendo esa experiencia personal, que obviamente incluye lecturas y formación universitaria en lo formal y múltiples conversaciones e informaciones en lo informal, a una interpretación de esa época como Época moderna. No me he preocupado sino asistemáticamente de confrontar esta noción de lo Moderno y lo PosModerno con lo que se afirma en la literatura. He tomado de ella los términos y los he entendido de acuerdo con las consideraciones que hago en ese libro que motiva esta entrevista. El apoyarme básicamente para definirla así, en diversos registros personales asistemáticos, lo sustento en la valoración de ejercer reflexiones propias, apoyadas, por cierto, en la bibliografía, en la academia y en la formación intelectual, pero intencionadas en un ejercicio deductivo independiente de "lo correcto", "por ver hasta dónde llega", parodiando una vez más a Freud.

Adjudico, entonces, esa tendencia a "lo sospechoso" a lo que he llamado pensamiento moderno, término que obtengo, sin duda, de las lecturas hechas, pero también por oposición a lo que se publica sobre este periodo llamado posmodernismo. Quizás, y no creo ser original en considerar esto, lo novedoso en el posmodernismo, respecto de lo tradicional, es lo que aparece como un cambio radical en los medios de comunicación. Es la proliferación de la información como materia privilegiada de la comunicación lo que me lleva a postular que en el posmodernismo se privilegia el registro imaginario y, parece que dije, "se desgaja" de lo simbólico. Al ocurrir esto la presencia de la sospecha respecto de lo subyacente se diluye, dado que existe un cierto "desenfado" posmoderno a hacer más explícito lo que el modernismo sólo implicaba. Declarar el peso absoluto de la eficiencia como valor preferencial alude a algo de ese "desenfado".

Lo que quiero afirmar es que el mundo actual se me presenta en un estado de cambio que todavía no se cierra, donde hay una fuerte tendencia a que el conocer sea más valorado que el saber, donde las posiciones se transforman de acuerdo con las circunstancias, donde lo "objetivo" observable se valora en función de

su eficiencia inmediata y práctica. Donde ocurre todo aquello que usted enumera en la pregunta que viene. Esto, en síntesis, es lo que me hace entender que el sujeto posmoderno no está "sujetado" en una posición simbólica por obra de un lenguaje que lo determina, sino que es, precisamente, ese sujeto del postmodernismo el que determina los campos de acción del lenguaje, al modo como alguien puede hacer que un volantín describa en el cielo movimientos que recorren espacios según las intenciones que le imprime la muñeca de quien lo eleva. Es lo que tanto se habla de que la palabra ha perdido rigurosidad o que ya se tiende muy frecuentemente a no respetar la palabra.

Sin duda la palabra es una parte de la formulación del discurso. El lenguaje está enraizado en ese discurso, que se instala originariamente por el peso de la experiencia de la diferencia. El discurso es cosa del Sujeto, no del Yo, se traduce yoicamente, pero la posición del Sujeto es necesariamente inconsciente, por lo tanto trasciende lo yoico. El funcionamiento inconsciente de una zona del Yo se articula representacionalmente al modo de la representación-cosa, propia del Ello freudiano y, en ese sentido la centralidad de lo yoico se diluye en los funcionamientos de esa zona más cercanos al Sujeto de lo Inconsciente. Me parece que en el primer capítulo del libro me extiendo en esto.

En tal sentido la posición simbólica del sujeto posmoderno estaría sobrepasada por lo yoico adaptativo, lo que implica, como posición simbólica, una carencia marcada en la valoración de posicionarse simbólicamente. En fin, esto es el modo como pienso y lo que me hace afirmar las cosas que afirmo en ese libro. Sé que nadie, en último análisis, tiene la razón y que sólo podemos intentar entender mejor aquello que somos. Estos son *mis* intentos, probablemente fallidos.

GPU: Relacionado con la pregunta anterior están los intentos por desplazar de las Escuelas de Psicología el pensamiento hermenéutico, y centrar la formación en los datos de la investigación empírica y los modelos de psicoterapia que se afinan en esos datos. Esto se entronca con la confusión entre títulos académicos y profesionales. La Universidad forma "académicos" a través de los grados de licenciado, magister y doctor (basados en ese empirismo), cuyas habilidades no corresponden a las de los psicoterapeutas profesionales, y cuyo destino natural sería trabajar en investigación y docencia en alguna universidad. Es fácil comprobar que el campo académico es ínfimo respecto de la cantidad de psicólogos que egresan año a año en el país, lo que genera una gran incerteza laboral en los egresados. La formación profesional se ha radicado en institutos privados. Sin embargo, hay en las

universidades una cierta publicidad engañosa, y seguramente criterios económicos (aquellos de la formación interminable y cara) puesto que quienes ingresan a estudiar psicología parecieran imaginar su trabajo futuro en la práctica profesional, en cualquiera de sus vertientes, y no como académicos. ¿Qué opina de esta situación?

JC: Es verdad que esta crítica al sentido universitario actual en general y, en este caso, a las escuelas de psicología en particular, me representa plenamente. La descalificación al pensamiento hermenéutico como fundamento reflexivo la he experimentado como profesor de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica. No así en la escuela de la Universidad Alberto Hurtado (donde superviso a alumnos en práctica y hago un seminario teórico clínico).

Creo que una cosa es considerar el abordaje hermenéutico como fundamento del pensar y otra incluirlo en programas universitarios teóricos como información relativa a la historia de las ideas. Esto último no está usente, me imagino, en algunos cursos dictados en esa escuela de la Católica. Sin embargo los intentos de reducir el campo de la clínica y especialmente del psicoanálisis, lo que implica la desconsideración de “lo interpretativo” como válido, son allí cosa de todos los días. No se asume que la “objetividad” de los datos también es una forma de interpretación. Se transmite así un criterio que toman como científico, entendiendo la ciencia desde un punto de vista bastante tradicional, desconociendo las revisiones críticas epistemológicas realizadas hace ya mucho tiempo por autores como Lakatos y Feyerabend, entre muchos otros. A veces pareciera que se desconoce, aun, a Heisenberg y su *Principio de la Incertidumbre*. Por aseveraciones que me cuentan los alumnos, hay profesores que transmiten que el pensamiento se valida en modelos apoyados en la sensorialidad del tacto y de lo visual, tomando como confiable sólo aquellas posiciones teóricas que puedan supuestamente “comprobarse” por aquel tipo de confrontación “observable”. Lo del tacto y la visión, sin duda, no lo expresan, pero esa es la fuente de lo observable. De hecho los alumnos (tengo entendido que sobre 300) han protestado por esta situación y también algunos profesores. Ha habido un grupo de ex alumnos no menor (al parecer sobre 100) que también lo han hecho formalmente.

Es, entonces, una realidad constante y mantenida por los estamentos que últimamente consiguen el poder en la dirección de la Escuela. Imagino que lo logran porque otros no manifestamos intereses administrativos entregando la responsabilidad al grupo que sí lo hace. Así que lo que nos cabe es aceptar la situación, entendiéndola como producto del espacio que entregamos a aquellos que se guían por lo indubitable de lo

perceptual. En ese sentido cada uno es responsable de aquellas condiciones que critica. Sin duda es encomiable que haya quienes tengan esta vocación administrativa, porque sin administración es imposible alcanzar el funcionamiento de una institución. Pero sería atendible que no se valieran de esto para intentar imponer sus propios criterios epistemológico (entre los cuales no muestran un interés por la epistemología).

Entiendo que hay una diferencia entre lo académico y lo profesional. Sin embargo el peso de lo académico debería estar entramado a una profesión como la del psicólogo. Me explico. Un psicólogo está destinado a abordar siempre lo enigmático en el ser humano. Aun aquel de tendencia conductista. Este ha resuelto el enigma por atender a lo observable de la conducta. Lo enigmático, consustancial al tema del Hombre, conduce espontáneamente a lo interpretativo, aunque se interprete que lo real es lo observable. Es en lo académico donde se alcanza a abordar una reflexión compleja que va más allá de lo notorio. Lo profesional incluye una inclinación formativa a lo operativo, a lo que se comprueba fácticamente. Pienso que es propio de la labor del psicólogo, en tanto profesional, conservar el ángulo académico en su acceso positivo, hábil y metódico a las tareas particulares que requiere atender. Vale decir, tiene que mantener siempre en su acceso a los problemas que busca resolver una actitud investigativa. Diferencio en la investigación aquello que se corresponde con actividades metodológicas empíricas que se acotan a indagar en campos específicos de la realidad su condición latente, de aquello que denominaría posición investigativa. Esta última alude a un modo de asumir la realidad que siempre supone una determinación de ella más allá de lo observable. El psicoanálisis se caracteriza por esto. El psicoanálisis es, por definición, investigativo, su práctica es constantemente una investigación que podría llamarse clínica, en tanto se atiende a la pesquisa de las motivaciones inconscientes de un individuo para hacer de esa misma persona un ser más informado de sí mismo en aquello a lo que el paciente no puede acceder por sondeos solamente individuales.

GPU: *¿Cuál es su opinión respecto de personas que hacen “investigación” en psicoterapia, sin ser psicoterapeutas? Haciendo una caricatura que usted puede desmontar, los resultados de la investigación empírica en psicoterapia no sólo sufren del efecto Dodo, sino también del efecto “Perogrullo”, pues en definitiva lo que opera eficazmente en el proceso psicoterapéutico y sus resultados son las características del terapeuta, del paciente y del vínculo. ¿No está esto en los inicios del psicoanálisis? ¿Se requería miles de metaanálisis para aceptar lo obvio?*

JC: En realidad tiendo a pensar que el efecto “Dodo” y el efecto “Perogrullo” se combinan en los resultados de la investigación llamada empírica en psicoterapia. Esto se agrava si el investigador además no es psicoterapeuta, lo que muestra una confianza en la veracidad de lo metodológico objetivo que creo que no resiste el menor análisis. Quienes propugnan esta metodología como verdadero criterio de “verdad” se muestran como, según lo capto, convencidos de algo que ya está extinto, como el pájaro Dodo, y caen en confirmar lo que se confirma por sí mismo, como es el caso de Perogrullo. Que yo como psicoterapeuta requiera apoyar mis intervenciones en supuesto hallazgos empíricos que darían confiabilidad a éstas, aparte de ralentizar mi actividad de un modo, por lo menos tedioso, conllevaría derivar la atención hacia una comprobación “científica” que distraería la necesaria concentración en las características individuales del paciente en el aquí y ahora de la sesión. Creo que lo que se contrasta, en la dirección acertada de una psicoterapia, ocurre en un campo intermedio interpretativo alcanzado entre el paciente y el terapeuta, lo que implica que la incertidumbre opera como un principio constante de esta actividad. Nunca he creído que la evolución de una psicoterapia se compruebe correcta por vía de metodologías formales llamadas empíricas. Siempre he pensado que lo que da la vía acertada es más bien la convicción que surge entre paciente y terapeuta de estar develando lo enigmático de un modo sugerente y privado, que va dando su fruto en el desplegarse de la psicoterapia. Al fin lo que confirmará estas aproximaciones serán cambios importantes en la vida cotidiana que disuelvan el peso del motivo de consulta.

GPU: *Vinculado a la pregunta anterior nos gustaría su opinión de lo que se ha llamado “Psicoanálisis relacional” con escasa diferenciación respecto del “Psicoanálisis intersubjetivo” o el “Psicoanálisis interpersonal”. Se lo preguntamos porque hay, por así decirlo, un movimiento muy activo en esta perspectiva. Sin intenciones de ser descalificador, parece una moda, como lo fue la terapia gestáltica, la Programación Neurolingüística, La terapia Transaccional y muchas otras. ¿Qué piensa al respecto?*

JC: Si bien tengo escrúpulos en opinar sobre esto, por contar con queridos amigos que han optado por esta tendencia, no puedo negarme a dar mi opinión que es contraria a pensar que estas tendencias sean psicoanalíticas. El poner la atención del psicoterapeuta psicoanalítico en “lo relacional”, “lo intersubjetivo”, “lo interpersonal” me parece muy válido, siempre que esta atención sea producto de una interpretación sostenida de la transferencia. No propugno que la técnica

psicoanalítica se concrete en interpretaciones transferenceles sistemáticas al paciente, como lo hacen, por ejemplo, los kleinianos. Creo que el tipo de intervención psicoanalítica abarca un espectro muy amplio, en el cual no excluyo el apoyo inteligente, la sugerencia concreta, la confrontación, la puesta sugerente de algún criterio. He acuñado el término “encuadre coloquial” precisamente porque soy reacio al abordaje técnico psicoanalítico. Opto por aquello que Winnicott denomina “tratamiento”, dado que entiendo que ese término abarca diversas posibilidades de intervención que se gestan por la atmósfera dialogante que va surgiendo entre paciente y terapeuta. Yo pienso que el psicoanálisis es una psicoterapia psicoanalítica, porque su último objetivo es el bienestar del paciente y no la corrección técnica del psicoanálisis. Sin embargo, a mi entender, es crucial que estas intervenciones surjan de una atención mantenida e interpretativa de la transferencia en el interior del pensamiento del psicoanalista. Obtener criterios de interpretación por una dedicación preferente al vínculo entre terapeuta y paciente me parece atinado como psicoterapia, pero no define esto una práctica psicoanalítica. El vínculo es un observable que un terapeuta avezado llega a entender acertadamente. Es esperable que así sea. No obstante, trabajar una teoría de la práctica que se dedique exclusivamente a esta observación no me parece que sea psicoanalítico. Y eso es lo que me parece que representan estos enfoques relacionales, interpersonales o intersubjetivos. La atención puesta a los “yoes” del terapeuta y el paciente en interacción, postergando (a mí me suena más bien olvidando) la guía de la interpretación de lo inconsciente transferencial, deja el trabajo a realizar en el ámbito de otras psicoterapias que, sin duda, tienen una validez atendible, pero que entienden al ser humano según otros modelos o formalizaciones. En síntesis, no creo que tales aproximaciones sean psicoanalíticas por que, quizás estoy equivocado, se concentran exclusivamente en lo vincular y su aproximación a lo inconsciente se perfila como radicada en una investigación de las escisiones del Yo y no de un Sujeto de lo Inconsciente.

GPU: *Usted ha escrito un gran libro, tanto por la calidad de los contenidos como por la extensión (631 págs.). Nos gustaría que explicara a los lectores uno de sus apartados dedicados a las Instituciones Psicoanalíticas. El interés de esta pregunta surge de haber visto a las instituciones psicoanalíticas como hervideros de conflictos, exclusiones, santificaciones, aislamientos, etcétera. Tal vez esto ocurra en todas las instituciones, pero la percepción de que esto está ampliado en las organizaciones psicoanalíticas es muy difundida. ¿Tienen estas organizaciones alguna*

especificidad respecto de otras que las hacen ser más complejas, para bien y para mal? Usted ha sido un destacado miembro de la APCH y creador del ICHPA. Luego, sus opiniones en este sentido pueden ser clarificadoras para quienes ejercen la psicoterapia desde otras perspectivas.

JC: Es verdad, algo pasa con la institución psicoanalítica, que quizás dependa de la contradicción implícita en las ideas de "institución" y "psicoanálisis". Obviamente las articulaciones conceptuales de lo que se concibe como institución están en el lado opuesto de las articulaciones conceptuales que fundamentan el enfoque psicoanalítico. Las instituciones se apoyan naturalmente en los procesos secundarios. El psicoanálisis sin la concepción de los procesos primarios como fundamento del pensar no es psicoanálisis. Lograr un maridaje entre ambas propuestas tan radicales sin duda es complejo y favorece que se extravíe la vía. Porque... ¿las instituciones psicoanalíticas son tales en tanto psicoanalíticas, no en tanto instituciones simplemente? ¿O es posible que no?

Quizás sería necesario que quienes pertenecemos a estas asociaciones no perdiéramos de vista que esta pertenencia despierta consciente o inconscientemente afanes de poder que yo encuentro patéticos. La institución psicoanalítica no es una gran institución. Más bien es bastante desconocida a nivel social y el poder dentro de ella, de muy estrecho espectro, debería estar destinado simplemente a intentar preservar el carácter psicoanalítico de sus actividades. Sin embargo

siempre el Yo mete su cola y nos tienta con afanes de figuración que, en lo inmediato y en lo local, parecieren fascinarnos. Al fin se hacen congresos internacionales de psicoanálisis donde se puede vivir el espejismo de representar algo importante por el solo hecho de detentar un cargo directivo o de hacer una presentación. Si esa presentación es plenaria es posible que el yo del sujeto se infatue casi orgásmicamente. No me siento excluido de estas debilidades. Lo que sí encuentro es que todo esto es más bien ocasión de interpretaciones psicoanalíticas que expresivo de logros que realmente enaltezcan a quienes lo alcanzan. El psicoanálisis no vale por el poder institucional sino por su práctica. El problema es que hay que favorecer de alguna manera una formación rigurosa en esta disciplina y una institución bien llevada puede aproximarse a ello. Pero, lo reitero, siempre el Yo mete su cola.

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

JC: Sólo agradecer esta oportunidad de desplegar mi egocentrismo y a través de ello poder transmitir algo de un modo de pensar que, eventualmente, puede ser orientador o interesante para quienes lo valoren o les interese. Creo que las preguntas fueron de tal modo abarcativas que me permitieron exponer buena parte de lo que me atrae decir en mi condición de psicoanalista y de ser humano.

ANÁLISIS

EL CASO DE “LOS 33”: REFLEXIONES DE UN TRAUMA

(Rev GPU 2013; 9; 1: 52-58)

Rodrigo Gillibrand¹

El artículo presenta una reflexión del concepto del trauma, su clasificación en los sistemas nosográficos y las dificultades en la definición de lo que implica un evento estresante. Se toma como punto de análisis el “caso de los 33”, accidente minero ocurrido en agosto de 2010 que involucró una serie de hechos traumáticos acumulativos y secuenciales que concluyeron en el desarrollo de psicopatología no clasificable en la nomenclatura psiquiátrica actual. Se hacen analogías con diversos trastornos, entre ellos el trastorno por Estrés Posttraumático Complejo y el Síndrome de Estocolmo, con explicaciones desde la psicología evolutiva y de desastres.

INTRODUCCIÓN

El año 2010 trajo para Chile una serie de hechos que perdurarán en la memoria colectiva del país por mucho tiempo. Primero, un terremoto ocurrido el 27 de febrero, el tercero más intenso desde que existen registros mundiales, que dejó centenares de muertos, un gran número de personas desaparecidas a causa del tsunami y una sensación de vulnerabilidad en gran parte de la población. Un desastre que afectó más de cinco regiones del país y puso en juego la estabilidad de nuestra sociedad.

Terminando el año, acaece una nueva tragedia. Casi un centenar de reos fallecen en un incendio ocurrido en uno de los recintos penitenciarios más sobrepoblados del país, causando un gran impacto emocional. Aún se aprecian las consecuencias legales y la búsqueda de los responsables de estas pérdidas.

Sin lugar a dudas, el hecho que más revuelo causó fue el accidente de los 33 mineros atrapados en la mina San José, en el desierto de Atacama. Fue un hito histórico, sobre todo en el mundo de la minería y de los accidentes laborales: un rescate con estas características no se había llevado a cabo anteriormente, generando cobertura mediática mundial y secuelas que hasta hoy siguen siendo estudiadas. Lo sucedido aquí nos mostró cómo funcionan las sociedades, instituciones, gobiernos, empresarios, grupos e individuos. Es difícil separar en este caso lo sociológico y las reacciones psicológicas individuales y grupales.

Estos hechos alertan sobre la existencia de diversos sucesos traumáticos y la eventual vulnerabilidad de la población ante éstos. Chile es un país susceptible a los desastres naturales y donde ocurren hechos violentos a diario que podrían traducirse en psicopatología posttraumática en sus habitantes.

¹ rogillibrand@yahoo.es

En el presente artículo se pretende reflexionar sobre el tema del trauma en relación con su concepto y matices diagnósticos, analizando el caso de los mineros de Atacama durante el tratamiento recibido en el Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago.

EL TRAUMA Y SU CLASIFICACIÓN: SITUACIÓN ACTUAL

Las clasificaciones actuales y la historia de los sistemas nosográficos han mostrado las dificultades que existen para definir lo que es traumático. Esto se considera específicamente para diagnósticos como Trastornos Adaptativos, Estrés Agudo (TEA) y Estrés Postraumático (TEPT).

Suele ocurrir que en el desempeño clínico nos vemos enfrentados a eventos que nos hacen preguntar qué es lo traumático y si los eventos que desencadenan sintomatología son de la suficiente intensidad como para generar estos cuadros. Con el objetivo de dilucidar estas incógnitas, estudios pioneros en el tema avalaron la existencia de acontecimientos que podrían ser potencialmente más estresantes. Así lo evidenciaron investigaciones con individuos que habían experimentado situaciones de guerra, derivando de Vietnam la mayoría de estas conclusiones. Luego comenzaron estudios en poblaciones civiles, demostrándose que la psicopatología postraumática ocurre también en víctimas de violencia sexual, atentados terroristas, violencia delictual, formas crónicas de violencia intrafamiliar, y accidentes de tránsito y laborales.

A su vez, debe considerarse lo que sucede con los individuos que viven el evento traumático: su estilo de personalidad, vulnerabilidades, resiliencia, estrategias de coping, manejo del estrés, etc.; y, posteriormente, añadir las diversas variables psicosociales que interactúan.

De esta manera, no todos los eventos traumáticos generan un cuadro de TEPT y no todas las personas que vivencian un mismo trauma lo desarrollan. A su vez, hay situaciones estresantes mínimas que generan sintomatología postraumática que ocasionalmente es incapacitante. Es ahí cuando aparecen otras interrogantes, especialmente en lo que se refiere a la vulnerabilidad personal y diversos estilos gananciales.

De esta manera, son varios los componentes que deben considerarse para calificar un hecho como traumático o no, no siendo el suceso el único determinante, sino más bien la imbricada transacción que ocurre entre el evento, el ambiente y el sujeto.

La literatura relacionada con eventos traumáticos y sus consecuencias emocionales es numerosa, y sigue creciendo.

EL CASO DE “LOS 33”

El 5 de agosto de 2010, treintatres mineros quedan atrapados a setecientos metros de profundidad en la mina San José, propiedad de la empresa minera San Esteban. Durante diecisiete días se llevaron a cabo diversas formas para dar con ellos. A través de sondajes se hizo contacto el 22 de agosto. Todos los trabajadores estaban vivos. Se inicia la operación de rescate, restituyendo la salud de los trabajadores mediante comunicaciones con el exterior, evaluaciones y tratamientos médicos periódicos y tres equipos a cargo de la perforación. Después de setenta días de cautiverio los trabajadores son rescatados uno a uno.

Durante los setenta días que los mineros estuvieron bajo tierra los familiares de los trabajadores accidentados se vieron involucrados en todo el proceso. Ello se vio reflejado en el “Campamento Esperanza”, asentamiento que unos pocos días antes del rescate llegó a albergar a unas mil personas.

Los mineros fueron reconocidos por su experiencia, lo que se demostró en una importante cantidad de invitaciones a diversas partes del mundo luego del rescate. La presión mediática era importante en los primeros días y en todos los medios de prensa aparecía la historia de “los 33”. Estas alusiones disminuirían con el paso de las semanas, hasta que tiempo después desaparecieron.

Lo traumático en el caso de “los 33”

El estrés sufrido por los mineros atrapados en Atacama tiene una serie de elementos que podemos catalogar como traumáticos:

Agentes físico-químicos:

- Falta de alimentos
- Alta humedad
- Altas temperaturas
- Oscuridad
- Consumo de líquidos no potables
- Infecciones por organismos patógenos

Agentes psíquicos:

- El impacto del derrumbe
- Apremio psíquico permanente
- Incertidumbre
- Ausencia de control de la situación
- “La muerte rondando”
- Dificultades interpersonales

Agentes socioculturales:

- Distanciamiento de la familia
- La presión mediática
- El aislamiento
- El olvido

En los primeros días de encierro los trabajadores enfrentaron el hecho del derrumbe y la incertidumbre en relación a si los estaban buscando. Pese a las dificultades lograron permanecer vivos y el descontrol fue en muchos momentos manejado de forma adecuada por el grupo en pleno.

Luego de diecisiete días incomunicados con el exterior se logra el primer contacto con la superficie, se produce desde ese momento una serie de cambios y la aparición de diversas variables que "interactúan" con el evento traumático vivido durante los primeros días. Los mineros se transforman en "héroes" por haber sobrevivido y asombran por su capacidad de organización.

Las comunicaciones con la superficie se volvieron permanentes. Los mineros pudieron conocer lo que el mundo pensaba de ellos y lo que representaban. Se suma un estresor importante en la comunicación con los familiares del "Campamento Esperanza" relacionados con la transparencia de la misma. Los psicólogos a cargo de mantener la salud mental de los trabajadores en condiciones óptimas aparecen como otra fuente de información que, no de forma directa, asumen un papel de intermediarios con los familiares. El ecosistema que habían formado durante esos primeros diecisiete días fue atacado desde el momento del contacto por una serie de actores nuevos: políticos, autoridades, familiares, prensa, psicólogos, médicos. Había que preparar el rescate y la salida a la superficie.

Este ecosistema (una suerte de sistema cerrado) fue de todas maneras adaptativo, cumpliendo con las necesidades del grupo: la sobrevivencia.

Rof Carballo (1984) describe una serie de etapas que pasan los sobrevivientes de situaciones traumáticas:

PRIMERO: Existe una preocupación por el alimento con una mayor conciencia del propio cuerpo y la preocupación por fortalecerle, el hombre pierde toda consideración humanitaria y roba, si es preciso, las raciones de alimentos asignadas a los demás. // Posterior al derrumbe, y al tomar conciencia de la gravedad de la situación hubo descontrol y tendencia al acaparamiento.

SEGUNDO: Se presenta un trasfondo religioso que sirve en muchos casos de respaldo, pero siempre en forma

supersticiosa, pensando que hay un poder benigno o maligno que está detrás de nosotros. // Los trabajadores comentaban que con ellos estaba "el minero 34", refiriéndose a Jesús. Una de las principales instancias de reunión durante el tiempo que permanecieron encerrados era en torno a rituales de oración que hacían dos veces al día.

TERCERO: Los supervivientes tienen la compulsión de ofrecer regalos "cosas", como si ello sirviese para añadir fuerzas a su supervivencia, en contraste con el egoísmo primero. Aparece luego del acaparamiento la idea firme de compartir lo poco que tenían. // La forma de organizarse después del caos inicial.

CUARTO: La esperanza fundada en la creencia en un poder sobrenatural que nos guía y el sentimiento de una interior omnipotencia.

QUINTO: Tendencia a registrar, por medio de diarios y notas, lo que le sucede. // Uno de los mineros escribió una "bitácora" de lo sucedido en el tiempo de cautiverio.

SEXTO: En la situación grupal la esperanza compartida es un hecho radicalmente decisivo para la supervivencia. // Aparece de forma intensa la conciencia de grupo para lograr la sobrevivencia.

SÉPTIMO: Las ideas de culpa, suicidio y muerte son frecuentes. // La posibilidad de poner fin al sufrimiento y a la angustia tanto individual como grupalmente se transformó por ocasiones en una vía válida.

OCTAVO: El individuo retorna con vigor renovado aplicándose con mayor ingenio a la resolución de problemas que en un momento parecieron abrumarle, surgen nuevas ideas, perspectivas originales, como típica respuesta al reto.

NOVENO: Sueño prolongado durante horas o días como para recuperarse del sufrimiento anterior.

Como se aprecia, varias de estas etapas que describe Carballo fueron experimentadas por el grupo de "los 33". Hay una tendencia a que los grupos humanos expuestos a situaciones críticas desarrollen el instinto básico de la sobrevivencia. En el mundo moderno este instinto se halla apaciguado por lo general, pero está determinado genética y estructuralmente en nuestro cerebro más primitivo. No se recurre habitualmente a este instinto primitivo y fundamental debido a que es habitual que las necesidades básicas estén cubiertas, lo

que es diametralmente opuesto en las situaciones de cautiverio.

El trauma ha calado profundamente en las familias de los 33. La dinámica familiar cambió de manera abrupta. Se sentían distintos, tendían a estar más desapegados, con dificultad para hablar de lo sucedido, querían estar solos. A veces lloraban junto a sus seres queridos sin poder hablarles. Sus familiares se desesperaban y argumentaban que ellos también habían sufrido, quizás tanto o más que ellos. Se formaba una suerte de competencia, se polarizaban las posiciones y el sufrimiento se tornaba el arma de triunfo. Una de las principales causas de la ruptura de las relaciones familiares fueron las expectativas que no se cumplían.

Efectivamente, en el estrés postraumático y otros cuadros derivados de eventos límite se produce un cambio importante en las relaciones interpersonales. Primero mediado por la evitación, el “numbing”, en la desconfianza básica, en el darse cuenta de la vulnerabilidad. Luego comienza la evitación de situaciones que puedan exponer al sujeto a emociones intensas. Por otro lado la frecuente desregulación de los estados emocionales y las manifestaciones de rabia e ira eran difíciles de tolerar para sus cercanos, aumentado aún más el aislamiento.

La presión mediática inicial y los frecuentes viajes dificultaron la posibilidad de los trabajadores de elaborar la experiencia traumática dentro de un ambiente seguro. Fueron despojados de la necesidad de intimidad necesaria para generar este ambiente y se vieron deslumbrados por esta situación.

Vivenciaron el olvido. De aparecer en todas las portadas pasaron a encontrarse con, incluso, el rechazo. Comenzaron las acciones legales, la posibilidad de ganar dinero, el apoyo del Gobierno. Finalmente sus expectativas nuevamente no se cumplían, encontrándose actualmente sumidos en el desempleo y las dificultades económicas unos y en sintomatología postraumática crónica otros.

Desde el punto de vista sintomático vemos la presencia de fenómenos característicos del clásico Trastorno por Estrés Postraumático Crónico. Reexperimentación en la forma de pesadillas traumáticas frecuentes, con despertares sobresaltados e inundados de intensa angustia; la aparición de imágenes y fenómenos sensoriales que recuerdan el trauma, especialmente de los días de cautiverio. Reacciones hiperestésicas ante infinitud de sonidos. Ocasionales fenómenos disociativos, especialmente microamnesias con funcionamientos automáticos no siempre asociados a *flashback*. Evitación de hablar de lo sucedido y resistencia a pensar en el trauma.

Aparecen luego diversos síntomas que implican un eje central en la cronicidad del cuadro, como la desregulación emocional con episodios de ira y rabia y depresión, ataques de pánico, insomnio pertinaz y resistente a los tratamientos, alteraciones en las relaciones interpersonales, falta de confianza en el medio, comorbilidad con consumo problemático de alcohol. Angustia relacionada con el desapego y disfunción familiar, el desempleo y las dificultades económicas. Aparece también la sensación de obligatoriedad de ser “recompensados” por su sufrimiento, especialmente desde el punto de vista económico.

REFLEXIONES DIAGNÓSTICAS

TEPT Complejo

Judith Herman habla de las características que sustentan al trauma prolongado: víctimas en estado de cautiverio, imposibilitadas de huir y bajo el control del perpetrador. Estas características generan el llamado cuadro de TEPT complejo. Esta categoría ha sido vista en algunas situaciones de trauma especial, principalmente en el abuso infantil y adulto de tipo doméstico y en el Síndrome de Estocolmo.

La característica principal de este cuadro es lo paradójico de la relación que se forma desde la víctima a su opresor, que incluso persiste posteriormente a su liberación. No sólo empatizan con el opresor sino que también lo idealizan.

En el caso de “los 33” el captor es la mina, aunque ocasionalmente lo personalizan con los dueños de ésta. Vivieron setenta días con la idea de la muerte rondándolos, atentos a cada crujido del cerro, a las malas condiciones ambientales, etc. Sin embargo, algunos de los trabajadores reportaban extrañar la mina. Extrañan lo vivido, el compañerismo, lo realmente humano que surge en estas condiciones inhumanas. Compartieron todo, se apoyaron en todo, conversaron de todo. Treintatres hombres vivieron la muerte, la enfrentaron y desarrollaron la sobrevivencia durante 17 días en que a más de alguno le faltó fuerzas. Ahí estaban los otros, pendientes, cuidando el sueño, llorando, escuchando o calmando de cualquier forma, todo para lograr la sobrevivencia del grupo. Personalidades, historias, vidas distintas que se encuentran sin quererlo ante una tragedia. Con sólo estas vivencias, el trauma se transforma en algo distinto, “con pequeñas bondades” dentro del cautiverio que detonan lo complejo del evento.

El TEPT Complejo comparado con el TEPT ordinario involucra síntomas más difusos y tenaces, cambios de personalidad y vulnerabilidad a repetir el daño a sí mismo.

En el DSM IV-TR aparece un concepto que lleva la sigla en inglés DESNOS, "Trastornos por estrés extremo no especificado" que presenta entre sus componentes:

- La existencia de alteraciones en la regulación emocional (rabia, autodestructibilidad y conductas sexualizadas)
- Alteraciones en la conciencia y atención (disociación)
- Somatización
- Cambios caracterológicos (vergüenza y culpa crónica, idealización del abusador, dificultades en la confianza, tendencia a la revictimización).
- Alteraciones en los sistemas de atribución de significados.

Un denominador común en los cuadros de TEPT complejo es el cautiverio en algunas de sus formas. En el caso que nos convoca podemos reconocer a la mina como un captor, dando las directrices de un tipo traumático de cautiverio, el que tiene las siguientes características:

- Desbalance de poder (como sucede en los secuestros y rehenes).
- Presencia de tortura (hambre, gran humedad, calor, crujidos, mal manejo de los desechos, desorientación de los ritmos, falta de luz y otras privaciones sensoriales)
- Falta de control sobre la situación (poder)
- Incertidumbre: Un potente inductor de ansiedad en mamíferos en general.

Clásicamente el TEPT complejo se basa en traumas recurrentes y particularmente interpersonales. El denominado DESNOS se encuentra entre los criterios de investigación del DSM para probar su validez. Es más prevalente cuando hay inicio temprano del trauma, es prolongado y de carácter interpersonal. En este sentido, algunos autores plantean la presencia de un Trastorno Traumático del Desarrollo.

Está en estudio si el DESNOS es una forma de TEPT más complejo o son dos entidades separadas. En esta última línea se ha visto que los pacientes con DESNOS tienen mayores posibilidades de sufrir un trastorno depresivo mayor o tener trastornos de la personalidad.

El TEPT complejo podría ser visto como un cuadro en cuya génesis hay un trauma relacional y que hay consecuencias en la conexión interpersonal. Por este

motivo se considera un trastorno relacional. En la experiencia de la evaluación y tratamiento de "los 33" se aprecia una dimensión importante de alteraciones en las relaciones interpersonales, principalmente desapego e irritabilidad. Es necesario mencionar que los trastornos en esta dimensión son más frecuentes en los trabajadores vulnerables en las relaciones interpersonales y especialmente con antecedentes de disfunción familiar o de pareja previa que se mantenían en equilibrio. La multiplicidad de factores estresantes pre y posrescate tienen una importante influencia interpersonal.

Según De Jong *et al.* (2005), "los tipos de trauma que se asocian al surgimiento del TEPT complejo son situaciones en las que las personas están expuestas a la guerra, el genocidio, la persecución, la represión política, la tortura, la xenofobia, el terrorismo, la pobreza y otras calamidades". El cautiverio puede encontrarse en algunas de estas situaciones.

Síndrome de Estocolmo

Involucra la aparición de sentimientos positivos recíprocos entre los rehenes y su captor. Es un mecanismo de "coping" ante las experiencias traumáticas. El desarrollo del síndrome de Estocolmo en los rehenes es considerado protector en relación a evitar la muerte. Mientras más prologado sea el cautiverio, más probabilidades hay de generar el Síndrome de Estocolmo.

Existen cuatro condiciones para la formación del Síndrome de Estocolmo:

- La amenaza a la integridad física o psicológica percibida a manos de abusador
- La presencia de pequeñas bondades por parte del abusador a la víctima
- Aislamiento de las perspectivas de otros que no sean el abusador
- Situación inevitable.

Claramente el Síndrome de Estocolmo se desarrolla a partir de un captor humano que logra pensar, sentir (generalmente) y actuar. El captor demuestra clara psicopatología de índole psicopática. Sin embargo, podemos mostrar algunas coincidencias con el caso de "los 33". Se hace la analogía de "la mina como captor", a partir, principalmente, de la psicopatología vivenciada en las diversas sesiones de evaluación y tratamiento con los trabajadores. Se ha visto nostalgia en lo relacionado con los diecisiete días de aislamiento total, en que estaban "los 33" solos junto a la mina. Era un lugar conocido para la mayoría de ellos, conocían "el

temperamento" de la mina. En ese lugar lograron generar emociones intensas.

La prevalencia de TEPT en situaciones de campos de concentración, tortura y cautiverio alcanza aproximadamente un 40%. Humillación y experiencias de privación predicen el desarrollo de Síndrome de Estocolmo, pero no de TEPT, lo que pone de manifiesto las importantes diferencias entre estos dos cuadros. Antes del 22 de agosto los mineros estuvieron privados de las más básicas condiciones que aseguran la vida.

Las explicaciones del Sd. de Estocolmo incluyen la identificación con el agresor y la introyección de los valores atribuidos al captor. Aparecen contradicciones cognitivas en las cuales hay una acomodación a la situación, lo que puede explicarse a través del fenómeno de apaciguamiento.

Apaciguamiento – una defensa de los mamíferos

La ansiedad y el miedo son componentes esenciales de la sobrevivencia. El TEPT sería un desorden de las defensas de los mamíferos complementada por la vigilancia y la evaluación de los riesgos que operan en alerta máxima durante periodos prolongados (Cantor).

Existen seis tipos de conductas defensivas en los mamíferos mayores; todas se han visto en casos graves de TEPT. La secuencia lógica de aparición de estas defensas está destinada a necesidades básicas, como la conservación de la energía y la minimización de daño:

- Evitación de la amenaza
- Inmovilidad atenta
- Retirada
- Defensa agresiva
- Apaciguamiento
- Inmovilidad tónica.

Luego de batallas entre dos chimpancés se ha apreciado un fenómeno que se ha denominado "ansiedad posconflicto". Luego del combate, ambos presentan ansiedad, especialmente el perdedor. Esta ansiedad es mitigada por el comportamiento de afiliación entre los ex combatientes (besos, abrazos). Si los animales vencidos se vuelven hacia los otros miembros por comodidad, los victoriosos interpretarían esto como si se estuvieran alistando para volver a contraatacar. Se explica con esto la situación de la búsqueda de asilo entre los perdedores (mineros) para disminuir los niveles de ansiedad.

El apaciguamiento sería un endofenotipo del TEPT complejo. El apaciguamiento lleva mayores elementos

depresivos que el TEPT normal. Esto se aprecia con la nostalgia que presentan cada uno de "los 33" a las experiencias de filiación vividas en el encierro.

La nostalgia de los primeros diecisiete días podría explicarse por la conducta de apaciguamiento. Algunos de los trabajadores desplegaron una conducta optimista durante el cautiverio, probablemente debido a rasgos de personalidad previos, que los conectó en una especie de armonía frente a sus compañeros pese a los frecuentes conflictos que surgían.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que las manifestaciones psicopatológicas mostradas por el grupo de "los 33" constituyen un cuadro del espectro postraumático difícil de clasificar dentro de la nosología actual. No corresponde al común cuadro de un TEPT, y existen diversos elementos que van más allá del diagnóstico, acercándose más a un tipo de Estrés Postraumático crónico y complejo, con un cambio de personalidad que suele ser persistente que recuerda a lo visto en graves traumas interpersonales como en el DESNOS o el Sd. de Estocolmo. Existen una serie de variables, el tipo de accidente (una mezcla entre desastre natural y falla humana), lo prolongado del cautiverio traumático, la incertidumbre ante el rescate, la posterior presión mediática, el estigma de "héroes" (con la consecuente sensación de obligación de recompensa), la alteración profunda en la dinámica familiar, las consecuencias económicas y legales, las expectativas no cumplidas y, finalmente, el olvido. Se puede postular la presencia de múltiples eventos estresantes y otros traumáticos, muchos de ellos acumulativos y secuenciales. El componente social peritraumático determina de todas formas las manifestaciones posteriores tanto individuales como grupales de lo que ha significado la experiencia de "los 33".

El hacer justicia se torna en una de las principales medidas reparatorias del dolor, un vuelco muchas veces artificial que logra apaciguar en cierta medida el sufrimiento pero no fomenta la elaboración de la experiencia traumática. Es necesario siempre en situaciones cargadas emocionalmente a modo de trauma identificar, buscar y enjuiciar a los responsables; sin embargo, muchas veces esa búsqueda se transforma en un objetivo que por sí solo no ayuda al individuo a "seguir viviendo pese a la experiencia traumática"; es más, en la práctica se ha visto que esta búsqueda se transforma en el motor vital de los afectados, mermando una elaboración adecuada de la vivencia.

REFERENCIAS

1. Carballo R. (1984). *Teoría y Práctica Psicósomática*. Bilbao – España: Ed. Desclee de Brouwer
2. González E, Medina J. Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis 2010* www.interpsiquis.com - Febrero-Marzo 2010. El desarrollo de las secuelas postraumáticas: factores que intervienen y elementos clínicos
3. Herman J. (1997). *Trauma and Recovery. The aftermath of violence-from domestic abuse to political terror*. New York, Basic Books
4. Van der Kolk BA. (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals* 35(5), 401-408
5. Graham DL, Rawling EL. (1991). Bonding with abusive dating partners: dynamics of Stockholm syndrome. En B. Levy (ed) *Dating Violence, Women in Danger*. Seattle, WA: Seal Press
6. DSM IV-TR (2000) texto revisado
7. Bobes, Bousoño, Calcedo. (2003). *Trastorno de estrés Postraumático*. Masson

PSICOPATOLOGÍA

¿PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD O PERCEPCIÓN SUBJETIVA EN PERSONAS ENFERMAS DE ESQUIZOFRENIA?

(Rev GPU 2013; 9; 1: 59-63)

Álvaro Cavieres¹

Las personas enfermas de esquizofrenia presentan una marcada dificultad para reconocer adecuadamente los síntomas de su enfermedad y su condición de pacientes. Frente a la idea de un fenómeno clínico unitario y dicotómico, definido por el observador y considerado como un elemento que permite hacer el diagnóstico de esquizofrenia, se plantea una visión multidimensional, en un continuo de severidad y dinámico en el tiempo, lo que obliga a evaluar separadamente el reconocimiento de estar enfermo, la percepción de las consecuencias de la enfermedad y la necesidad del tratamiento. Además de reconocer las diferencias individuales de cada paciente, esta aproximación tiene la ventaja de permitir nuevas alternativas terapéuticas.

Las personas enfermas de esquizofrenia presentan una marcada dificultad para reconocer adecuadamente los síntomas de su enfermedad y su condición de pacientes (1). Amador *et al.* encontraron que casi el 60% de una muestra de pacientes carecía de una adecuada conciencia de estar enfermo, en especial de sus síntomas psicóticos (2). Este hallazgo ha sido confirmado en múltiples estudios, incluyendo a sujetos durante su primer episodio psicótico (3), y previo al inicio de su tratamiento (4) y tanto en periodos cortos (5) como prolongados de evolución (6).

En relación con el estado psicopatológico de los pacientes, un metaanálisis de 40 trabajos publicados encontró una correlación negativa entre el insight y la

severidad de los síntomas psicóticos, negativos y generales, y una positiva para los síntomas depresivos (7). Sin embargo, otra investigación solo encuentra estas asociaciones en el caso de pacientes que han sufrido múltiples episodios (8).

Además del "insight clínico" se ha estudiado la capacidad de las personas con esquizofrenia para percibir otras alteraciones o complicaciones de la enfermedad. Un metaanálisis de 26 trabajos (9), que examinan la relación entre las autoevaluaciones y los rendimientos objetivos de los pacientes en pruebas de funcionamiento cognitivo, encontró correlaciones positivas, sólo en 12 de ellos. También se sabe que las personas con esquizofrenia tienen una menor sensibilidad a

¹ Médico Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso. cavieres.alvaro@gmail.com

los estímulos dolorosos (10), incluyendo el asociado a causas médicas (11), independiente del efecto de los medicamentos (12). Asimismo, se ha observado una dificultad para percibir los síntomas de la disquinesia tardía (13) y el sobrepeso (14).

Respecto a sus consecuencias, existe una relación obvia entre una mayor percepción de estar enfermo y una mejor adherencia al tratamiento (15, 16) y, por lo tanto, en la calidad general de vida de los pacientes. Por el contrario, la falta de insight se asocia a un peor pronóstico, aun ajustando por otros factores clínicos y demográficos (17, 18). Otras investigaciones han encontrado que los pacientes con más pobre insight tienen más dificultades en el ámbito laboral, evidenciado en una mayor dificultad para colaborar con sus compañeros y una menor calidad de su trabajo (19).

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

Según Berríos (20), hasta mediados del siglo XIX la falta de reconocimiento de estar enfermo se consideraba una condición inherente a la psicosis, visión que sólo comenzó a ser revisada con la introducción del concepto de locura parcial y la idea relacionada de que la mente podría operar en base a funciones independientes, las que podrían afectarse en distintos grados, por una enfermedad. Preocupados, en parte, por las implicancias médico-legales, autores franceses como Dagonet y Parant propusieron a fines del siglo XIX que algunos pacientes retienen en grados variables la capacidad de darse cuenta de estar enfermos y de las alteraciones de su conducta.

Por su parte, Jaspers señala que tras un periodo inicial de perplejidad frente a los síntomas de la psicosis los pacientes intentan distanciarse de ellos, ya sea por la evitación o la indiferencia. Distingue además, entre la conciencia de estar enfermo (o de haber cambiado), pero sin involucrar el conjunto de los síntomas, ni las consecuencias o naturaleza de la enfermedad, elementos propios de una noción de enfermedad. Esto último, según este autor, no sería posible de observar en una persona con esquizofrenia y prácticamente descarta su diagnóstico (21).

El concepto de insight, propiamente tal (acá utilizado como introspección) fue introducido por Aubrey Lewis, quien lo define como “la correcta actitud hacia los cambios mórbidos y, más aún, la comprensión de que la enfermedad es mental” (22). Este autor destacó la pérdida de esta capacidad en la esquizofrenia y la similitud entre este fenómeno y la anosognosia, propia de algunos trastornos neurológicos resultantes de lesiones en el hemisferio cerebral derecho.

A pesar de las distintas visiones se configuró finalmente la idea de un fenómeno clínico unitario y dicotómico, definido por el observador y considerado como un elemento que permite hacer el diagnóstico de esquizofrenia. Una visión más moderna es la sostenida por Amador (23) y David (24), quienes subrayan la diferencia entre la conciencia o percepción de las alteraciones o molestias y la atribución de éstas a una morbilidad. De esta manera, entonces, se deberían evaluar separadamente el reconocimiento de estar enfermo, la percepción de las consecuencias de la enfermedad y la necesidad del tratamiento. Para estos autores, además, el insight sería un fenómeno más bien multidimensional (conciencia de un aspecto y no de otro), en un continuo de severidad (mejor o peor) y dinámico en el tiempo (evolución de la enfermedad) (25, 26).

Estas diferencias conceptuales tienen importantes consecuencias metodológicas. Mientras algunos estudios realizan una medición global, habitualmente empleando el ítem de insight de la escala PANSS, otros toman una postura multidimensional, como en las escalas SUMD y SAI o utilizan instrumentos de autoaplicación como la escala de Insight Cognitivo de Beck. Tal como lo señalan Morgan y David (27), los resultados varían según la definición y el instrumento, dificultando la comparación entre distintos estudios.

HIPÓTESIS RESPECTO A LAS CAUSAS

Existen, al menos, tres planteamientos respecto al origen del déficit de introspección en personas enfermas de esquizofrenia (28). Éstas podrían resumirse como un mecanismo de defensa psicológico, una complicación del déficit cognitivo y una variante de la anosognosia.

En primer término, como un mecanismo de defensa psicológico, los pacientes (y sus familiares) negarían la enfermedad y sus consecuencias, especialmente cuando ésta se asocia a un fuerte estigma o a la pérdida de derechos y autonomía personal.

Existe evidencia que sugiere que los pacientes con un mejor insight están en mayor riesgo de presentar síntomas depresivos (8), desesperanza (29) y suicidalidad (30). Por otra parte, ciertos estilos y mecanismos de afrontamiento, basados en el escape y la negación, han sido relacionados con menores índices de insight (31, 32). A la inversa, otros pacientes desarrollan una actitud de “positividad auto-deceptiva”, es decir reportes honestos, pero con un sesgo positivo; estas personas tendrían una menor percepción de estar enfermos (33). Esta tendencia podría reflejarse también en los informes, generalmente favorables, que entregan los pacientes respecto de su calidad de vida (34).

También se han descrito diferentes maneras de incorporar la vivencia del episodio psicótico en la narrativa autobiográfica. Por un lado los “integradores” serían más curiosos y buscarían información respecto de sus síntomas, a los que consideran parte de sí mismos, desarrollando una actitud más flexible que los “encubridores”, quienes tienen ideas negativas fijas respecto a la enfermedad (35) y no buscan modificarlas.

Otra línea de investigación se ha centrado en estudiar la relación entre la capacidad de percibir la enfermedad y el funcionamiento neuropsicológico de los pacientes. Si bien algunos autores encuentran una relación con el nivel general de inteligencia (36), otros estudios no han replicado estos resultados (37, 38).

Las investigaciones más representativas, sin embargo, se enfocan en la función ejecutiva, indicador del funcionamiento del lóbulo frontal, examinada a través del Test de cartas de Wisconsin. Los resultados varían según las categorías evaluadas, hallando una asociación directa con el número de respuestas correctas e inversa con las perseveraciones (39, 40). Este tipo de errores, en que el sujeto es incapaz de variar su conducta, a pesar de un cambio en las condiciones, ha sido relacionado con la imposibilidad de los pacientes para relativizar sus juicios psicóticos con la evidencia de la realidad.

Tomando como base la evidencia de alteraciones neuropsicológicas relacionadas con los lóbulos frontal y parietal, en personas con esquizofrenia, se ha propuesto considerar la falta de conciencia de enfermedad como una forma de anosognosia. Si bien algunos trabajos no apoyan esta hipótesis (36, 41), se plantea igualmente que este aspecto debiera ser considerado como un síntoma derivado directamente del daño neurológico de la esquizofrenia.

Otro aporte interesante ha surgido en los últimos años, a partir del concepto de Metacognición, el que se define simplemente como pensar acerca del propio pensamiento, e incluye el monitoreo y control de los procesos mentales (42). Beck ha integrado elementos clínicos y neuropsicológicos y describe la idea de un “insight cognitivo”, es decir, la capacidad de enjuiciar experiencias perceptivas anómalas o la interpretación errónea de eventos e incorporar las correcciones de los demás (43).

La metacognición se propone además, como un factor mediador entre las funciones neuropsicológicas básicas y el desempeño funcional, con una validez ecológica potencialmente mayor que otros modelos de investigación (44). Desde un punto de vista terapéutico, podría ser el foco específico de un programa de rehabilitación o bien servir como motivación para ingresar a alguno.

¿PUEDE MODIFICARSE CON EL TRATAMIENTO?

Estudios de grupos de pacientes en distintos momentos evolutivos o el seguimiento de una misma cohorte (5, 45), tienden a mostrar un efecto beneficioso inespecífico del tratamiento farmacológico, en el insight de los pacientes.

Otras investigaciones han examinado el resultado directo de acciones educativas o de orientación cognitiva-conductual, en el aumento de la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Si bien hay informes de que el aumento del conocimiento acerca de la esquizofrenia no se acompaña de una mayor conciencia de enfermedad (46), la combinación con estrategias motivacionales dirigidas a aceptar la medicación (47, 48) o bien, de herramientas dirigidas a solucionar problemas y facilitar el manejo de los fármacos (49), pueden brindar efectos positivos.

Una propuesta más elaborada es la presentada por Amador, quien ha desarrollado un método de trabajo para forjar una alianza terapéutica médico-paciente (50). El programa LEAP enfatiza los principios de escuchar, empatizar, llegar a acuerdo y desarrollar un tratamiento orientado a objetivos acordados con el paciente. Un primer estudio controlado con la intervención habitual demuestra la superioridad de esta intervención en la mejoría del insight y la adherencia al tratamiento (51).

Pijnenborg *et al.* (52) elaboraron un modelo que incluye a la defensa psicológica frente al estigma y la dificultad para desarrollar una autoobservación flexible y que incluya la perspectiva de los otros como los factores mediadores del déficit de introspección. En base a lo anterior, proponen un programa terapéutico de 12 sesiones centrado en los temas de enfrentamiento del estigma, la narrativa personal y el Yo en el presente. Actualmente se encuentra en etapa de estudio por medio de un ensayo controlado multicéntrico.

Cada uno de los enfoques mencionados coloca un énfasis en distintos aspectos del problema abordado, dando cuenta de su complejidad. En resumen, la dificultad de las personas con esquizofrenia para percibir su condición de pacientes se relaciona no sólo con los diversos aspectos de la enfermedad sino que también con factores propios de cada persona que la padece.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association 2000, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, text revision American Psychiatric Association, Washington DC
2. Amador X, Flaum M, Andreasen N, Strauss D, Clark S *et al.* Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 826-836

3. Parellada M, Boada L, Fraguas D, Reig S, Castro-Fornieles J, Moreno D *et al.* Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: A 2-year longitudinal study *Schizophr Bull* 2011; 37: 38-51
4. Cuesta M, Peralta V, Campos M, Garcia-Jalon E. Can insight be predicted in first-episode psychosis patients? A longitudinal and hierarchical analysis of predictors in a drug-naïve sample *Schizophr Res* 2011; 130: 148-156
5. Schennach R, Meyer S, Seemüller F, Jäger M, Schmauss M, Laux G *et al.* Insight in schizophrenia-course and predictors during the acute treatment phase of patients suffering from a schizophrenia spectrum disorder. *Eur Psychiatry* 2012; 27 [Epub ahead of print]
6. Nakamae T, Kitabayashi Y, Okamura A, Shibata K, Iwashita S, Naka F, *et al.* Insight and quality of life in long-term hospitalized Japanese patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 64: 372-376
7. Mintz A, Dobson K, Romney D. Insight in schizophrenia: a meta-analysis *Schizophr Res* 2003; 61: 75-88
8. Quee P, Van der Meer L, Bruggeman R, De Haan L, Krabbendam L, Cahn W, *et al.* Insight in psychosis: relationship with neuro-cognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness *Schizophr Bull* 2011; 37: 29-37
9. Homayoun S, Nadeu-Marcotte F, Luck D, Stip E. Subjective and objective cognitive dysfunction in schizophrenia-is there a link? *Frontiers in Psychology* 2011; 2: 1-8
10. Blumensohn R, Ringler D, Eli I. Pain perception in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 481-3
11. Rosenthal S, Porter K, Coffey B. Pain insensitivity in schizophrenia. Case report and review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12: 319-22
12. Potvin S, Marchand S. Hypoalgesia in schizophrenia is independent of antipsychotic drugs: a systematic quantitative review of experimental studies *Pain* 2008; 138: 70-78
13. Emsley R, Niehaus D, Oosthuizen P, Koen L, Chiliza B, Fincham D. Subjective awareness of tardive dyskinesia and insight in schizophrenia *Eur Psychiatry* 2011; 26: 293-296
14. Vancampfort D, Probst M, Sweers K, Maurissen K, Knapen J, De Hert M. Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123: 423-430
15. Beck EM, Cavelti M, Kvirgic S, Kleim B, Vauth R. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophr Res* 2011; 132: 42-9
16. Kao Y, Liu Y. Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Compr Psychiatry* 2010; 51: 557-565
17. van Os J, Fahy T, Jones P, Harvey I, Sham P, Lewis S, *et al.* Psychopathological syndromes in the functional psychoses: associations with course and outcome. *Psychol Med* 1996; 26: 161-176
18. Drake R, Haley C, Akhtar S, Lewis S. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 511-515
19. Lysaker P, Bryson G, Bell M. Insight and work function in schizophrenia *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 142-146
20. Berríos G, Marková I. Insight in the psychoses: a conceptual history en Amador X, David A (eds) *Insight and Psychosis*, 2004 p. 31-50 Nueva York: Oxford University Press
21. Vidal M. Para leer a Jaspers. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 2003
22. David A. "To see ourselves as other see us" Aubrey Lewis *Insight Br J Psychiatry* 1999; 175: 210-216
23. Amador X, Strauss D, Yale S, Gorman J. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17: 113-132
24. David A. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 161: 599-602
25. Amador X, Kronengold H. Understanding and assessing insight. En: Amador X, David A (eds). *Insight and Psychosis*. p. 3-30. Nueva York: Oxford University Press, 2004
26. David A. The clinical importance of insight: an overview. En: Amador X, David A (eds). *Insight and Psychosis*. p. 359-392. Nueva York: Oxford University Press, 2004
27. Morgan K, David A. Neuropsychological studies of insight in patients with psychotic disorders. En: Amador X, David A (eds). *Insight and Psychosis*. p. 177-193. Nueva York: Oxford University Press, 2004
28. Cooke M, Peters E, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 4-17
29. Carroli A, Pantelis C, Harvey C. Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38: 169-173
30. Schwartz R, Smith S. Suicidality and psychosis. The predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatr Res* 2004; 38: 185-191
31. Lysaker P, Bryson G, Lancaster R, Evans J, Bell M. Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res* 2003; 59: 41-47
32. Donohoe G, Donnell C, Owens N, O'Callaghan E. Evidence that health attributions and symptom severity predict insight in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 635-637
33. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Gallaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 264-269
34. Valdebenito M, Valdebenito M, Cavieres A. Autoevaluación de personas enfermas de esquizofrenia empleando el Cuestionario Sevilla Calidad de Vida. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2008; 46: 255-262
35. Mc Glashan T, Levy S, Carpenter W. Integration and sealing over. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 1269-1272
36. Smith T, Hull J, Israelm L, Willson D. Insight, symptoms and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2000; 26: 193-200
37. McCabe R, Quayle E, Beirne A, Duane M. Insight, global neuropsychological functioning and symptomatology in chronic schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 519-525
38. Mac Pherson R, Jerrom B, Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J of Psychiatry* 1996; 168: 718-722
39. Larøi F, Fannemel M, Rønneberg U, Flekkøy K, Opjordsmoen S, Dullerud R, *et al.* Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relation to structural brain measures and neuropsychology. *Psychiatry Res* 2000; 100: 49-58
40. Lysaker P, Bell M. Insight and cognitive impairment in schizophrenia-performance on repeated administrations of the Wisconsin card Sorting. *Test J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 656-660
41. McEvoy J, Hartman M, Gotlieb D, Goodwin S, Apperson I, Wilson W. Common sense, insight and neuropsychological test performance in schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1996; 22: 635-641
42. Nelson T, Narens L. Metamemory: a theoretical framework and new findings. En: Bower G (ed). p. 125-173. *The Psychology of Learning and Motivation*. New York, NY: Academic Press, 1990
43. Beck AT, Warman DM. Cognitive insight: theory and assessment. En: Amador X, David A (eds). *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*. 2nd ed., pp. 79-87. New York, NY: Oxford University Press; 2004

44. Riggs S, Grant P, Perivoliotis D, Beck A. Assessment of cognitive insight: a qualitative review. *Schizophrenia Bulletin* 2012; 38(2): 338-350
45. Kim J, Ann J, Lee J. Insight change and its relationship to subjective well-being during acute atypical antipsychotic treatment in schizophrenia. *J Clin Pharm Ther* 2011 ; 36: 687-694
46. Boczkowski J, Zeichner A, De Santo N. Neuroleptic Compliance among chronic schizophrenic outpatients: An intervention outcome report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985; 53: 666-671
47. Seltzer A, Roncari I, Garfinkel P. Effect of patient education on medication compliance. *Am J Psychiatry* 1980; 25: 638-645
48. Kemp R, Kirov G, Everitt B, Haywood P, David A. Randomized controlled trial of compliance therapy: 18 month follow-up. *British J psychiatry* 1998: 172: 413-419
49. Zygmunt A, Olfson M, Boyer C, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1653-1664
50. Amador X. *I Am Not Sick; I Don't Need Help! How to help someone with mental illness accept treatment*. New York: Vida Press, 2010
51. Paillot C. Double blind, randomized, controlled study of a psychotherapy designed to improve motivation for change, insight into schizophrenia and adherence to medication *Schizophr Bull* 2009; 35: 343
52. Pijnenborg G, Van der Gaag M, Bockting CL, Van der Meer L, Aleman A. REFLEX, a social-cognitive group treatment to improve insight in schizophrenia: study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 161

ENSAYO

EL PROBLEMA DE LA CREATIVIDAD HUMANA

(Rev GPU 2013; 9; 1: 64-70)

Hernán Villarino¹

En el mundo físico no sólo se verifica lo necesario y de acuerdo con la ley, sino también lo contingente, entendiéndolo por ello lo que podría no haber sido o podría haber sido de otro modo. Nuestro planeta tiene una composición de elementos que se forman necesariamente en las condiciones estelares, pero que se distribuyen aquí, casualmente, en ciertas proporciones; y como también orbita casualmente a una distancia del sol tal que hace posible la existencia de agua en estado líquido, aquellos elementos pueden entrar en la composición de la vida. Pero eso parece no bastar sin la existencia de la luna, que aparentemente es una porción de la tierra desprendida después de un imponente y casual impacto con otro planeta, la aparición de la vida entre nosotros no habría sido posible, ya que sin ella la rotación de la tierra sobre su eje sería mucho más acelerada, los días serían muy cortos y el clima excesivamente extremo. Lo que ha ocurrido, sin embargo, como es casual bien pudo ser que no ocurriera si hubiere faltado uno solo de los ingredientes de la heterogénea y discrecional serie que concluyó con nuestro mundo tal como lo conocemos. Y todo es tan poco necesario, que muy bien pudiera ser que dejara de ocurrir en cualquier momento, mañana mismo o dentro de un millón de años. Por eso, hoy es inadmisibles en el ámbito de la cosmología el determinismo laplaciano, según el cual conociendo todos los datos del universo en un momento dado podrían predecirse todos sus estados posteriores. En la actualidad se reconoce la emergencia, es decir, la aparición de realidades que no eran deducibles a partir de los datos y hechos antecedentes. En la naturaleza hay novedad e impredecibilidad.

INTRODUCCIÓN

Quine, un filósofo americano, admite la necesidad sólo para las proposiciones analíticas, es decir, en aquellas donde el predicado repite lo que ya estaba dicho en el sujeto, como por ejemplo los solteros son no casados, porque el sujeto, los solteros, por definición son no casados. Pero aunque estas proposiciones

son necesariamente verdaderas no aumentan nuestra información. Todas las proposiciones no analíticas, es decir, las que realmente aumentan nuestro conocimiento, son contingentes, y pueden ser verdaderas a condición que refieran a un efectivo estado de cosas en el mundo, pero no lo son necesariamente. Afirmar que llueve es verdadero si y sólo si está lloviendo. Como no siempre llueve la verdad de esa proposición no es

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

necesariamente verdadera. Una comprensión más profunda del fenómeno lluvioso puede llegar a entender cuáles son las condiciones para que llueva, la condensación del agua en nubes, la dirección de los vientos, los cambios de temperatura, etc., pero aunque logremos comprender que dadas ciertas condiciones atmosféricas es necesario que llueva, el que se den efectivamente esas precisas condiciones no es necesario, y si el calentamiento global es cierto entonces en algún momento dejará de llover.

A partir de la constatación de la contingencia y accidentalidad que se observa al interior del universo se puede formular la misma pregunta dirigida al universo como un todo. ¿Es necesario? ¿O es contingente y pudo no existir? No hay una respuesta decisiva al respecto, aunque algunos digan que sí y otros que no. En todo caso, a tenor de la reflexión que desarrollamos de momento nos basta con que haya contingencia dentro del universo, que se verifique la necesidad pero también el azar y la novedad.

Si ya en el universo físico existe la contingencia (y sin ella no podría verificarse en ningún otro contexto), ésta se observa aún en mayor medida en el fenómeno de la vida. Ateniéndonos a cierta descripción corriente de la aparición de las especies, hemos de admitir que se producen por la mutación azarosa de los genes, en virtud de lo cual las nuevas hacen su casual aparición en el escenario de la tierra y sólo entonces son sometidas a la ordalía de la realidad donde prueban su viabilidad para mantenerse y crecer. Ahora bien, en la vida humana la contingencia alcanza una proporción aun mayor que en las otras especies de seres vivos, y tiene la cualidad de ser, al menos en parte, el fruto de una decisión suya consciente. Los términos de la ordalía humana hasta cierto punto son puestos por la misma humanidad. La domesticación del fuego, de los animales y de las semillas, como la comprensión de la ley de la relatividad y el dominio del átomo fueron realizados por alguien que tiene un nombre, que vive en un lugar y en una época determinada, aunque en muchos casos no conozcamos estos datos, y desde su foco de origen estas invenciones y descubrimientos irradian y se extienden por todos lados cambiando la existencia humana, introduciendo la novedad y dando origen a nuevos problemas quizá cada vez más complejos.

¿De qué depende la creatividad humana? ¿Es necesaria o contingente? Para intentar responder a estas cuestiones podemos, primeramente, contemplar el asunto de un modo amplificado, a lo grande, por así decirlo, a través de un proceso que abarque generaciones, porque así se evidencian más fácilmente sus rasgos peculiares, para después, premunidos de aquellas

conclusiones, descender a la creatividad del individuo particular y su vida singular, que siempre es más difícil de aprehender aunque sea lo decisivo.

LA CREATIVIDAD DE LAS CIVILIZACIONES

La pregunta que permite una perspectiva amplia sobre la creatividad humana es de naturaleza histórica, y se formula en estos términos: ¿de qué depende que nazcan y crezcan las civilizaciones? El nacer y crecer de esta pregunta se emplean como conceptos análogos de modo que están sujetos a esa lógica y no suponen dificultad. No obstante, ¿qué hemos de entender por civilización? Por lo pronto, una civilización no es sinónimo sin más de sociedad humana, hay muchas de estas sociedades, innumerables quizá, pero civilizaciones hay muy pocas, no más de 20 o 30 según los autores.

Diversas sociedades humanas vivieron en el delta del Nilo, de allí sacaban lo necesario para mantenerse. Pero una de ellas, y sólo una, vio que una intervención determinada, causada por ella misma, podría modificar la existencia haciéndola más rica, segura y ordenada. Concibieron un sistema de desmonte para esas marismas inextricables que estaban allí desde siempre, pero que en su estado natural sólo podían alimentar a una pequeña fracción de individuos en condiciones además muy inciertas y penosas. Este proceso, por lo demás, es muy similar a lo acontecido en la Mesopotamia entre los médanos del Tigris y el Eufrates.

Pero siguiendo con el ejemplo egipcio, las destrezas adquiridas con ocasión de esta empresa dotó a esa sociedad de cierta organización, unidad y saber que le permitieron acometer empresas aún mayores, como el aprovechamiento del Nilo a todo lo largo de su recorrido al ejecutar obras de regadío que utilizaban sus crecidas, todo lo cual fue previamente comprendido como posibilidad por medio de una casta de sabios que podían existir gracias a los excedentes generados con la actividad agrícola intensiva. Pero los conocimientos se expandieron más allá de su sentido práctico inmediato, en todos los órdenes además. Las colosales obras arquitectónicas egipcias aún están ante nuestra admirada vista, pero también lograron duraderos progresos en el ámbito de la matemática y la geometría, la astronomía, la medicina, la cirugía, el derecho, la filosofía, etc. Por lo pronto, un filósofo griego, Tales de Mileto, decía haberlo aprendido todo en Egipto.

En términos humanos, las marismas del Nilo no eran un puro suceso natural, físico, sino un desafío. Alguien lo entendió en estos términos, respondió a él y alcanzó el éxito con la ampliación y diversificación de la vida. A veces el desafío no deriva de la exuberancia de

una tierra de suyo rica pero inculta, sino justamente de todo lo contrario. El Ática es una región seca y rigurosa, a diferencia de Beocia, por ejemplo, que colindando con ella al norte del estrecho de Corinto es feraz, irrigada y verdeante. Entre ambas, exagerando un poco, hay algo así como las diferencias que pueden apreciarse entre Atacama y Valdivia. Las condiciones físicas en el Ática, como las de la zona de Nazca, a diferencia del amplio y magnífico territorio egipcio no sólo no son las adecuadas para erigir sobre ella una gran y compleja civilización, sino que ni siquiera son propicias para albergar pequeños grupos tribales. Sin embargo, allí nacieron dos grandes civilizaciones, una griega y la otra peruana, esta última gracias a sus prodigiosas obras de canalización.

El caso es que todos conocemos hoy el nombre de Atenas, la capital del Ática, pero muy pocos el de Tebas, la capital de Beocia, porque su papel en el plano de la historia griega y humana ha sido muy limitado. Casi no hay filósofos tebanos, por ejemplo, pero en cambio los atenienses son legión y todavía hoy los estudiamos. ¿Por qué?

Todas las sociedades, incluso hoy, pretenden la autarquía, el autoabastecimiento de todo lo necesario para vivir y prosperar, y, como Egipto, a veces lo consiguen, pero cuando no les alcanza pretenden apropiarse a las malas de lo del vecino. Los atenienses encararon de un modo original este asunto, renunciaron a la autarquía conscientemente y se dedicaron al cultivo intensivo de aquello que se da bien en los secanos, en este caso la oliva y el trigo. Su producción era enormemente excedentaria porque en realidad estaba destinada al comercio, de modo que el comercio y no la guerra fue la clave de su crecimiento. Crearon una vigorosa economía orientada hacia la exportación, y junto con ello una gran flota que la hiciera posible, alcanzando preeminencia en el dominio del mar. Esto atrajo insospechadas riquezas y poder sobre Atenas, y el resto, las extraordinarias creaciones atenienses en todos los terrenos de la actividad humana son historia de sobra conocida, aunque requieren de su propia y específica explicación.

Basta comparar la respuesta, basada en la esclavitud, que dentro de la misma Grecia se dieron los espartanos para comprender toda la novedad, el riesgo asumido y la creatividad desplegada por los atenienses. A mediados del siglo V a.C., en el famoso discurso fúnebre reproducido por Tucídides², Pericles aseguró que Atenas era la educadora de la humanidad. ¿Fue aqué-

lla una baladronada presumida y soberbia? ¿O no estamos, acaso, de acuerdo con él? Incluso Carlos Marx³, en sus Manuscritos Económicos-Filosóficos de 1844, en contra de todo lo que predica su filosofía, dirá que Grecia poseía un encanto indeleble, la gracia imborrable de la infancia de la humanidad.

En otras circunstancias el desafío enfrentado no tuvo carácter físico sino religioso, demográfico, político, etc. Es por esta última clase de situación, y por el modo de responder a ella, que Londres y París, por ejemplo, alcanzaron la importancia que alcanzaron y se transformaron en las vertebradoras de naciones tan importantes como Francia e Inglaterra.

Lo extraño e inesperado de la creatividad en las civilizaciones lo expone Toynbee⁴ con la siguiente semi-ficción. Si un testigo hubiera podido volar en el siglo XIV sobre el Oriente Medio y Europa y se hubiera preguntado dónde estaba el futuro, sin duda que se habría inclinado por el primero de esos mundos, poblado por imperios ordenados que no habían dejado de expandirse, llegando incluso al corazón de Europa, a París en concreto, y que por ocho siglos tenían establecido un reino estable en la Andalucía española. Poseían numerosas y espléndidas ciudades, plétóricas de gente vivaz y activa, con una arquitectura portentosa, llena de lujo y riqueza, todo lo cual era visible incluso desde el aire y resultaba incomparable con las esmirriadas y destartadas, aunque agraciadas, aldeas europeas. Si hubiera descendido a tierra esta primera impresión aérea se habría fortalecido, porque la civilización islámica, donde diversas razas del género humano convivían pacíficamente en torno a una fe común, había alcanzado un gran desarrollo en todas las ciencias, artes y filosofía de la época, gracias a lo cual sus habitantes disfrutaban de una organización y nivel de vida notoriamente superiores a los del resto del mundo. Lo que tenían enfrente, en cambio, era una sociedad europea pobre, atrasada, políticamente desunida y en discordia. Sin embargo, si el mismo viaje se hubiera repetido un siglo más tarde, Europa había alcanzado ya unas dimensiones tales que en ella no se ponía el sol, y dotada de un dinamismo que habría de regir los destinos del mundo por los siguientes siglos y donde se verificaría una serie de proezas en las que todavía vivimos.

Por debajo, o por encima, o por dentro (la verdad es que aquí la preposición siempre es una metáfora),

² <http://www.primerolagente.com.ar/img/pericles.pdf>

³ <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/manuscriptos/index.htm>.

⁴ Toynbee AJ. *Estudio de la historia*. Emecé, Buenos Aires, 1963.

por debajo, decíamos, de la capa visible, física o sociológica de las sociedades, parece moverse un principio invisible, la creatividad, que es lo que determina realmente su ser y su destino.

LA CREATIVIDAD EN LA NATURALEZA

El ser humano, a diferencia de los animales, tiene un par de manos que le conceden una gran disponibilidad para actuar sobre el mundo y sobre sí mismo. La particularidad de la mano humana ha sido objeto de variados estudios, y ha sido exaltada de muchos modos y maneras por filósofos y científicos. Galeno no comienza su tratado anatómico con la cabeza, su descripción no va, como es tradicional, de *capite ad calcem*, el primer capítulo es la mano. Como muchos otros, Galeno pensaba que éste era el órgano fundamental y distintivo del animal humano. Todos los animales tienen cabeza, pero ninguno, aparte de los humanos, tiene manos. Claro que las peculiaridades de la mano han ocupado y monopolizado de tal modo la reflexión que casi nadie se ha detenido a considerar ni estudiar el pie, y ningún otro animal tiene pies sino patas.

El Dr. René Cavero⁵, traumatólogo del Hospital Barros Luco, ha hecho una admirable historia de este asunto, combinando magistralmente la erudición y la amenidad. El pie, dice, comienza con los primeros anfibios, aunque en un sentido próximo el humano deriva del largo y flexible de los trepadores arborícolas, que tenían un gran desarrollo de los metatarsianos y falanges, un talón carente de toda función de apoyo y el dedo pulgar orientado hacia adentro, situación que se puede apreciar también en algún estadio del desarrollo fetal humano. En los primates, una rama de los trepadores arborícolas, para defenderse y buscar alimentos aparecieron uñas en vez de garras, aumentó el tamaño y vigor de las piernas, y junto con ello, en función de su modo de vida, cambiaron las dimensiones y formas del hocico, la ubicación de los ojos, etc. Cuando hace 60 millones de años aparecieron las praderas, algunos primates descendieron de los árboles, entre otros el ancestro que dará origen a los humanos, y la postura vertical fue fundamental para que el animal humano se hiciera tal como lo conocemos. La humanidad se hizo humana mediante el uso de sus pies, agrega Cavero, y el “dedo gordo del pie, su forma, tamaño, ubicación y dirección es importantísimo para los efectos de la inteligencia y la ilustración”. No se trata de que pensemos con el dedo

gordo del pie, al menos no siempre, sino que al ser firme, fijo e incapaz de oponerse a los otros dedos dota de esa rigidez esencial para adoptar la postura vertical plena y estable. Gracias a él, el pie humano es ortógrado, supino, aducto, flexible e hipermóvil, lo que se ha logrado modificando del modo más ingenioso todos los arcos, las funciones y tamaños de los huesos y la inserción de los tendones, lo que terminó por distribuir del modo más conveniente las cargas partiendo desde el pie prensil de sus antecesores.

Algunos dicen que el humano es el animal racional, o el parlante, o el que fabrica, o el que juega, etc., pero, sin querer entrar en polémicas, parece indudable que le debe todo eso al dedo gordo del pie. La mano, al fin de cuentas, sólo intensifica la oposición del pulgar que ya se esboza en los arborícolas. Su fijación en el pie es una solución absolutamente original que contradice la evolución del pie-mano de los primates, y sólo al asegurar la verticalidad pudieron quedar las extremidades superiores libres para el empleo y fabricación de armas y herramientas, proceso que a su vez mejoró la inteligencia. La existencia del pie secundariamente desahogó la musculatura escapular y cervical, gracias a lo cual se verificó el peculiar desarrollo de la laringe que es condición para que podamos hablar. La naturaleza ha creado el pie humano, que es una obra de imaginación muy elevada, y haciéndolo ha hecho posible una cascada de notables eventos creadores.

Podría estimarse que razonamos de un modo muy mecánico, quizá sofisticado, al fin de cuentas el cuerpo humano es sistemático, dice Zubiri, de modo que cada una de sus notas no están separadas ni son las unas el origen de las otras, van todas juntas como notas de ese cuerpo. El pie, o el sodio de la sangre, por poner otro ejemplo, no es el sodio extracorpóreo, es el sodio de ese cuerpo, es una nota de él, y se comporta no como el sodio exterior sino que cumple una función de y para el cuerpo. Aunque nos parece razonable la acotación anterior, a nuestro entender la palabra sistema, en el ámbito de la vida, no dice casi nada, no se sabe bien a qué refiere, de modo que cuando queremos explicarla tenemos que aludir a las partes en interacción; pero eso, en el fondo, nos hurta una información esencial, porque pretendiendo ver el todo justamente nos remite a la suma de las partes.

Más claro, preciso e intuible que el término sistema es el de idea, de cuño platónico. El cuerpo humano sería una idea, una idea una, única y unitaria que realizan al unísono cada una de las partes corporales. Pero este concepto tiene también sus inconvenientes, hasta cierto punto se parece al de sistema: para ver sus diferencias hay que desarrollarlos y compararlos, lo que

⁵ Cavero R. *Antropología del pie*. Archivos del Hospital Barros Luco-Trudeau. Año VII, N° 1. Enero-Marzo 2001.

resulta poco práctico; pero además suele hipostasiarse, o cosificarse como se decía antes, y entonces la concebimos como otra parte del cuerpo o como una especie de segundo cuerpo inmaterial, lo cual, ciertamente, no es culpa de Platón. La fórmula más precisa para dar cuenta del todo y la parte en los seres vivos, a nuestro entender es la aristotélica. Para Aristóteles la idea, el alma, la forma, está toda en todo el cuerpo y toda en cada parte de él. En este caso, en el pie ya está toda la idea, toda la forma y toda el alma humana, y también está toda en las manos, el cerebro, etc.

Los paleontólogos reconstruyen el cuerpo de un animal extinto si encuentran una parte diminuta, por ejemplo un pedazo de vértebra o de fémur, porque ésa no es la parte de un todo sino que de algún modo allí está el todo, como decía Aristóteles. Si la naturaleza trabajara con sistemas y no con formas o ideas la labor del paleontólogo sería imposible, como imposible es reconstruir un sistema mecánico, tal un motor extinto, partiendo del hallazgo de uno de sus tornillos. Lo sistemático está entre nuestros productos mentales, es más bien una intención lógica por medio de la cual aprehendemos la realidad, o nos servimos de ella para modificarla; la idea, en cambio, está en la realidad y es la realidad.

La naturaleza trabaja con ideas, y crea ideas, y con ellas individuos y especies unitarias que podemos entender como sistemas aunque en realidad no lo sean. Finalmente, entonces, cabe concluir lo mismo que en lo relativo a las civilizaciones: por debajo de la capa visible, física, sistemática de la naturaleza parece moverse un principio invisible, la creatividad, que es lo que determina realmente su destino.

LA CREATIVIDAD DEL INDIVIDUO

La visión gruesa nos muestra que algunas sociedades han respondido de un modo imaginativo y diferente a como lo hacen las demás a los desafíos del contorno, ya sean de carácter físico, político, religioso, etc., y que esa respuesta ha dado origen a situaciones nuevas que a su vez han exigido su propia respuesta, la que de ser exitosa hace posible continuar el crecimiento y la aparición de nuevos desafíos. Del mismo modo, la naturaleza se nos ha revelado como una fábrica de ideas, un impulso impregnado o poseído por lo que Bergson llamara *elán vital* o creador. Pero estos enfoques no tienen detalles, carecen de pixeles suficientes, lo que impide apreciar de modo más íntimo el origen y fundamento del movimiento creador humano. Por eso, es también necesaria una lente que haga posible otra contemplación de la vida de los individuos de esta especie.

Polo⁶ aprehende la ejemplaridad de este tema con el siguiente caso, que en realidad es un tipo que puede ser aplicado a muchos otros casos. El ser humano tiene un par de manos y los árboles ramas. Para cazar mejor y con mayor seguridad se requiere algo más fuerte que las manos, y entonces se recurre a la rama, que, de acuerdo con la ley de las palancas, multiplica la fuerza del brazo. Pero con la maza sólo se pueden cazar animales pequeños; para capturar mayores hay que introducirse en su interior y destruir su sistema vital, y la maza evoluciona en lanza. Pero la lanza sólo sirve para animales lentos, las gacelas son con ella inalcanzables; entonces la lanza se torna jabalina, y más tarde, en un proceso mucho más complejo, en arco y en flecha. Lo interesante es que nada hay en la rama que indique que es también una maza, una lanza, una jabalina, un arco y una flecha, del mismo modo que nada hay en la mano que indique esas posibilidades. Lo que hay en la rama, y en el juego entre la mano y la rama, es una oportunidad, y lo que hace el acto creador es descubrirla y realizarla. Los utensilios, sin los cuales la vida humana sería ininteligible, no están en el mundo ni en la interioridad subjetiva, sólo son oportunidades descubiertas, realizadas y cumplidas.

Con este esquema se verifica la continuación, ahora de modo autoconsciente, de lo que la naturaleza desde siempre ha venido haciendo de un modo inconsciente: crear, impulso que el hombre también posee porque es un ser natural. Pero también explica las civilizaciones, que no son más que el descubrimiento de oportunidades, como vimos ya en el caso de Egipto, de Atenas, etc. Las concepciones del mundo son la realización finita y creadora a partir de una oportunidad que nunca concluye, porque la realización de una oportunidad abre nuevas oportunidades. Por lo mismo, el ser propio del acto creador es en esencia infinito, y no puede concluirse sino accidentalmente. De modo que por debajo de las variables condiciones históricas, biológicas y sociales de los individuos, también parece moverse un principio invisible, la creatividad, que es lo que determina realmente su ser y su destino.

LA IRREALIDAD DE LA CREATIVIDAD

El lector eventual examinará con justificado escepticismo esta exposición. En lo tocante a la historia, si la especie humana tiene esa capacidad creadora, se preguntará si su ser es distinto de lo que determina su medio físico, biológico, psicológico y social, ya que

⁶ Polo L. *¿Quién es el hombre?* Rialp, Madrid, 1991.

la objetividad sólo brinda una oportunidad que toca descubrir y realizar, ¿por qué de las 20 o 30 civilizaciones que han existido a lo largo del tiempo sólo quedan dos o tres? ¿Por qué no descubrieron oportunidades y crearon soluciones para los problemas que acarrearón su siempre sangriento colapso? ¿Y por qué, además, cayeron siempre en la plenitud de su poder y de su gloria, cuando nada hacía sospechar ese funesto desenlace? Nadie ha sido más ciego a la inminencia del propio fallecimiento que las civilizaciones, el cual, sin embargo, no se debe a un descuido ni es un hecho casual, pareciera ser la regla, y nada asegura que las sobrevivientes no vayan a ser descoyuntadas. De acuerdo, se dirá, las civilizaciones pueden a veces nacer y crecer pero lo único seguro es que siempre morirán.

Ya desde la antigüedad se espera un final apocalíptico para la historia humana, y todo parece indicar que esas visiones no eran ensoñaciones. Pero aquellos escalofriantes anticipos, agrega nuestro interlocutor, no contienen un mensaje ultramundano, brotan de un saber humano connatural al hombre mismo, de modo que es un saber siempre conocido aunque también siempre preterido y soslayado. Con las civilizaciones los seres humanos extienden una amplia y tupida red para atrapar el mundo y ponerlo a su disposición, pero a la postre son ellos mismos los primeros que caen en ella. En épocas como la nuestra se hace inteligible el famoso y enigmático libro de Lao-tse⁷, que predica el quietismo absoluto porque está empapado de la celeste e incomprendible piedad con que son regidas todas las cosas. El mundo es creador y se basta a sí mismo, no necesita de la contribución humana que siempre es inoportuna. Aquel sabio chino se negaba incluso a usar otra cosa que sus manos para beber agua, los cazos, cucharones y copas mecanizan el espíritu, sistematizan y cierran la existencia, y son el principio del fin de la vida humana. Empezamos haciendo primorosos vasos que facilitan y adornan nuestra cotidianeidad, pero terminamos construyendo bombas atómicas y contaminándolo todo, y ese trayecto inevitable de algún modo ya era conocido en la contemplación taoísta.

Los humanos en vías de civilización se empeñan en ser los amos de la naturaleza, cuando no pretenden ser su dios, aunque éstos no son juegos para la altura de los hombres, porque lo que ven del mundo, como dice Kant, es el fenómeno, no el nómeno, de modo que realmente no ven, no conocen ni pueden conocer las consecuencias de sus actos. No tiene ninguna gracia erigir una civilización a costa de la muerte y el

sufrimiento de la gran mayoría, como han hecho hasta la fecha todas las que han sido, para que más encima todo termine desparramado por el suelo. Por lo demás, ya la humanidad parece que ha empezado a despertar a la misteriosa ley moral descubierta por Lao-tse: es notorio el creciente repudio que concitan los partidos políticos, por ejemplo, que pretenden cada uno portar la genuina y ardiente antorcha de la civilización y del espíritu.

¿Y qué pasa con los individuos? No hace falta ir muy lejos, continúa el meditativo lector, para comprender la impostura de las nociones sostenidas en este artículo. Basta con mirar lo que acontece ante nuestras narices, en la misma psiquiatría. Los datos epidemiológicos dicen que cada día hay más enfermedades mentales, en particular depresiones. En Chile, según también se dice, más de la mitad de la población la padece. La gente no encuentra la clave de cómo vivir su vida, de modo que se ha generado una oportunidad para psicólogos y psiquiatras. Por eso, ante la importancia de la tarea, las soluciones modernas, brotadas en el ámbito de la psiquiatría más avanzada⁸, son impacientes, están transidas de una infinita y oblativa voluntad de ayuda, así es que ya no esperan que un paciente los consulte por su iniciativa, se proponen adelantarse e ir a su casa aprovechando de paso para hablar e instruir a sus familiares, amigos y vecinos; acuden luego a la escuela, para ordenar todo lo relativo a la salud mental en esa instancia; después marchan para hacer lo mismo en la fábrica y entre las organizaciones sociales, gremios y sindicatos, y concluyen la jornada, probablemente a última hora de la tarde, acudiendo a los medios de comunicación para aleccionarlos sobre cómo evitar la perpetuación de los mensajes que abocan a la enfermedad mental, etc. Es decir, consideran el mundo como una guardería infantil o como un manicomio de los que ellos son los encargados. Como en Egipto, la vida humana debe volver a estar dirigida por una nueva casta de sabios civilizadores, negando así, implícitamente, la creatividad humana.

No obstante, ¿de dónde sacaron tal conocimiento sobre la salud mental y de sus remedios los modernos curanderos? ¿No padecen ellos el mismo mal que padecemos los demás?, inquiera el retórico oponente. Como los atenienses se han atribuido a sí mismos el ser los educadores de la humanidad, pero, a diferencia de

⁷ http://www.swami-center.org/es/text/tao_te_ching.pdf

⁸ Cohen H. *Principios de la salud mental comunitaria*. (Conferencia dictada en el MINSAL con ocasión del Día Mundial de la Salud, 18 de abril del 2001. El expositor es el Director del Programa de Salud Mental de la OPS).

aquéllos, no pretenden, no pueden ni saben despertar nuestra razón y libertad salvadoras. Por eso, esta terapia no es ninguna terapia, pero en cambio sirve para diagnosticar la dolencia, la expresa y la manifiesta de modo insuperable: la humanidad no sabe crear ni crearse y debe ser suplida como si fuera una inválida, aunque esto no sea ninguna solución porque el que suple también es hombre. Por otro lado, llegar a vivir del modo propuesto conduce a que la vida en realidad no merezca la pena ser vivida, el remedio termina matando de tedio y aburrimiento al angustiado enfermo⁹. Y este ejemplo no es un caso, es un tipo que pone en evidencia la estructura esencial, reiterada en nuestra civilización *ad infinitum*, de muchas de sus "utopías".

¿Dónde está el fondo real de este asunto?, se interroga extrañado nuestro impugnador. Antaño, el malestar en la cultura se resolvía con la guerra. Eso exaltaba, daba un norte, ofrecía penas y alegrías tangibles, creaba héroes y villanos, ordenaba el mundo, ofrecía razones para el sacrificio y la muerte, etc. Pero en el mundo moderno la guerra se ha hecho muy costosa, definitivamente se ha tornado un remedio mucho peor que la enfermedad, de modo que nos hemos

hecho pluralistas, tolerantes, y cada cual debe arrastrar su propio sinsentido y tratar de ordenar sus propios neurotransmisores.

Es un error muy grosero poner la creatividad en el centro y tratarla como un tema autónomo, concluye por fin el litigante; incluso los ejemplos empleados en este artículo lo confirman. La creatividad humana no es el ser, la sustancia, la idea ni la forma, es secundaria, está subordinada a algo aún más profundo: la destructividad, que es la verdadera idea y con ello la infinitud verdadera. El caso de la mano, la rama y la flecha es elocuente. El hombre es ingenioso, se alegra, crea y realiza cuando en el centro están la muerte y la destrucción, y si no se deprime y machaca a sí mismo, se ahoga, se embriaga, le hace *bullying* al vecino para distraerse, incluso siendo un niño que da sus primeros pasos por el mundo. Los seres humanos sólo pueden construir destruyendo, y cuando no pueden, se aniquilan a sí mismos, postergándolo de mil maneras y sólo excepcionalmente del único modo real. En realidad, primariamente ni saben ni pueden crear, de modo que ni pueden ver en la vida como vida ninguna oportunidad ni ésta puede ofrecerlas.

⁹ Esto nos trae a la memoria ciertos versos oídos en la infancia y referidos a la actividad médica en esa época en que el moderno trastorno bipolar se llamaba, quizá con más exactitud, *spleen*, los que por alguna extraña razón no hemos olvidado. En el poema, después de fracasar en todas sus medidas el tratante sugiere como último pero infalible recurso que el consultante visite a Garrick, el famoso humorista inglés. ¿A Garrick? suspira el paciente, y el galeno ratifica: Sí, a Garrick // ¿Mas qué os inquieta? // La más remisa y austera sociedad le busca ansiosa // todo aquel que le ve muere de risa // tiene una gracia artística asombrosa. No obstante, el melancólico y porfiado suicida lo objeta resueltamente de esta guisa: Así dice el enfermo no me curo // yo soy Garrick // cambiadme la receta. El error del médico no consiste en lo desafortunado de la receta, lo inapropiado en este caso es el acto mismo de recetar. Con ello queda planteado un problema sobre el que Jaspers meditó con frecuencia: ¿cuáles son los límites de la psiquiatría y del saber técnico en general? Por cierto, nadie está menos dispuesto a intentar responder esta cuestión que los burócratas de la OMS, la OPS o el MINSAL, y prueba de ello son sus extravagantes y omnipotentes elucubraciones.

ENSAYO

UN SUEÑO DE FREUD. PULSIÓN DE MUERTE EN LOS SUEÑOS DE ANGUSTIA

(Rev GPU 2013; 9; 1: 71-74)

Liliana Messina¹

Los sueños de angustia, al parecer, resultaron un problema para Freud, en orden a explicarlos como un cumplimiento de deseo, como el resto de los sueños, al menos en un comienzo, en la *Interpretación de los Sueños*. En *Más Allá del Principio del Placer* hace un desarrollo donde amplía con otra perspectiva, agregando el concepto de la compulsión a la repetición, para finalmente instalar una nueva concepción donde Pulsión de vida y Pulsión de muerte sería los opuestos que organizan al viviente humano. Entonces la pulsión de muerte adquiere relevancia para la comprensión de los sueños de angustia. La idea que plantearé aquí es que estos sueños realizan algo, efectivamente, pero es un deseo que tiene relación directa con la pulsión desde la perspectiva que Lacan la considera, es decir como pulsión de muerte, o sea de corte, corte con el deseo del otro.

PULSIÓN DE MUERTE: ALIENACIÓN – DESALIENACIÓN

Desde el comienzo, en el Proyecto de Psicología para Neurólogos, Freud sospechó algo, planteó que el aparato mental tiende a la descarga, a la descarga energética hasta un punto de mínima excitación. ¿Y esto a dónde nos llevaría? En última instancia, la descarga total nos lleva a la muerte. En *Más Allá del Principio del Placer* (1920), se pregunta por la meta final de todo lo orgánico, la cual debe ser un estado anterior; dice Freud: “un estado antiguo que lo vivo abandonó una vez y al que aspira regresar por todos los rodeos

de la evolución. Si nos es lícito admitir como experiencia sin excepciones que todo lo vivo muere, regresa a lo inorgánico, por razones internas, no podemos decir otra cosa que esto: *La meta de toda vida es la muerte; y retrospectivamente: Lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo*” (1). De esta idea nace la pulsión de muerte, algo que empuja al organismo vivo a realizar su meta.

En este texto Freud define la pulsión como “...un esfuerzo, inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior” (2) (las cursivas son mías). La muerte cumple, a su vez, a cabalidad, con otra función: la de desalienación del sujeto, y de desujeción del deseo del otro.

¹ Psicóloga U. de Chile, con formación psicoanalítica en Ichpa. Psicóloga Staff del Centro de Atención Psicológica, Caps, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Univ. de Chile. Coordinadora de la Unidad de Psicósomática del mismo centro. Atención clínica en consulta privada. l-messina@hotmail.com

Desde nuestro nacimiento como vivientes en el lenguaje quedamos atrapados en él, nombrados, definidos por las palabras como siendo esto o lo otro, así o asá. De modo que el esfuerzo por retornar al estado anterior de no sujeción al lenguaje, que llama Lacan el gran Otro, es una tendencia que está presente en el sujeto desde el comienzo, en tensión constante con el yo; es el sujeto pulsando por salir de la alienación al lenguaje, y con él, del deseo del otro. Ésta es la *pulsión de muerte*; según Lacan, la única pulsión, o sea lo único que en el individuo humano pulsa, insiste, a pesar de toparse con innumerables resistencias. Lo otro, la pulsión sexual, está del lado del deseo, del Eros, del deseo de unión y de fusión con el otro. Para Lacan esto no es pulsión, pues se mantiene del lado del Principio del Placer y la pulsión nos empuja más allá del principio del placer.

Hay algo entonces *en el sujeto* que pulsa, insiste, lo empuja hacia la desalienación, para su *realización*; esto es la aparición o desarrollo de lo más propio de cada uno, eso que no le hace falta al otro. Realización que se encuentra con fuertes resistencias, como decíamos; por un lado las *demandas* del aparato biológico (lo que se ha llamado instinto de conservación o parte de las pulsiones de vida). Por otro lado, y con una importancia fundamental, sabemos, nos sujeta fuertemente a la vida el deseo de nuestros padres.

ACERCA DEL DESEO

Al pasar la necesidad “por los desfiladeros del significante”, como lo dice Lacan; es decir, ante la imposibilidad de satisfacer una necesidad en estado puro, el hombre se ve obligado a darle forma verbal, esto es hacerla pasar por el lenguaje. En la operación de paso de la necesidad a través del lenguaje ésta queda traducida desde el Otro, o sea desde el lenguaje: estructura que estaba antes que nacíamos y a la cual fuimos dados a la luz, que nos define y nos nombra.

En ese paso, entonces de la necesidad al lenguaje, ésta se constituye en deseo, eso que se dice, que se pide, que se ruega, que se añora. De aquí que el deseo se muestra “errático, desviado, excentrado, incluso escandaloso y paradójico, todo lo cual lo distingue de la necesidad” (3). El problema es que esta transcripción al lenguaje contiene en sí misma una falla: algo no es traducido, no toda la necesidad puede ser traducida al lenguaje, algo de ella, por tanto, cae, es reprimido. Se trata de una represión primaria, algo del sujeto entonces se pierde ahí.

Pero, como el mismo Freud dice, “lo inconsciente, vale decir, lo reprimido no ofrece resistencia alguna a

los esfuerzos de la cura; y aún no aspira a otra cosa que irrumpir hasta la conciencia...o hasta la descarga” (4) De modo que esto reprimido del sujeto empujará, pulsará por reaparecer.

Cuando el niño ve que la madre desea el falo, él desea ser el falo para satisfacerla. Este es su deseo, pero realizándolo, pierde lo más propio, eso que no quedó traducido. Esa particularidad necesita reaparecer y lo hará más allá de la demanda de amor a la madre, pues representa más que ningún otro elemento al sujeto. Justamente porque es aquello que quedó fuera de la enajenación de ser lo que le falta a ella. Esto es, propongo, lo más propio del sujeto, y es *lo que insiste en el sueño provocando angustia*.

Retomando la pulsión, podemos entender ahora que lo que pulsa es *el goce* de separarnos de la demanda del otro y poder realizar algo de lo más propio nuestro. Esto es lo que está expresado en el “fort-da”: el goce del niño que tira un carrete fuera de su vista, se asocia a la desaparición del carrete; si se fijan bien en el ejemplo de Freud, su alegría está al tirar lejos el carrete y no tanto así al recogerlo. Otro ejemplo: un niño de dos años jugaba a esconderse de mí, pero se enojaba mucho cuando lo encontraba. Su goce evidentemente estaba en el desaparecer y no en el ser encontrado.

“El inconsciente se satisface ahí donde el principio del placer fracasa” (Lacan).

LOS SUEÑOS

El apartado D, del capítulo VII de *La Interpretación de los Sueños*, trata específicamente sobre los sueños de angustia. Aquí Freud intenta explicar estos sueños, pero delata cierta disconformidad. Dice: “La doctrina de los sueños de angustia pertenece, como ya lo he dicho repetidas veces, a la psicología de las neurosis. Nada más tenemos que hacer con ella después que pesquemos sus puntos de contacto con el proceso onírico. Sólo puedo agregar una cosa. Puesto que aseveré que la angustia neurótica proviene de *fuentes sexuales*, puedo someter al análisis sueños de angustia a fin de poner de manifiesto el material *sexual* incluido en sus pensamientos oníricos” (5) (las cursivas son mías).

Siguiendo a Freud, la angustia es el efecto de la represión del contenido inconsciente, el cual inicialmente era placentero (puesto que sexual), y luego, al retornar al estado preconscious durante el sueño, vuelve mudado en displacer –esto es, angustia–. Desde aquí, entonces entendemos, que el deseo reprimido, por haber sido reprimido y vuelto al preconscious posteriormente, asume un valor opuesto, probablemente como una

nueva medida preventiva por parte del aparato censor en contra de esta aparición. Como ocurre con las heces y su olor, que se transforma en asqueroso sólo después de haber sido reprimido el placer y la atracción que éstos causan al niño de la fase anal.

Desde este punto me propongo intervenir poniendo en juego los términos del análisis, considerándolos desde la teorización lacaniana de la pulsión. Esto es, que la angustia no es necesariamente consecuencia de la aparición de un deseo sexual reprimido. Que la angustia, sí, proviene del yo, que aparece a partir de una realización inconsciente, esto es, la realización del sujeto, de esa parte que quedó reprimida por quedar fuera del deseo. Bien: es comprensible que la realización de lo reprimido cause angustia, pero *propongo que no es tan sólo la realización del deseo, sino del sujeto, esto es lo inconsciente y el deseo es consciente o puede llegar a serlo.*

Estos sueños parecen repetir, insistir en una escena traumática. (Introduzco el concepto de trauma pensando en el trauma intrapsíquico, y no pretendo incluir la temática de qué ocurre cuando lo traumático se debe a un factor netamente externo, sea que estén íntimamente ligados o no.) El punto nodal de este asunto es: de dónde adquiere su carácter de trauma lo representado. Lo traumático, en este caso, está determinado por la caída del yo, se trata de una herida narcisista. De un caer del lugar *de ser quien completa al otro*. Y puesto que la realización del sujeto tiene que ver justamente con ese soltar, dejar caer, cortar con el deseo de ser el deseo del otro, *no puede sino ser traumática.*

UN SUEÑO DE FREUD

Para ejemplificar esta idea, Freud relata y posteriormente analiza un sueño que tuvo de niño y del cual despierta con intensa angustia: ve *“a la madre querida con una expresión durmiente, de extraña calma en su rostro, que era llevada a su habitación y depositada sobre el lecho por dos (o tres) personajes con pico de pájaro”*. Proponemos interpretar, a su vez, a Freud en su auto análisis. Él dice, luego de ciertas asociaciones: *“esa interpretación secundaria del sueño (que la madre moría) se produjo bajo la influencia de la angustia desarrollada. No era que yo estuviese angustiado por haber soñado que la madre moría, sino que interpreté así el sueño dentro de la elaboración preconscious porque ya estaba bajo el imperio de la angustia. Ahora bien, mediando la represión, la angustia admite ser reconducida a una apetencia oscura, manifiestamente sexual, que en el contenido visual del sueño encontró buena expresión”* (6).

La interpretación que sigue el camino del deseo sexual, como el deseo aparecido en el sueño, está facilitada en Freud por su línea argumental, el nudo central, en ese momento, de su trabajo. Los personajes con pico de pájaro los había visto en ilustraciones de una Biblia de Philippon, y Philipp era el nombre de un vecino con el que solía jugar y a quien escuchó por primera vez el nombre vulgar del coito, que queda a su vez asociado (por asonancia en alemán) a las cabezas de gavilán de estos personajes.

Pero con este análisis Freud descuida algo que el sueño muestra con claridad y es que sueña con la madre dormida o muerta (*“expresión durmiente, de extraña calma en su rostro”* que había visto en su abuelo pocos días antes de su muerte). Y de hecho, su angustia cesa cuando ve a su madre al despertar, que, por tanto, no está muerta.

¿Por qué desechar estos elementos al menos, tan probatorios, de que el sueño es acerca de la muerte de la madre, como aquellos de la secuencia sexual? Si la angustia fuera determinada por las fantasías sexuales del niño, ¿por qué debiera cesar al ver a la madre?

Es al menos tan posible adjudicar la angustia al deseo sexual del niño por su madre, como adjudicarla al trauma de castración, es decir, a ver a la madre caída, muerta, donde el niño ya no es más su objeto fálico y que esto, además, sea una realización del propio niño. Puesto que el corte se realiza desde lo inconsciente, surge la angustia simultáneamente por la pérdida que implica para el yo y para el narcisismo infantil, en este caso.

SER EL FALO DEL OTRO

Es curioso ver en los niños de nuestra época que, generalmente, no han sufrido la amenaza por la masturbación de que se les va a cortar el pene, y sin embargo tienen esta fantasía. Fantasía que, aun en adultos, tanto hombres como mujeres, aparece en sueños o síntomas. Pacientes mujeres, por ejemplo, me han relatado sueños en los que se ven con un pene y lo pierden, se les cae, tratan de recuperarlo y no pueden. Un paciente homosexual recuerda que de niño, muy pequeño, pensó que en realidad había nacido como niña y que sus padres le pegaron un pene después.

Entonces, esta parte del cuerpo tan valiosa representa al mismo tiempo el objeto separable y el objeto que completa. Es, en términos básicos, lo que representa el niño para la madre y en ese sentido somos todos objetos fálicos para nuestras madres, siendo así el gran obturador de la castración.

No hay cosa que cause más horror, y atracción a la vez, que la castración: la madre incompleta, en falta, el

padre débil, descubierto en su incapacidad, el que cae del lugar del héroe.

Perder la mirada del otro es el punto para desarrollo de la angustia, en este caso, esto es lo *traumático*. Pero la realización de ese sujeto soñante es fallarle a la madre, no ser el falo que la completa, faltarle. Retomo: Si responde a un deseo, ¿por qué la angustia? Porque hay más. Si el niño le falta en el lugar de falo, entonces la madre queda castrada, pierde sus atributos, queda empobrecida, deja ese lugar de supremacía, pero, además, de protección. Y éste es un poderoso motivo de angustia. Es como quedar sin Dios. Sin la mirada sustentadora de nuestros objetos idealizados, cuando ellos pierden sus atributos y podemos verlos tal cual son, es

decir, castrados, dejamos de ser niños, hijos, y tenemos que vérnoslos solos con la realidad, sin autoridad superior que organice y otorgue el sentido a la vida.

REFERENCIAS

1. Freud S. Obras Completas. Más Allá del Principio del Placer. Ed. Amorrortu, 1989, 18: 38
2. *Op. cit.*
3. Lacan J. Escritos 2, La Significación del Falo. Siglo Veintiuno Editores, 1988, p. 670
4. Freud S. Obras Completas. Más Allá del Principio del Placer. Ed. Amorrortu, 1989, 18: 19
5. Freud S. *Op. cit.*; 5: 573
6. Freud S. *Op. cit.*; 5: 574-575

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS: CRITERIOS DE CALIDAD (CON ESPECIAL ÉNFASIS EN EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO)¹

(Rev GPU 2013; 9; 1: 75-80)

Francisco Torres-González²

En los años 1970 comienza el cierre de los hospitales o camas psiquiátricas con mayor actividad. Aparece un grupo de personas, antes hospitalizadas, que sin clínica psicopatológica clara no era fácil de ubicar en la Comunidad. El Proyecto TAPS dirigido por Julian Leff denominó a este perfil “difficult to place patients” (pacientes difíciles de ubicar) (1-3). Nació así una expresión alejada de cualquier clasificación nosológica que obligaba su explicación ante cualquier tipo de investigación.

En los años 1980 nace la segunda expresión fuera de las clasificaciones diagnósticas para calificar un difuso grupo de personas con enfermedad mental (cuyo seguimiento y tratamiento en la Comunidad no es fácil) y que fueron los llamados “Enfermo Mental Grave” y “Trastorno Psiquiátrico Severo” (TPS), (en inglés Severe Mental Illness, Serious Mental Illness or Severe Mental Disorders) que son y no son sinónimos. Es el adjetivo severo, traducido del inglés, el que planteó problemas de polisemia con el español y se defendía el exclusivo uso del adjetivo grave. Sólo hace poco las academias de la lengua aceptaron la sinonimia de ambos términos para calificar una enfermedad. Meta de esta contribución es, por un lado, la problematización del concepto de sugestión como concepto arraigado en una psicología unipersonal. Para ello me apoyaré, en parte, en el análisis.

¹ Este artículo corresponde al texto de la Conferencia dictada en Santiago de Chile, por el Dr. Francisco Torres-González el 05 de septiembre de 2012, en el marco del Programa de Educación Continua y del proceso de Planificación Estratégica del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco.

² Senior researcher of CIBERSAM-Granada. President of the MARISTAN Network (ALFA-EU Program). ftorres@ugr.es

¿QUÉ ES UN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SEVERO?

Más allá de las disquisiciones semánticas, el problema está en cómo se quiera delimitar al difuso y clínicamente heterogéneo grupo de personas objeto de este artículo. Casi todas las definiciones ponen más énfasis en la discapacidad funcional que en el diagnóstico e incluyen conceptos como “cronicidad”. Para ésta hay que establecer límites temporales y al hacerlo surge otra denominación más explícita y también en uso: Enfermedad Mental Severa y Persistente. Como notamos, no hay una definición clara y, sin ella, la prevalencia se hace difícil medirla, lo que a su vez complica la planificación y el tipo de servicios y los cuidados que estas personas precisan (4).

El *National Institute of Mental Health* de Estados Unidos estableció en 1987 una definición basada en tres criterios:

- Que no hubiese diagnóstico de psicosis orgánica, ni de trastorno de personalidad.
- La existencia de una duración prolongada de la enfermedad y de su necesidad de tratamiento durante dos o más años.
- La presencia de una discapacidad, que incluya una de las ocho categorías especificadas por el propio NIMH (5).

Sin embargo algunos autores incluyen los estrés postraumáticos debido a que pueden incluir lesiones craneoencefálicas (6).

¿Qué diagnósticos suelen nutrir este difuso grupo? De acuerdo con la literatura revisada, sin duda el más frecuente es la esquizofrenia, y los trastornos afines a la misma, que, en vez de remitir tras el primer episodio, evolucionan hacia la persistencia, más allá del tipo de curso (continuo o episódico). También lo forman las psicosis afectivas, tanto el trastorno bipolar como la Depresión Mayor con evolución recurrente.

La *Guía del Sistema Nacional de Salud* español⁷ además de la duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada restablece el interés del diagnóstico clínico. Incluye como característicos los diagnósticos que siguen:

- Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
- Trastorno esquizotípico (F21)
- Trastornos delirantes persistentes (F22)
- Trastornos delirantes inducidos (F24)
- Trastornos esquizoafectivos (F25)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)

- Trastorno bipolar (F31.x) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33) Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

Siendo prácticos, este revoltijo de diagnósticos nos sirve de mucho, porque sería más sencillo decir que cuando se trate de una psicosis funcional bien establecida, que se ha convertido en un cuadro de larga evolución y ha desarrollado discapacidades secundarias estamos ante un TPS.

LA VULNERABILIDAD DE LOS TPS DEBIDO A LA BRECHA TERAPÉUTICA

Las estadísticas más confiables dicen que las personas que sufren esquizofrenia, la mayor parte de los TPS, evolucionan hacia la cronicidad; desde el 50% los datos más optimistas y hasta el 70% los pesimistas. No es una novedad. Empero, con la reducción creciente de camas en hospitales psiquiátricos, sin un desarrollo paralelo de alternativas comunitarias, el grupo constituido por los TPS se ha convertido en un grupo de riesgo, un grupo altamente vulnerable. El espacio para ubicarlos no es fácil encontrarlo en la comunidad como antes ocurría en los patios de los hospitales tradicionales.

Sería adecuado implementar una discriminación positiva en políticas transversales socio-sanitarias orientadas a los cuidados continuados y a la integración social de este vulnerable colectivo: la necesidad de la atención urgente 24 horas por 7 días a la semana, a domicilio cuando sea precisa, y los tratamientos asertivos en la Comunidad; todo aquello que facilite, en definitiva, la continuidad de cuidados (8, 9). Pero no siempre las políticas de Salud Pública, y de manera especial cuando de Salud Mental se trata, se adecuan a las necesidades de los grupos humanos en riesgo.

Como consecuencia del insuficiente desarrollo de los servicios comunitarios la vulnerabilidad de los TPS se manifiesta en el elevado porcentaje que abandonan todo contacto con los servicios y todo tipo de tratamiento: la llamada brecha terapéutica (10).

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 (11) mostró la relevancia epidemiológica en Europa de los TPS cuyas necesidades no eran atendidas en la comunidad, tanto que entre el 35,5 y el 50,3% de ellos estaban sin recibir tratamiento, incluso en los países más desarrollados. La brecha terapéutica de los TPS en Holanda era la mitad (49,8%).

Otro estudio ya citado (9), también de la OMS, hizo una revisión sistemática de artículos sobre el tema y

concluía que la tasa media de personas con esquizofrenia y sin tratamiento era del 32% a nivel mundial.

EL RIESGO DE LA TRANSINSTITUCIONALIZACIÓN O DE LA “RE-INSTITUCIONALIZACIÓN”

Finalizando el siglo pasado, Richard Lamb (12) señalaba que en Estados Unidos desde la década de 1970 había un incremento en la prevalencia de enfermos mentales en las prisiones. Siete años después confirmó el incremento y sugirió que pudiese tratarse de una transferencia de personas con enfermedad mental desde camas psiquiátricas hacia las prisiones (13).

Esta inquietud fue ratificada en Europa por otra revisión (14) que describe la transferencia de personas con enfermedad mental desde camas psiquiátricas hacia los sistemas penitenciarios y también a residencias de los servicios sociales. Los autores llamaron a este fenómeno “reinstitutionalización”. No es un fenómeno lineal, estas personas no fueron derivadas del psiquiátrico a la prisión y muchas veces tampoco a los servicios sociales, sino que recibieron el alta y fueron transferidos al cuidado de los servicios comunitarios, pero ante la insuficiencia de los mismos pronto los abandonaron, dejaron el tratamiento y su vulnerabilidad les condujo por tortuosos caminos hacia otro tipo de institucionalización

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

La única manera efectiva y costo-efectiva de mantener una relación terapéutica con la persona caracterizada como TPS en la Comunidad es aplicar una estrategia comprehensiva y personalizada, que incluya la administración conjunta de fármacos y de terapias psicológicas y, en muchos casos, mediante el seguimiento de los mismos con programas de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC).

CUIDADOS FARMACOLÓGICOS

Nadie cuestiona la efectividad de los antipsicóticos en el control de los síntomas psicóticos positivos y en la prevención de recaídas. Como es sabido, su empleo es imprescindible en individuos con proceso de más de un episodio y/o discapacidades añadidas. Sin embargo no son tan efectivos frente a otros problemas como la falta de conciencia de enfermedad, que tanto dificulta la adherencia terapéutica y conduce a la brecha terapéutica. Es por ello que el tratamiento farmacológico debe ser complementado con intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, como se verá más adelante.

En el uso de antipsicóticos, los “clásicos” y “atípicos” mantienen una controversia relacionada con el tratamiento de la esquizofrenia. ¿Realmente los atípicos representan ventajas incuestionables respecto de los tradicionales? Dos grandes estudios CATIE (15) y CUTLASS (16, 17) han arrojado evidencias insoslayables sobre esta controversia. De forma muy resumida: la superioridad de los “atípicos”, con la excepción de la clozapina, no ha podido demostrarse en estudios controlados. Un metaanálisis más reciente (18) alcanza similares hallazgos y concluye afirmando que los antipsicóticos de 2ª generación no pueden ser comprendidos como una clase homogénea, sino que por el contrario difieren en sus propiedades sedantes. Además no encontró “ningún efecto consistente moderador de las variables” como la Industria afirma, cuando se comparan las dosis o la necesidad del uso de medicación anti parkinsoniana. La más importante conclusión estriba en afirmar que tanto los de 1ª como de 2ª generación pueden usarse buscando el tratamiento farmacológico individualizado o personalizado sobre la tríada eficacia, efectos secundarios y coste.

Por consiguiente, el alegato frente a la cuestionada superioridad de los nuevos antipsicóticos y sobre todo su elevado costo no pueden ser excusa suficiente para no administrarlos si racionalmente es la mejor acción para el paciente: Bajo la *ratio ética*: es derecho de la persona enferma recibir el mejor tratamiento que la ciencia pueda ofrecer. El déficit presupuestario por tanto no debiera ser excusa para que las autoridades no aprueben el pago de ellos.

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

Las herramientas terapéuticas de base psicológica disponibles hoy son tan diversas, que resulta difícil no encontrar la adecuada para cada persona y difícil resumirlas aquí.

Con carácter general, los programas terapéuticos han de ser individualizados y de acuerdo con el momento evolutivo y otras circunstancias de cada sujeto. Tanto en la elección del fármaco como en la de la intervención psicológica, ya que el enfoque del programa ha de ser holístico.

TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Como ha sido considerado al comienzo, lo piedra angular en el cuidado de los TPS es combatir el abandono de los tratamientos asegurándoles la continuidad de cuidados en la comunidad. Continuidad que es clave cuando el despliegue de redes de centros facilita hitos

por los que desaparecen enfermos con poca adherencia terapéutica.

Con independencia de otros precedentes, es quizá el grupo encabezado por Leonard I. Stein y Mary A. Test, de la Universidad de Wisconsin, quien identifica de forma precisa el problema del TPS en la Comunidad e inicia la propuesta de alternativas (20, 21, 22) cuando comenzaba la década de 1980.

En síntesis, son dos los modelos de trabajo propuestos en la comunidad y que han suscitado debate y literatura científica: el *case management* (manejo de casos), el TAC y, como no puede evitarse, sus hibridaciones. El *case management* se basa en la característica multidisciplinar de los servicios comunitarios, mediante la que cada caso de tratamiento difícil en la comunidad puede ser adjudicado a un miembro del equipo para que lo siga como profesional responsable. Así, enfermería comunitaria y trabajo social asumieron un protagonismo y responsabilidad que no en todos los lugares era bien visto por los psiquiatras. Es numerosa la literatura sobre este modelo de trabajo, pero quizá pueda destacarse la muy extensa revisión de T. K. Mueser en 1998 (23), aunque limitada en sus conclusiones, que arroja mucha luz sobre el modelo y ofrece además una comparación con el TAC.

El TAC se desarrolla en paralelo con el *case management* y finalizando el siglo se publica una revisión sistemática en Cochrane por Max Marshall y Austin Lockwood, de la Universidad de Manchester, con relevantes aportaciones significativas desde el punto de vista estadístico. Hay que señalar que desde la perspectiva psicopatológica y funcional no encontraron diferencias significativas entre el TAC, el *case management* y el tratamiento basado en el hospital. No obstante: a) la probabilidad de mantener la adherencia con los servicios se incrementa frente al cuidado comunitario estándar; b) se reduce la probabilidad de reingreso hospitalario y se favorecen estancias hospitalarias más cortas; c) en la comunidad hay una robusta ventaja comparativa en el estatus del alojamiento, del empleo y de la satisfacción del usuario; d) de forma invariable el TAC reduce los costos de los cuidados hospitalarios; e) comparando el TAC con el *case management* tan sólo aparece una diferencia significativa: los usuarios permanecen menos días ingresados cuando están adscritos al TAC; f) y hay que señalar que desde el punto de vista psicopatológico y funcional, no encontraron diferencias significativas entre el TAC, el *case management* y el tratamiento basado en el hospital.

Los autores concluyen que el TAC es clínicamente efectivo, si se marcan los objetivos con claridad, para ocuparse de los usuarios con TPS o con frecuentes

ingresos hospitalarios. Reduce los costos de manera sustancial frente al modelo hospitalario, aumentando además la satisfacción y la evolución en general de los usuarios. Terminan diciendo que los responsables políticos, los clínicos y los usuarios deberían apoyar la creación de equipos de TAC.

En la misma fecha, 1998, Teague *et al.* definen el TAC como un complejo servicio con base en la comunidad, diseñado para que en ella puedan permanecer las personas con TPS recibiendo los cuidados necesarios. Recomiendan más estricta observancia en la práctica del modelo adoptado *ad initio*, ateniéndose a criterios explícitos que permitan una evaluación comparativa, única forma de avanzar en los conceptos y en la práctica del TAC. Ofrecen un método para medir la fidelidad del programa que se aplica y muestran resultados sobre 50 variedades del esquema básico. Entre los modelos estaría el elaborado tempranamente por Stein y al que denominó: "*Community Living Model*" (22)

En el Reino Unido trataron de implantar una variante del modelo a la que llamaron *Care Programme Approach* (31), pero el recelo no ha permitido su generalización, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud a través de sucesivas circulares. Los estudios del Grupo UK700 (32, 33) (y otros) certificaron el escepticismo. El Grupo UK700 concluyó que no encontraron ventajas en el "*case management* intensivo" (ambigua denominación que es frecuente en la literatura donde no termina de diferenciarse el TAC del *case management*) respecto al resultado clínico o en cuanto al coste-efectividad; así como que la política a favor del modelo no encuentra respaldo en los datos encontrados y que debería ser revisada. Admiten, empero, que el enfoque de su estudio es demasiado amplio, al no entrar en detalles sobre costos indirectos soportados por los usuarios y sus familias o los asociados con el empleo.

Dos décadas antes Mary Test había tratado de responder a la pregunta: ¿qué es necesario para un tratamiento efectivo de los TPS en la comunidad? (34). Porque ya entonces anticipaba que sería difícil extender el modelo si no se respetaban un mínimo de criterios de fidelidad al mismo. Tratando de simplificar resumió afirmando que para que los servicios sean efectivos se precisan: a) cuidados netamente individualizados; b) que sea posible ofertarlos de manera asertiva; c) que los servicios se estructuren teniendo presente la continuidad de cuidados como objetivo; y d) brindar los cuidados más pensando en la sostenibilidad que en una forma limitada en el tiempo.

Recientemente, C. Harvey y H. Killaspy (33) han liderado una comparación entre los TAC (con prudencia los llaman: *ACT-like*) de Melbourne y Londres. Sus

conclusiones han sido que aunque ambos equipos podían ser considerados “tipo TAC” había grandes diferencias entre ellos en la aplicación del modelo y esas diferencias impiden concluir el debate sobre la eficacia y, más aún, sobre la eficiencia. Recomiendan de nuevo la necesidad de atenerse a los elementos fundamentales del modelo, para poder hacer investigaciones comparativas³.

No obstante, en 1998 apareció una interesante revisión sobre el tema, publicada por la Asociación Americana de Orto-psiquiatría (34) que mostraba cómo usuarios bajo TAC pudieron permanecer más días en la comunidad que atendidos bajo un programa estándar de *case management* sin costo adicional alguno, siendo el TAC más costo-efectivo.

En esa misma línea no puede ignorarse el esfuerzo implícito en el metaanálisis de Ziguras y otros (35) publicados dos años después sobre 44 estudios. La revisión concluye que el *case management* ofrece una pequeña o moderada mejoría en la efectividad de los servicios de Salud Mental, mientras que el TAC mejora la efectividad al reducir el riesgo de re-hospitalización. No obstante, ambos modelos tienen similares efectos en la mejoría de los síntomas clínicos y del funcionamiento social, así como en el nivel de satisfacción de usuarios y familiares. Los resultados –dicen– refuerzan la idea de que los TAC deberían orientarse hacia aquellos usuarios con mayor riesgo de hospitalización³.

Opinan que ambos, TAC y *case management* intensivo o de alta calidad, deberían formar parte de los programas de Salud Mental.

Entre las diversas escalas propuestas para evaluar la fidelidad al modelo teórico del TAC, podría recomendarse la *Dartmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale* (DACTS) (33), situada entre las más modernas, aunque con una validez limitada, como la mayoría de las que se ofrecen para evaluar o comparar modelos tan complejos y disímiles.

Para concluir esta revisión parcial de la literatura internacional podrían ofrecerse como argumento de autoridad las conclusiones de la Conferencia ministerial europea de la OMS sobre Salud Mental celebrada en 2005 (34).

¿Cuál es la situación en España? La respuesta no puede ser unívoca: es tan diversa como sus regiones. En mayor o menor grado de extensión y con fidelidad

variada, aquí y allá hay experiencias, casi nunca completadas por falta de recursos humanos o carencia del impulso político y gestor suficiente para crear equipos móviles parcialmente autónomos y especializados en el TAC, que es lo que se requiere.

Sin duda en España es el denominado “Modelo Avilés” (Avilés: tercera ciudad del Principado de Asturias) el que sirve de faro de referencia para el resto de los servicios regionales de salud españoles

El Equipo de TAC (ETAC) de Avilés se puso en marcha en 1999 impulsado por Enrique Peñuelas y Juan José Martínez Jambrina (35, 36) y fue la primera experiencia española a este respecto. Su aportación bibliográfica no es todavía extensa, en tanto que sus responsables han dedicado su esfuerzo a desarrollar y consolidar el modelo. Varias investigaciones de tipo cualitativo han vertido buenos resultados y sus responsables están ahora implicados en una investigación empírica, con el objetivo de probar el costo-efectividad del ETAC frente a un tratamiento comunitario estándar en el contexto español. En un par de años habrá resultados.

La Asociación Astur Galaica de Tratamiento Aseritivo Comunitario organiza cada año desde 2004 un simposio sobre TAC que se ha ganado el reconocimiento nacional y ya también internacional. El número de asistentes crece cada año, entre otras razones porque se ha convertido en el encuentro nacional de todos los que tratan de implantar y consolidar el TAC en el resto de España. Es como un vivo mercado de trueque de experiencias.

Los principios que inspiran el Modelo Avilés, basados en la literatura y en la experiencia clínica de los profesionales que lo impulsan, son principios que se ajustan con fidelidad a los criterios más aceptados internacionalmente.

REFERENCIAS

1. Dayson D, Gooch C, Thornicroft G. (1992). Difficult To Place, Long Term Psychiatric Patients: Risk Factors for Failure to Resettle Long Stay Patients in Community Facilities. The TAPS project 16. *British Medical Journal* 305: 993-995
2. Trieman N, Leff J. (1996). Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPS project 24. *Psychol Med* 26(4): 765-74; ;
3. Chapiro F. (2005). Old and new long stay patients in French psychiatric institutions: results from a national random survey with two-year follow-up. *Encephale* 31(4 Pt 1): 466-76
4. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Biosfi G, Tansella M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Brit J Psychiat* 177: 149-1555
5. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987

³ La gran variedad anidada dentro del modelo TAC puede verse en el enlace: <http://pathprogram.samhsa.gov/Search.aspx?search=Program+for+Assertive+Community+Treatment>

6. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher FC, Fred C, Vidaver R, Auciello P, Foy DW. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(3): 493-499
7. Ministerio de Sanidad de España. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Versión resumida. <http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/resumida/apartado02/definición.html>
8. Torres-González F, Saldivia S. (2009). La atención comunitaria de las personas con trastornos mentales severos de larga duración. Capítulo 10 (págs. 133-155) en J. Rodríguez (Editor) *Serie PALTEX para Ejecutores de Programa de Salud*, nº 49. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. ISBN: 978-92-75-33065-4
9. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. (2004). The Treatment Gap in Mental Health. *Bulletin of WHO*; 82; 858-866
10. Torres-González F. (2009). Editorial. The gap in treatment of serious mental disorder in the community: a public health problem. *Ment Health Fam Med* 6(2): 71-74
11. The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization. *JAMA* 291: 2581-2590
12. Lamb HR, Weinberger LE. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatr Serv* 49(4): 483-92. Review
13. Lamb HR, Weinberger LE. (2005). The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jails and prisons. *J Am Acad Psychiatry Law* 33(4): 529-34
14. Priebe S, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-González F, Turner T, Wiersma D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 330: 123-126
15. Lieberman JA. (2006). Comparative Effectiveness of Antipsychotic Drugs. A Commentary on Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUTLASS 1) and Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). *Arch Gen Psychiatry* 63(10): 1069-1072
16. Jones PB, Barnes TRE, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, Murray RM, Markwick A, Lewis SW. (2006). Randomized Controlled Trial of the Effect on Quality of Life of Second- vs First-Generation Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUTLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 63(10): 1079-1087
17. Davies LM, Lewis S, Jones PB, Barnes TRE, Gaughran F, Hayhurst K, Markwick A, Lloyd H. (2007). Behalf of the CUTLASS Team. Cost-effectiveness of first- v. second-generation antipsychotic drugs: results from a randomized controlled trial in schizophrenia responding poorly to previous therapy. *British Journal Psychiatry* 191: 14-22
18. Leucht S, Corves C, Arbtter D, Engel RR, Li C, Davis JM. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet* 373: 31-41
19. Caldas JM, Torres F. (eds.) (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., Estados Unidos de América ISBN: 92 75316001 5
20. Stein LI, Test MA. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment I: Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4): 392-397
21. Test MA. (1981). Effective Community Treatment of the Chronically Mentally Ill: What is Necessary? *Journal of Social Issues*, 37(3): 71-86. doi: 10.1111/j.1540-4560.1981.tb00829.x
22. Stein LI, Teat MA. (eds.) (1985). *The Training in Community Living Model. A Decade of Experience*. <http://www.cumc.columbia.edu/dept/pi/ppf/Stein.pdf> New Directions for Mental Health Services, no 26. San Francisco: Jossey-Bass, June
23. Mueser KT, Bond QR, Drake RE, Resnick SQ. (1998). Models of Community Care for Severe Mental Illness: A review of research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin* 24 (1): 37-74
24. Marshall M, Lockwood A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089
25. Stein LI, Teat MA. (eds.) (1985). *The Training in Community Living Model. A Decade of Experience*. New Directions for Mental Health Services, no 26. San Francisco: Jossey-Bass. <http://www.cumc.columbia.edu/dept/pi/ppf/Stein.pdf>
26. Teague GB, Bond GR, Drake RE. (1998). Program Fidelity in Assertive Community Treatment. *American Journal of Orthopsychiatry* 68: 216-233. DOI: 10.1037/h0080331
27. Department of Health (1990). "Care Programme Approach" Circular HC (90) 23/LASSL(90)11. London: Department of Health
28. UK700 Group (1999). Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. Rationale of the trial. *Br J Psychiatry* 174: 74-79
29. UK700 Group (2000). Cost-effectiveness of intensive v. Standard case management for severe psychotic illness. UK700 case management trial. *Br J Psychiatry* 176: 537-543
30. Test MA. (1981). Effective community treatment of the chronically mentally ill: What is necessary? *Journal of Social Issues*, 37(3), 71-86. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1981.tb00829.x
31. Harvey C, Killaspy H, Martino S, White S, Priebe S, Wright C, Johnson S. (2011). A comparison of the implementation of Assertive Community Treatment in Melbourne, Australia and London, England. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 151-161. DOI: 10.1017/S2045796011000230
32. Essock SM, Frisman LK, Kontos NJ. (1998). Cost-Effectiveness of Assertive Community Treatment Teams. *American Journal of Orthopsychiatry* 68(2); 179-190. DOI: 10.1037/h0080328
33. Bond GR, Salyers MP. (2004). Prediction of Outcome from Dartmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale. *CNS Spectr* 9(12); 937-942
34. Declaración de Salud Mental para Europa: Enfrentando desafíos, construyendo soluciones. Helsinki: Conferencia Ministerial Europea sobre Salud Mental. OMS. 2005
35. Martínez Jambrina JJ, Peñuelas Carnicero E. (2007). Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés. *Archivos de Psiquiatría* 70(2): 77-82
36. Martínez Jambrina JJ. (2007). El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 7(2); 147-159

BIOÉTICA

LA VISITA DE SALA: ASPECTOS BIOÉTICOS Y DE CALIDAD RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL ENFERMO

(Rev GPU 2013; 9; 1: 81-84)

Rafael Céspedes Pino¹, Roberto Mancini Rueda²

Se analiza el desarrollo habitual de una visita de sala en un establecimiento asistencial de atención cerrada, se pone énfasis en el respeto a la privacidad, a la confidencialidad de los enfermos, y se propone buscar alternativas de cómo realizar esta actividad, para que no ocurra la eventual vulneración de estos derechos de los enfermos internos, que puede acaecer en esta tradicional actividad asistencial. Se hace referencia al proceso de acreditación en calidad asistencial, específicamente del ámbito de la dignidad del paciente.

INTRODUCCIÓN

La visita clínica de sala, definida para efectos de este artículo como la visita que por lo general se realiza una vez por semana a todos los enfermos de la sala por parte del equipo completo de una unidad. Esta “visita de sala” es efectuada, en el ámbito de la atención cerrada de salud, por los médicos y otros profesionales del equipo de una unidad o servicio clínico asistencial, ya sea que se trate de un establecimiento eminentemente asistencial o de uno docente asistencial o de un hospital universitario. Es una actividad clínica tradicional muy valorada y aceptada en general por todos sin mayores cuestionamientos.

Esta actividad que se lleva a cabo periódicamente y de modo irrenunciable en los servicios y unidades,

tiene una utilidad seguramente incuestionable, pero que se efectúe del modo que se realiza desde siempre y que no haya cambiado en su esencia pese a los grandes cambios ocurridos en la sociedad, nos ha llamado grandemente la atención.

En respuesta a esto es que hemos querido escribir este artículo, con la finalidad de motivar al diálogo en torno a sí la modalidad en que se realiza esta actividad es éticamente conveniente, y a buscar alternativas o variantes más apropiadas.

DESARROLLO

Desde nuestros tiempos de estudiantes de pregrado hemos visto y participado en visitas de salas, en diversos servicios clínicos y unidades relacionadas con nues-

¹ Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, errecespedes@yahoo.com

² Neurocirujano, Magister en Bioética (c), Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”.

tra formación como médicos y más tarde con nuestra especialización como psiquiatra y neurocirujano. No nombraremos los diversos hospitales por los que pasamos y los diversos servicios y unidades, pues creemos que esta experiencia está en el bagaje formativo y laboral de cualquier médico o profesional de la salud.

En estas visitas de sala el jefe de servicio o unidad, o el docente, lo que muchas veces es coincidente, dirige esta actividad clínico-asistencial, e inevitablemente docente y formativa para muchos de los asistentes a ellas, trátense de alumnos de pregrado, internos o profesionales en formación, o de profesionales con menos experiencia en la especialidad o en algunos ámbitos de ésta.

En estas salas en que hay más de un enfermo se revisa la ficha clínica del enfermo, se le interroga por diversos antecedentes: médicos, familiares, hábitos; y se hace un examen físico y mental focalizado o general en diverso grado de profundidad. O bien, estos antecedentes son referidos por algún alumno interno o profesional que ha tenido conocimiento con anterioridad a través de la ficha clínica o por entrevistas efectuadas al enfermo previamente, y los aporta en el transcurso de la visita de sala, en donde es escuchado por todos quienes participan de ella y por los otros enfermos de la sala. Además, en ocasiones, también por funcionarios del ámbito clínico no profesional, funcionarios administrativos y otras personas ajenas y de muy variada relación con el enfermo, servicio o unidad.

Entonces debemos preguntarnos si con el proceder descrito, ¿se respeta la confidencialidad e intimidad de los enfermos en estas visitas de sala?

Al parecer en esta actividad, la visita de sala, se privilegian otros intereses o valores en primer lugar, sobre los antes referidos.

Es cierto: la visita de sala puede ser muy útil para lograr un mejor diagnóstico y tratamiento del enfermo, pues en esta instancia pueden expresarse diversas opiniones basadas en los diversos conocimientos, experiencia y habilidades de los profesionales y educandos que participan en la actividad; así como sin duda debe ser una oportunidad de aprendizaje para muchos.

No obstante, esa ventaja técnica debe ser compatible con los principios bioéticos que deben estar siempre presentes en la "relación médico-paciente" actual, y por extensión, de todo el equipo de salud (1).

El principio de beneficencia en esta actividad se manifiesta en el provecho que puede significar al enfermo en el ámbito diagnóstico y de efectuar un plan de tratamiento más conveniente y efectivo.

El principio de no maleficencia se puede transgredir toda vez que se cause un daño al enfermo al expresarse delante de él, emitiendo diagnósticos o hipótesis

diagnósticas, eventuales pronósticos, etc., en un lenguaje que el enfermo no entiende por lo seguro y que además con toda probabilidad mal interpretará, por personas diversas que el enfermo no podrá determinar cuál es la acreditación de cada uno, para considerar cada expresión u opinión en su correcto valor. Hemos de destacar aquí, por otra parte, que es el médico tratante el que debe comunicar y explicar, a su enfermo, los diagnósticos, los pronósticos y en general cualquier materia relacionada con las acciones de salud a que se debe someter.

También el principio de no maleficencia se transgrede cuando el enfermo es afectado perjudicialmente, si se producen comentarios, afirmaciones, informaciones y relatan antecedentes personales, que son escuchados por un gran número de personas. En el caso de los profesionales, pudiera estar justificado que escuchen y se enteren de estas materias; sin embargo, también escuchan y se enteran de información "sensible" de ese enfermo otras personas, ajenas al quehacer asistencial dirigido al enfermo en cuestión y los otros pacientes de la sala.

Esta información que se ventila afecta la dignidad del enfermo, su privacidad y se irrespeta el derecho precisamente de la privacidad y confidencialidad de la información que le pertenece y puede provocar en él sentimientos y emociones negativos, que pueden alterar la relación médico-paciente, la evolución de la patología e incluso los resultados de los tratamientos.

También hemos de considerar un impacto negativo en la atención del enfermo, cuando en estas visitas de sala se irrespeta a los diversos profesionales, internos y alumnos, por actitudes de quien dirige la visita o por otros actores profesionales que descalifican o maltratan a sus colegas de diversas formas y también a las personas en formación de pregrado o posgrado. Estas situaciones no son de beneficio para el enfermo, por el contrario, lo vuelven inseguro, lo atemorizan y pueden implicar que pierda la confianza en su médico y equipo tratante con consecuencias negativas para la recuperación de su salud. Esto vulnera el principio de no maleficencia.

La autonomía del enfermo se ve afectada si al enfermo no se le pregunta si acepta ser objeto de esta visita en las condiciones comentadas, no hemos visto en nuestra experiencia que se pida a éste que otorgue su consentimiento informado previo a ser objeto de estas visitas de sala.

Las visitas de sala, esta vez en relación con el principio de justicia sanitaria y, más aún, de la responsabilidad, también puede ser vista como una actividad que permite una supervisión y control de cómo se desarro-

llan los diversos procesos asistenciales en esos servicios o unidades, así como evaluar el cumplimiento de normas y protocolos por parte de quienes tienen la obligación de velar por su cumplimiento y respeto, los jefes o responsables de los servicios o unidades clínicas.

SUGERENCIAS

Considerando el gran valor que tiene la visita de sala en muchos aspectos, obliga a buscar la forma en que esta actividad se realice de un modo que se respeten la dignidad, la privacidad y confidencialidad del enfermo.

Por lo cual, nos parece conveniente buscar alternativas a esta actividad "visita de sala" en donde se asegure totalmente el respecto a la intimidad de los enfermos, y se cautelen de mejor forma principios éticos básicos como los precedentemente reseñados.

Esta actividad podría realizarse llevando a una sala especial para esta finalidad a los enfermos uno por uno, para ser evaluados, conocidos, y analizados, del mismo modo como se hace en el ambiente poco íntimo de una sala compartida por dos o más enfermos. En esta modalidad también podrán expresarse las opiniones, realizarse los aportes de los diversos profesionales y también puede realizarse la actividad docente.

Esta modalidad resulta fácilmente practicable en la gran mayoría de los enfermos de patología mental internados, pues pueden desplazarse sin dificultades en un alto porcentaje a una sala dispuesta para esta actividad.

Otra alternativa puede ser efectuar la visita de sala en tres tiempos, en las salas en que hay más de un enfermo y no puedan ser movilizados: 1º realizar las acciones imprescindibles de hacer en directo con el enfermo, precisar síntomas y signos, tomar algunas notas de comentarios del enfermo en relación con esto, 2º en una sala diferente y dispuesta para esta actividad, realizar la discusión, los comentarios, el análisis de los exámenes, las consideraciones pronósticas, etc., 3º las que luego pueden ser comunicadas al enfermo en el mejor de los casos por su médico tratante y en un lenguaje inteligible para éste y de la manera más privada que se pueda. Sabemos que en algunos hospitales que cuentan con pequeñas salas de reuniones anexas se está realizando este procedimiento.

COMENTARIOS

Debemos ser más empáticos y ponernos en la situación del otro, lo que nos permitirá poder actuar teniendo mayor consideración con el enfermo y sus derechos, que son los mismos que nosotros tenemos y que tam-

bién se nos deberían respetar cuando esté afectada nuestra salud y se requiera de nuestra internación para el estudio y tratamiento de alguna patología.

Esto es cada vez más necesario, y la comunidad espera y apreciará nuestros esfuerzos en este sentido, especialmente ahora que recientemente se ha aprobado una ley sobre los derechos y deberes de los enfermos (2), pero no sólo hemos de esforzarnos en cumplir con los mínimos éticos, sino que debemos propender a los máximos éticos; éstos también nos señalan el camino del mayor respeto a la intimidad, privacidad, confidencialidad y autonomía de las personas enfermas, a las que debemos dar atención de salud en los establecimientos de atención cerrada en salud, sean éstos hospitales públicos o clínicas privadas.

El respeto de los derechos de las personas es un deber de todos; el respeto de los derechos de los enfermos o pacientes es también un deber de toda persona y por supuesto de los profesionales de la salud y de los estudiantes de estas profesiones, sean de pregrado y posgrado, esto es lo ético esperado. Además es un imperativo ético, para quienes trabajamos en salud, el entregar un servicio de excelencia, de calidad, de acuerdo con las condiciones y recursos disponibles, siempre debemos tender a la excelencia y por lo tanto debemos ser líderes en los programas de calidad y entender ésta como un proceso de mejora continua.

En estos tiempos, en nuestro medio, la ley, reglamentos y otras normativas exigen que los derechos de los enfermos, pacientes, o en general de las personas, se respeten en la atención de salud.

La Reforma de la Salud de Chile, que viene gestándose desde el 2005, consta de varias leyes y reglamentos que la sostienen: la Ley de Autoridad Sanitaria, la Ley de Isapres, la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES), y la recientemente promulgada ley que Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud (Ley 20.584) que debe ser aplicada en todos los establecimientos a contar de octubre del año 2012.

De las garantías explícitas en salud, la última garantía a exigir es la calidad asistencial, y en el país estamos en pleno proceso de acreditación en calidad asistencial, pocos establecimientos públicos y privados han acreditado en calidad a la fecha de escribir este artículo. La mayoría de los establecimientos está en proceso de prepararse y lograr acreditarse cuando esto sea exigible legalmente, para poder atender enfermedades incluidas en las patologías GES, ya que será requisito para ello el estar acreditado en calidad asistencial.

La Superintendencia de Salud es la que certifica quienes acreditan en Calidad Asistencial, y esta institución

ha desarrollado todo un proceso para ello, Registro de Prestadores Individuales, Registro de Prestadores Institucionales, Registros de Entidades Acreditadoras en Calidad Asistencial, etc.

En el proceso para la acreditación en calidad asistencial la Superintendencia de Salud ha elaborado manuales con los estándares mínimos y las correspondientes pautas de cotejo que deben cumplir las instituciones, para poder acreditar en calidad asistencial. En lo relacionado con el tema de este trabajo hay varios estándares que tienen relación con lo ético y los derechos de los enfermos o pacientes para lograr acreditar las instituciones. No es el objetivo de este trabajo referirse específicamente al proceso de acreditación en todo lo que implica, por lo cual entraremos de lleno a lo que de este proceso se relaciona con el objetivo de la presentación y lo desarrollaremos en los siguientes párrafos.

De los nueve ámbitos de la Acreditación, el primero, Dignidad del Paciente (DP) del cual nos referiremos sólo a algunos de sus Componentes, el DP-1 "El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno, libre de discriminaciones y tratos crueles, inhumanos o degradantes" y la Característica DP1.1, sus Verificadores y Elementos Medibles, como el documento de los derechos del paciente que se exige, incluyen algunos derechos aquí tratados: "...Respeto a la privacidad y pudor, Respeto a confidencialidad, Información respecto al carácter docente asistencial del establecimiento, cuando corresponda, entre otros...".

La Característica DP-1.3 exige evaluar el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, incluyendo mediciones de la percepción de los pacientes y demás usuarios. Su Verificador exige la "evaluación del respeto de los derechos de los paciente" y sus Elementos Medibles DP-1.3, exige para acreditar que se haya designado el responsable de la evaluación del respeto a los derechos de los pacientes y que se ha definido un sistema que evalúa el respeto a los derechos de los pacientes que incorpora la percepción de éstos, además

que exista constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Del Componente DP-2, la Característica DP-2.1 y su verificador se relacionan con el consentimiento informado, que tiene que ver con lo que hemos tratado, pues los enfermos debieran ser consultados de su aceptación o no, de participar en estas visitas de sala.

En este trabajo hemos considerado en especial la privacidad y la confidencialidad en las actividades asistenciales o docente-asistenciales, pero sin duda los principios éticos a considerar en una actividad como la "visita de sala" son muchos más. En un trabajo sobre el "pase de visita", que es en todo caso la visita diaria a los enfermos de la sala de una unidad por todo el equipo docente asistencial, considerando los profesionales y los diversos alumnos, el autor hace referencia a veintidós principios éticos que se deben observar implícita o explícitamente durante ésta (3).

Un principio muy importante a considerar en estas actividades es el pudor, al que no nos hemos referido en este trabajo; no se debe en ningún caso, a que no lo consideremos fundamental en la atención de salud y en especial en la "visita de sala". Remitimos a los lectores al trabajo de una doctora de nuestro país en donde se trata este principio en un ámbito similar al que nosotros hemos analizado (4).

REFERENCIAS

1. Gracia D. Bioética Clínica. Ética y Vida. Vol. 2., Ed. El Búho, Bogotá, 1ª Edición, 1998
2. Ley 20.584, República de Chile, que "Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención de Salud", disponible en Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20584>
3. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada en Calidad, 2010
4. Espinosa Brito A. Ética en el pase de visita hospitalaria. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(4)
5. Orellana Peña C. Intimidad del Paciente, Pudor y Educación Médica. Revista Persona y Bioética 2008; 12(1)

BIOÉTICA

EL AUTOCUIDADO, UNA RESPONSABILIDAD ÉTICA

(Rev GPU 2013; 9; 1: 85-90)

Sandra Oltra¹

La concepción actual de la ética nos llama a tomar conciencia acerca de la responsabilidad de la dirección de nuestras acciones, así como de las consecuencias derivadas de ellas. Los profesionales de la salud, como agentes de cuidado directo de las personas, se ven especialmente llamados a procurar no sólo la prevención de daño sino también el ofrecimiento de una atención de calidad y excelencia (1-5).

La relación clínica es una relación entre personas; el paciente, su familia y el personal de salud. El paciente espera del profesional su experticia técnica, pero además su disposición humana. En tanto el profesional, en su deseo de satisfacer esta demanda, puede verse sobreexigido emocionalmente frente al dolor y las expectativas de su paciente, exponiéndolo al riesgo de desarrollar importantes niveles de estrés y desgaste asociado a esta demanda de ayuda, lo que atentaría directamente contra la posibilidad de procurar una relación clínica de calidad (6-8).

En esta línea se ha descrito el Autocuidado como una alternativa eficaz ante la prevención del desgaste emocional asociado a la labor profesional (6, 9-12), acción que iría en beneficio de la responsabilidad ética de ofrecer una atención de excelencia tanto en lo técnico como en lo humano.

CONTEXTO

Los cambios acontecidos en el área de la salud durante los últimos años nos indican que si bien se han alcanzado avances impensados en cuanto a tecnologías y saber científico, este crecimiento ha atentado en contra de la relación entre el profesional y su paciente.

El aumento de la tecnología, la institucionalización de los cuidados en salud, la alta demanda y presión asistencial así como la permanente exigencia de actualización técnica, ponen al profesional de la salud en una situación de alta tensión en su labor. Tensión que estará sometida, además, a la convivencia con el sufrimiento

y la vulnerabilidad de sus pacientes y familias. En este contexto es posible percibir la frustración que generan tanto en los profesionales como en sus pacientes las dificultades para establecer una relación cercana y confiable, “nunca en la historia se ha ofrecido una medicina más eficiente y nunca ha habido tanta frustración y desconfianza” (1).

Si bien la persona del paciente ha ido adquiriendo cada vez más protagonismo y voz en la relación clínica, se hace imprescindible, por lo tanto, enfocarse también en quien ofrece el servicio, la persona del profesional, sus necesidades o dificultades en este nuevo entorno, muchas veces adverso.

¹ Psicóloga Clínica Infanto-juvenil, Hospital Luis Calvo Mackenna, Clínica Alemana de Santiago, Magister© en bioética UDD.

“La relación de ayuda desgasta, y si no se sabe manejar muy bien, hace que los cuidadores tengan que abandonar su rol activo y convertirse en sujetos pasivos, necesitados ellos también de cuidados” (13).

CONCEPTO DE RELACIÓN CLÍNICA

En una época en que la intervención en salud se encuentra mediada por diversos actores, es necesario acercarse a una dimensión distinta de la tradicional relación médico-paciente. Si bien esta última mantiene el valor intrínseco de conformar una relación única, irrepetible e irremplazable, ha debido ir cediendo espacios para la integración de otros profesionales en virtud de los cambios en el campo de la medicina. “La relación clínica ha tenido que irse ampliando en estas últimas décadas, hasta dar cabida a todos los profesionales de la salud que intervienen en el acto clínico y participan en la atención y el cuidado al paciente” (14). Serán, entonces, todos los profesionales involucrados en el acto clínico quienes se relacionarán con el paciente y definirán los contornos de esta interacción.

El bioeticista Mark Siegler (citado en Lazaro, 2006) ha realizado un recorrido temporal estableciendo que la era del paternalismo (o era del médico) se habría extendido desde el año 500 a.C. hasta el año 1965. Le sucedería la era de la autonomía (o era del paciente) consolidada con los “derechos del paciente” que reconoce la capacidad y competencia de los enfermos a tomar decisiones referidas a su cuerpo de acuerdo con sus valores e ideologías. Esta toma de decisiones supone un diálogo con el equipo de salud, particularmente con el médico, y la decisión final es el resultado de un proceso de comunicación e información, en ciertas ocasiones no exento de conflictos, en el que se ajustan la información técnica ofrecida por el equipo de salud y las creencias, proyectos, valores y deseos del paciente. Este camino de toma de decisiones en el que se establece una nueva forma de relación clínica se cristaliza en el “consentimiento informado” (15).

De acuerdo con las características de esta “nueva medicina” se podría suponer que la intimidad del vínculo que involucra la relación clínica ha ido desapareciendo ante la ampliación del universo de interacción y de las nuevas dinámicas relacionales. De algún modo así ha sido. Es por ello que actualmente una de las grandes preocupaciones tanto a nivel de la formación de los profesionales como de la práctica médica habla de la llamada “deshumanización de la medicina” y las consecuencias de ello en la calidad de atención y la satisfacción del quehacer tanto en los pacientes como en el equipo de salud. Hay quienes incluso han propuesto

que “la relación médico-paciente se encuentra enferma de gravedad” (2).

No obstante, es incuestionable que el impacto de la enfermedad y el enfrentamiento al dolor y sufrimiento crean un espacio inestimable que da lugar a una realidad que sólo pueden compartir, en esta crítica circunstancia, quienes sufren y quienes son testigos de ese dolor, y a su vez responsables del cuidado y/o alivio del sufriente.

Es en esta realidad colmada de incertidumbre, miedo, padecimiento y tensión en la que se da el encuentro entre personas, más allá de los lineamientos administrativos y de las gestiones burocráticas; este espacio de tan difícil definición es el que pone a prueba los más íntimos valores así como los más profundos cuestionamientos existenciales. Y es, a su vez, el lugar en que se puede generar una auténtica atmósfera de confianza, lealtad, fe, comprensión y respeto que han sido y siguen siendo los fundamentos de la auténtica medicina (4).

CALIDAD, EXCELENCIA Y PROFESIONALISMO

No es azaroso que se haya afirmado que los profesionales de la salud, quienes conviven a diario con la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre tanto clínica como ética, posean características peculiares, coherentes con una forma de vida y con la vocación de servicio.

Desde la corriente de la ética de la virtud se ha abordado el concepto de “virtuosismo” como el sistema de valores que posee una persona para un buen desempeño, tanto desde lo técnico como desde lo moral. Se entiende, así, que para hacer “algo bien” se debe, además de contar con los conocimientos y la técnica, poseer las condiciones personales y morales que permitan esa posibilidad. “La virtuosidad técnica es condición de posibilidad de virtud moral” (16). Siguiendo las palabras de Diego Gracia, “El hombre bueno es el hombre excelente, y la búsqueda de la excelencia es y debe ser la máxima aspiración humana”.

Desde la misma corriente de pensamiento más recientemente se ha planteado el concepto de “profesionalismo” orientado a responder el verdadero sentido de la profesión, a partir de lo cual se describe la medicina como “una vocación en la cual los conocimientos y habilidades de los profesionales se ponen al servicio de las personas afectadas en su salud, en una relación de mutuo respeto” (1).

Se espera, por tanto, ciertas características del profesional que van más allá de su experticia técnica, las que tienen que ver con sus valores y virtudes, incluso su espiritualidad (17); en fin, con lo más humano de sí

mismo. Y estas características en el contexto de la relación clínica se traducen en ser capaz de escuchar al otro fomentando el diálogo, la empatía, inspirar confianza, ser sensible a las necesidades físicas y emocionales del paciente, etc., todas manifestaciones de su integridad personal que llevan a su profesión al nivel de excelencia y a una forma de vida (3).

“La transformación que ha sufrido la sanidad en las últimas décadas está exigiendo un cambio profundo en el modo de concebir la responsabilidad ética del personal sanitario” (18). Con estas palabras el profesor Diego Gracia nos sitúa frente al nuevo escenario de la atención en salud, si bien la labor asistencial de los profesionales los obliga al ejercicio responsable, lo que implica evitar las imprudencias, estar capacitados y en ello evitar el daño a los pacientes. Todo esto se enmarca en la ética de mínimos, y este propósito se ha cumplido desde la composición del juramento Hipocrático hasta nuestros días, velando por ello los códigos de ética médica y deontología profesional. Sin embargo, los conceptos “calidad” y “excelencia” se han ido insertando con fuerza en las nuevas políticas de salud, aunque aún como parte de una ética de máximos, pero con la intención clara de estandarizarse como un estilo de atención en salud (5, 7, 12, 19, 20).

Siguiendo a Diego Gracia (2000): “Quien no cumple los mínimos es negligente; los máximos apuntan a algo más elevado, a la excelencia. La relación sanitaria, en tanto que relación profesional, no puede ser maleficiente, pero tiene que aspirar a más, a ser benéfico”.

Begoña Román (2011), a su vez, indica: “La ética en la atención al paciente tiene por objetivo fundamental la calidad en la atención, pero como se trata de ética, la calidad no se puede imponer. Si bien se nos puede obligar a hacer algo, nadie nos puede obligar a querer hacerlo. Algo similar ocurre con la calidad y la excelencia ética: para hacerlo bien, para atender excelentemente al paciente, hay que quererlo hacer; la excelencia no se puede imponer”. Es por ello imprescindible, agrega, involucrar al profesional en ello, contando con su motivación, vocación y placer.

Sin embargo, Rosselot (1999) afirma que “no existe atenuante para que al acto médico no se le exija cumplimiento de esta calidad en el más alto nivel posible”; y más tarde agrega: “La calidad, en tales casos, constituye un valor ético cuya cautela corresponde a quien lo otorga para garantía del derecho de quien lo demanda” (Rosselot, 2000).

De acuerdo con estos análisis pareciera que la calidad en la atención debe ser exigible; sin embargo, la excelencia es una aspiración desde los requerimientos de la ética actual en cuanto a la atención de pacientes.

Rosselot (2000) indica que en cuanto a la manifestación de calidad en la práctica, lo que más impacta al paciente es el trato que recibe: “a los usuarios interesa que se les preste atención oportuna, rápida, eficiente y suficiente; todo ello en una atmósfera de cordialidad y deferencia indicadora de la consideración que se da a su persona” (8). Lo que nos sugiere que tanto desde los más tradicionales hasta los más actuales paradigmas de atención, resultaría ser el mismo vínculo, la misma intimidad y el mismo encuentro humano la base de la percepción de “calidad” y el argumento de la “excelencia”.

Bajo estas nuevas y antiguas exigencias o aspiraciones, la base de la percepción de calidad siguen siendo los componentes de la Relación Clínica, la que indefectiblemente está mediada por las personas involucradas en ella, desde donde la persona del profesional tiene un rol irremplazable. Pero, ¿es posible realizar todas esas conductas de excelencia en la relación clínica? ¿Es posible manejar todo ello en la interacción con un otro? ¿Puede ocurrir así, donde hay tanto dolor humano? ¿Es posible que el profesional no se perturbe emocionalmente en esas interacciones y en la búsqueda de la excelencia?

DESGASTE PROFESIONAL: BURN OUT

En la relación de ayuda se entretiene todo lo que conforma a la persona (10), en el servicio a otros, en la demanda de ayuda, en los procesos de vinculación que se producen al interior de una relación clínica, en la necesidad de ser eficiente y muchas veces en la impotencia, la “persona profesional” es la que se encuentra con la “persona paciente” y este encuentro es quizás de los más sensibles, íntimos y profundos, ya que son las historias, valores, ideologías y modos de enfrentamiento existencial los que se encuentran o desencuentran. Y todo este proceso lleva asociado un riesgo para quien se enfrenta diariamente y en múltiples circunstancias a la exposición de sus expectativas y sus limitaciones.

El profesor Diego Gracia en su ponencia *Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios* (2000), expone de modo explícito: “La medicina está en contacto con lo más problemático del ser humano, el fracaso, el dolor, la enfermedad, la finitud, la muerte. Manejar estas dimensiones sin gran desgaste exige no sólo madurez técnica, psicológica y ética, sino también humana, existencial. El médico ha de ser una persona muy sana espiritual o existencialmente, so pena de no poder ayudar a los demás en esos trances tan críticos”.

Actualmente se utiliza el término “Burn Out” para describir las consecuencias del proceso de ayuda y cuidado. Existen múltiples estudios referidos al tema (6, 9,

10, 21, 22), y su definición ha ido evolucionando según los autores y la evidencia. El término Burn Out suele traducirse al castellano como "Síndrome de desgaste profesional".

El primer autor en acuñar el término y ofrecer una definición es Freudenberg, quien lo define como "Un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado a la devoción de una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas" (Freudenberg 1974, en Aaron 2004) y considera el Burn Out como una reacción a la exposición constante a la tensión emocional que implica el trabajo en ámbitos principalmente asistenciales que se da en personas con una fuerte vocación de servicio

Posteriormente, Maslach y Jackson (1981) redefinen este síndrome como "una respuesta a un estrés emocional cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar".

Esta respuesta se caracterizaría por: un sentimiento de desgaste o agotamiento emocional, actitudes deshumanizadas llegando a la despersonalización en el trato con los demás y disminución o falta de sentido de realización personal. Se presentarían, además, síntomas conductuales, somáticos, interaccionales, así como síntomas psicológicos, impacto en la vida espiritual e intensos sentimientos de ineficacia y desesperanza (6, 9, 21, 22).

En 1994 Filgueira Bouza (citado en Barrionuevo, 2011) ofrece una nueva definición: "Es un síndrome de agotamiento físico y emocional que afecta a los profesionales de servicios humanos generando una incapacidad laboral y sentimientos de impotencia para enfrentarse a la tarea. Sus manifestaciones más significativas son el desarrollo de una imagen negativa de sí mismo y, frente al trabajo, falta de interés por los usuarios del servicio, que proviene del estrés desencadenado por la dedicación laboral en condiciones de trabajo deficientes y del contacto con determinados elementos contextuales del entorno laboral, y como consecuencia de los altos niveles de tensión en el trabajo, frustración personal e inadecuadas aptitudes de enfrentamiento a las situaciones conflictivas".

La clasificación internacional europea de la salud mental CIE-10 ubica este síndrome como: problemas para afrontar la vida, falta de relajación o tiempo libre. Y la clasificación americana DSM-IV, como problemas de adaptación (21).

De todas las definiciones revisadas se desprende que uno de los principales síntomas tiene relación con el impacto en la relación clínica. Como afirma

Aarón (2004), "El trabajo clínico comienza a presentar problemas como excesivo distanciamiento de los pacientes, hostilidad, apresuramiento del diagnóstico y tratamiento". En esta línea los fenómenos de "fatiga de compasión" o "desgaste por empatía" han sido considerados como una forma de Burn Out o como una consecuencia del mismo (9).

Por su parte, Norambuena (2006) afirma que el síndrome de desgaste profesional actualmente estaría representando un problema social y de salud pública, ya que al estar asociado a un inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo dañaría la calidad de vida de la persona que lo padece disminuyendo su calidad asistencial.

De este modo, se deduce que este conjunto de síntomas, definido, revisado y descrito como Síndrome de Burn Out, podría actuar como una grave amenaza al cimiento de la actividad profesional en salud; *la relación clínica*, y por lo tanto afectar la calidad de la atención de aquel profesional dedicado, disciplinado y prolijo exponiéndolo a ser dañado precisamente por aquello que lo hace competente: su vocación y pasión por el servicio.

AUTOCUIDADO

Para hablar de autocuidado es imprescindible el reconocimiento de estar en riesgo, y reconocer la situación de riesgo es a su vez aceptar la condición de vulnerabilidad. "El término vulnerabilidad encierra una gran complejidad. Hace referencia a la posibilidad del daño, a la finitud y a la condición mortal del ser humano" (24).

Tomando las palabras de Lydia Feito (2007), "El ser humano es, por tanto, vulnerable y frágil por su misma condición corporal y mortal, pero también por su capacidad de sentir y pensar, de ser con otros y de desarrollar una conciencia moral. La vulnerabilidad no sólo hace referencia a la dimensión biológica sino también a la historia del individuo en relación con otros, al daño derivado de la relación con otros".

Todos los sentimientos que afloran al ser testigos del dolor, el sufrimiento, la muerte, la impotencia y la desesperanza, son manifestaciones de nuestra vulnerabilidad y los profesionales abocados a la tarea de servicio, por tanto, deben reconocer en primera instancia esta condición de ser vulnerables para poder desarrollar estrategias que permitan mitigar los efectos de su labor.

De acuerdo con ello, y parafraseando al profesor Juan Pablo Beca (2004): "El médico, y todo profesional de la salud, necesita tener incorporadas, como carácter o virtudes personales ciertas condiciones de valores, equilibrio y salud mental para ser capaz de ayudar a otros en sus propios procesos de curación".

Según la evidencia, una de las estrategias descritas para amortiguar las consecuencias de la labor profesional, del desgaste emocional y del ya expuesto Síndrome de Burn Out es la práctica del Autocuidado (6, 9-12).

El concepto de Autocuidado tiene su origen en la salud pública, y más específicamente desde la práctica de la enfermería. Según Orem (citado en Morales, 2003) Autocuidado se define como “aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario”. El Autocuidado, por tanto, “no es una actitud azarosa ni improvisada sino que una función reguladora que las personas desarrollan y ejecutan deliberadamente con el objeto de mantener su salud y bienestar” (6).

Se han descrito variadas estrategias de Autocuidado que van desde aquellas centradas en la persona del profesional (6, 10, 11), en el fortalecimiento de los equipos de trabajo (6), en la responsabilidad de las instituciones para ofrecer condiciones que minimicen los riesgos en los profesionales así como espacios de contención garantizados para los trabajadores (6, 11, 12, 22, 26), y las estrategias centradas en la formación de profesionales de la salud en temas dedicados al reconocimiento del desgaste en su labor, así como en el entrenamiento de habilidades relacionales para el mejor desempeño en la práctica asistencial (1, 9, 13, 22).

Las estrategias centradas en la persona del profesional aluden principalmente a la posibilidad de visualizar oportunamente los malestares y síntomas de agotamiento emocional, así como la descompresión o vaciamiento, que se refiere a la oportunidad de compartir con los pares y el equipo las emociones asociadas a la carga de trabajo cotidiano, la mantención de redes de apoyo personales y protección de áreas libres de temas laborales.

Si bien todas las estrategias descritas son alternativas viables tanto en la prevención como en la intervención del Burn Out, para que sean efectivas se requiere que la persona sea capaz de reconocerse como un ser vulnerable, en riesgo de ser afectada emocionalmente por su trabajo y su dedicación, y en ello sea capaz también de encontrar las mejores herramientas para su cuidado personal, y esto es parte ineludible de su responsabilidad.

RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL AUTOCUIDADO

“... la frase “médico, cúrate a ti mismo” ha comenzado a tener un nuevo significado, el de cuida de ti mismo, atrévete a ser autónomo, a tener cuidado de ti mismo

y no endosar sobre los demás lo que son obligaciones tuyas” (13).

La exposición a la fragilidad de la vida, a las obligaciones profesionales, a las experiencias de limitación e impotencia requieren una “actitud de cuidado” que depende de la sensibilidad ante el sufrimiento o la necesidad de otro ser humano y surge del mutuo reconocimiento como seres vulnerables. El reconocimiento de esta vulnerabilidad ha llevado a la afirmación de la existencia de un compromiso moral denominado “responsabilidad”, y que es la clave ética de nuestro tiempo (27, 28). Es así como tanto la fragilidad como la vulnerabilidad exigen de los profesionales un gran compromiso, no sólo técnico sino también ético (13) que demanda del reconocimiento y dedicación a su propia persona, como agente central del cuidado de otros, en la valoración de los procesos individuales y la posibilidad de generar estrategias que le permitan hacer frente a las exigencias de su labor, en la búsqueda de la mejor práctica y el logro de la excelencia.

Según Gálvez (2008), también sería una responsabilidad de autocuidado exigir a las instituciones de salud que velen por el cuidado de los profesionales, como una responsabilidad social ya que de no proveer los mecanismos protectores y correctores se verían vulnerados los derechos de los pacientes a una atención de calidad.

La responsabilidad profesional conlleva este compromiso en el logro de la excelencia, y así como asevera Lydia Feito (2007), “la búsqueda de la excelencia es una exigencia ética”.

CONSIDERACIONES FINALES

El sentido primero y último de la labor de servicio implica responsabilidad con el otro que sufre, pero además con sí mismo. Para educar la responsabilidad del paciente sobre su salud es imprescindible reconocer los propios estados de necesidad. Si no es de este modo no podría concebirse la tarea de cuidar de otros en estado de vulnerabilidad si el propio profesional se encuentra emocionalmente vulnerable.

¿Qué pasa entonces con el interés, la pasión vocacional, la práctica, la técnica, la deliberación, en un contexto de desmotivación y desesperanza?

Es por ello que la propuesta de este artículo radica en tomar en consideración el compromiso ético del quehacer profesional en cuanto a la atención de pacientes y en cuanto a sí mismo. Lo que implica un trascendental primer paso; la reflexión sobre el reconocimiento de la condición de vulnerabilidad y los potenciales riesgos a los que se encuentra expuesto por su

labor, y en segundo término aceptar la responsabilidad individual del propio cuidado, con el objeto de proteger y cautelar la indemnidad personal tanto en beneficio de su bienestar como de su responsabilidad ética en la búsqueda de la excelencia profesional.

REFERENCIAS

1. Beca JP. El sentido de las profesiones de la salud. Rev Academia S. V. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo 2006; 1
2. Jinich H. La Relación médico-paciente. Medicina Universitaria. UCSD Medical Center, División de Gastroenterología, San Diego, California 2002; 4(14): 36-42
3. Jinich H. El paciente y su médico. Ed. Alfíl, México, 2006
4. Mardomingo MJ. El vínculo con el paciente como clave del arte de curar. Seminario sobre Relación medico-paciente en pediatría. Madrid, 2008
5. Rosselot E. El derecho a una atención médica de buena calidad. Rev Méd Chile 2000; 128(12): 1385-1388
6. Aarón AM, Llanos MT. Cuidar a los que cuidan. Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Sistemas Familiares 2004; 20(1-2): 5-15
7. Rosselot E. Aseguramiento de la calidad profesional. Un nuevo marco ético para el ejercicio de la Medicina. Rev Méd Chile 1999; 127(11): 75-83
8. Rosselot E. Derechos del paciente, en el marco de calidad de la atención médica. Rev Méd Chile 2000; 128(8): 904-910
9. Bascuñán ML. La persona del médico y su propio cuidado. Rev GPU 2008; 4(3): 320-325
10. León CA. Cuidarse para no morir cuidando. Rev Cubana Enfermer 2007; 23(1): 1-8
11. Morales G, Pérez J, Menares M. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. Rev de Psicología de la Universidad de Chile 2003; XII(1): 9-25
12. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. Enferm Intensiva 2000; 11(3): 136-41
13. Gracia D. Medice Cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo CXXI. Cuaderno Primero, 2004
14. Gracia D. La relación clínica, en Bioética Clínica. El Buho; San José de Bogotá, Colombia, 1998
15. Lazaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra 2006; 29(3): 7-17
16. Gracia D. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En: Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Serie Publicaciones, 2000
17. Beca JP. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. Ética de los Cuidados 2008; 1(1)
18. Gracia D. Ética y responsabilidad profesional. En: VV.AA. La responsabilidad de los médicos y centros hospitalarios frente a los usuarios de la sanidad pública y privada. Fundación de Ciencias de la Salud/Editorial Doce Calles, Madrid, 1994
19. Burbinski B, Naser MA. Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. Arch Argent Pediatr 1999; 97(1): 43-46
20. Román B. Ética y atención al paciente. SE AUS Documento de clases magister, 2011
21. Barrionuevo O. Identificar: cuáles son las diferencias y similitudes del Burn out, con el estrés laboral. Primer simposio virtual del dolor, medicina paliativa y avances en Farmacología del dolor, 2001
22. Norambuena X. Síndrome de Burnout: una alerta. Reumatología 2006; 22(4): 147-154
23. Maslash C, Jackson S. Maslash Burnout Inventory. Consulting Psychologist Press, California, 1981
24. Feito L. Vulnerabilidad. Anales del sistema sanitario de Navarra 2007; 30(Supl 3): 7-22
25. Beca JP. Médico, cúrate a ti mismo. <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2004/10/médico.pdf>
26. Gálvez A, Martínez Ques AA. Evidencias y Seguridad. Cura te ipsum. Evidentia 2008; 5(20)
27. Feito L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. Enfermería clínica. 2005; 15(3): 167-74
28. Turoldo F, Barilan M. The Concept of Responsibility: Three Stages in Its Evolution within Bioethics. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2008; 17: 114-123

INVESTIGACIÓN

RECONOCIMIENTO DE PADRES BIOLÓGICOS DE BEBÉS A TRAVÉS DE FOTOGRAFÍAS

(Rev GPU 2013; 9; 1: 91-94)

Fernando Maureira Cid¹

El reconocimiento de rostros depende de la actividad de un conjunto determinado de circuitos cerebrales en la región temporal inferior y donde el hemisferio derecho parece ser más eficaz. La finalidad de la presente investigación es conocer el nivel de acierto en el reconocimiento de los padres biológicos de bebés a través de fotografías de los rostros de los infantes y sus posibles progenitores. La muestra está conformada por 84 estudiantes universitarios de la carrera de educación física, de los cuales el 79,8% son varones y el 20,2% son damas. Los resultados muestran que los porcentajes de identificación oscilaron entre 7,5% y 48,8%. No se observan diferencias significativas en los aciertos según sexo de la muestra, ni entre sujetos que ya eran padres y aquellos que no.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas sensoriales permiten conocer e interactuar con el mundo, de manera de generar conductas que sean adecuadas para las diversas situaciones a las cuales los organismos son expuestos. Cada sistema vivo posee ciertas preferencias sensoriales, es decir, cuenta con sentidos más desarrollados para su interacción con el entorno. En el caso del ser humano, la visión corresponde a ese sentido, ya que nos entrega información sobre la forma, color y movimiento de los objetos, además de ayudarnos en el movimiento voluntario y el control del equilibrio.

La información visual viaja desde la retina al núcleo geniculado lateral del tálamo y luego alcanza la corteza visual primaria (V1) ubicada en el lóbulo occipital. Recordemos que la retina cambia el arriba y abajo de la escena visual, de manera que la información viaja invertida. Al llegar a V1 la imagen se voltea nuevamente de manera que se orienta de la misma forma que el objeto en el entorno. Además cada corteza visual (derecha e izquierda) recibe exclusivamente la información del campo visual contralateral (Kandel *et al.* 1997). En V1 se procesa la información referente al cambio de dirección de los bordes (Kandel *et al.* 2000). Esta corteza proyecta hacia otras regiones del cerebro como la corteza V2 que

¹ Docente Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Internacional SEK de Chile. Correspondencia: maureirafernando@yahoo.es

continúa con el análisis de los bordes de la imagen y la corteza V4 que analiza la forma y color del objeto (Bear *et al.* 1998).

La corteza V4 proyecta hacia la zona temporal inferior donde se procesa información relacionada con la combinación de colores y formas, incluyendo estructuras como las manos y rostros. En esta área existen neuronas que disparan potenciales frente a las caras y otras de ellas se activan con las expresiones faciales, incluso algunas son tan selectivas con características como la separación de ojos o la familiaridad de los rostros (Kandel *et al.* 2000).

El reconocimiento de rostros y expresiones faciales es una característica distintiva y fundamental en nuestra sociabilización, tanto así que observamos a los niños distinguiendo rostros y gestos antes que otros objetos (Salinas y Larraguibel, 2011). Por su parte, McGugin *et al.* (2012) mostraron que las mujeres son mejores en el reconocimiento de seres vivos (diferentes tipos de animales, plantas y hongos); en cambio los hombres son mejores para reconocer máquinas (vehículos, aviones y motocicletas). También se ha observado que el hemisferio derecho parece ser más eficaz en el procesamiento de información visual de los rostros (Schmitt *et al.* 1997) y existe una mayor utilización de la información de la región de los ojos para el reconocimiento facial (Haig, 1986).

Nuestro sistema nervioso está desarrollado para el reconocimiento de un gran número de caras durante nuestra vida (Lopera, 2000). El procesamiento de la información del rostro posee un primer paso de construcción del percepto facial, que corresponde a la codificación de las características del rostro. Luego en un segundo paso opera el reconocimiento facial, y posteriormente se produce una activación de la memoria semántica. Finalmente, en un cuarto paso, se produce el acceso memorístico al nombre del sujeto (Bruce y Young, 1986).

Si el cerebro posee patrones de reconocimiento de rostros, ¿será posible reconocer ciertas características faciales de niños que puedan haber sido heredadas de sus padres? En otras palabras ¿los niños presentan características faciales que permitan reconocer a sus padres biológicos?

La finalidad del presente estudio es conocer el nivel de reconocimiento de los padres biológicos de un bebé a través de fotografías de rostros de los mismos. También se desea conocer si existen diferencias en los resultados según el sexo de la muestra y entre sujetos que son madres o padres y sujetos que no lo son.

METODOLOGÍA

MUESTRA: Constituida por 84 estudiantes de la carrera de pedagogía en educación física de la Universidad Intercontinental SEK de Santiago de Chile. La edad promedio de la muestra es de 23,5 años ($ds=3,61$). Del total, 67 (79,8%) son varones y 17 (20,2% son damas). De ellos, 21 (25,0%) corresponden a estudiantes de 2º año, 12 (14,3%) a tercer año y 51 (60,7%) a 4º año. En cuanto a relaciones de parejas, 43 (51,2%) dicen estar solteros, 36 (42,9%) tienen pareja, 4 (4,8%) están comprometidos y 1 (1,2%) está separado. Finalmente, en relación con el número de hijos, 68 (81,0%) dicen no tener hijos, 14 (16,7%) tienen un hijo y 2 (2,4%) tienen 2 hijos.

INSTRUMENTO: Se utilizó una set de fotografías de rostros de bebés de menos de 1 año de vida (se obtuvo la autorización de los padres para usar sus fotografías y de su hijo). La imagen del bebé se encontraba rodeada de cinco fotografías de rostros de mujeres y se pedía a la persona que identificara a la madre del niño. Luego se realizaba lo mismo con fotografías de hombres y la identificación del padre. En total se usaron las fotografías de cinco bebés.

La prueba se realizó en forma personal, mostrando las imágenes en una pantalla de computador. Los participantes rellenaban una hoja de datos sociodemográficos y las respuestas a cada una de las imágenes de madres y padres. La duración fue de 10 minutos por sujeto.

Análisis de los datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS 16.0 para Windows. Se aplicaron pruebas de estadística descriptiva y pruebas de proporciones.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran las respuestas de los estudiantes universitarios en relación con la maternidad y paternidad de bebés presentados en fotografías.

Las respuestas correctas eran para la madre del bebé N° 1 la alternativa 2 y para el padre la alternativa 4. Para el bebé N° 2 en la madre era la opción 4 y el padre la opción 3. La madre del bebé N° 3 era la alternativa 1 y el padre la alternativa 2. Para el bebé 4, la madre correspondía a la respuesta N° 4 y el padre a la respuesta 5. Finalmente, para el quinto bebé la madre era la alternativa 5 y el padre la alternativa 2.

Tabla 1
PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE LAS FOTOGRAFÍAS DE MADRES Y PADRES DE CADA BEBÉ

		Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	Alternativa 4	Alternativa 5
Bebé 1	Madre	42,5%	7,5%	17,5%	16,2%	16,2%
	Padre	8,6%	20%	3,8%	48,8%	18,8%
Bebé 2	Madre	23,8%	6,2%	15%	16,2%	38,8%
	Padre	6,2%	25%	37,5%	27,5%	3,8%
Bebé 3	Madre	37,5%	6,2%	21,2%	11,2%	23,8%
	Padre	12,5%	47,5%	18,8%	8,8%	12,5%
Bebé 4	Madre	5%	35%	27,5%	17,5%	15%
	Padre	23,8%	27,5%	5%	15%	28,8%
Bebé 5	Madre	35%	8,8%	26,2%	6,2%	23,8%
	Padre	33,8%	46,2%	6,2%	1,2%	12,5%

Podemos notar que existe un 7,5% y un 48,8% de identificación correcta de las fotografías de la madre y el padre del primer bebé respectivamente, un 16,2% y un 37,5% en el segundo bebé, un 23,8% y 25% en el tercer bebé, un 17,5% y un 28,8% en el cuarto bebé y un 23,8% y 46,2% en el quinto bebé.

A continuación en la Tabla 2 se muestran los porcentajes de aciertos en la selección de los padres biológicos de los bebés detallados por el sexo de la muestra. Recordemos que el 79,8% corresponde a varones y un 20,2% a damas.

Tabla 2
PORCENTAJE DE ACIERTOS EN LA SELECCIÓN DE LA MADRE Y EL PADRE DE LOS BEBÉS POR SEXO DE LA MUESTRA

		Damas	Varones
Bebé 1	Madre	0 (0,0%)	6 (7,5%)
	Padre	6 (40,0%)	33 (50,0%)
Bebé 2	Madre	3 (20,0%)	10 (15,2%)
	Padre	6 (40,0%)	24 (36,4%)
Bebé 3	Madre	3 (20,0%)	27 (40,9%)
	Padre	8 (53,3%)	30 (45,5%)
Bebé 4	Madre	2 (13,3%)	12 (18,2%)
	Padre	5 (33,3%)	18 (27,3%)
Bebé 5	Madre	6 (40,0%)	13 (19,7%)
	Padre	7 (46,7%)	30 (45,5%)

En relación con la identificación de la madre y el padre del primer bebé no existen diferencias significativas según sexo de la muestra, con un $Z=-1,10$ y $Z=0,71$ ($p=0,05$) respectivamente.

La identificación de la madre y el padre del segundo bebé tampoco muestra diferencias según sexo, con un $Z=0,42$ y $Z=0,25$ ($p=0,05$) respectivamente.

La identificación de la madre y el padre del tercer bebé no muestra diferencias significativas según sexo de la muestra, con un $Z=-1,53$ y $Z=0,54$ ($p=0,05$) respectivamente.

La identificación de la madre y padre del cuarto bebé no muestra diferencias significativas según sexo de la muestra, con un $Z=-0,45$ y $Z=0,46$ ($p=0,05$), respectivamente.

Finalmente, la identificación de la madre y padre del quinto bebé no muestra diferencias significativas según sexo de la muestra, con un $Z=1,70$ y $Z=0,08$ ($p=0,05$), respectivamente.

En la Tabla 3 podemos observar el porcentaje de aciertos en la selección de las madres y padres de los bebés según la propia paternidad de la muestra (sujetos con hijos v/s sujetos sin hijos). Esto para conocer si existe incidencia de ser madre o padre en el reconocimiento de padres de otros bebés.

Tabla 3
PORCENTAJE DE ACIERTOS EN LA SELECCIÓN DE LA MADRE Y EL PADRE DE LOS BEBÉS POR PATERNIDAD DE LA MUESTRA

		Sin hijos	Con hijos
Bebé 1	Madre	5 (2,0%)	1 (7,1%)
	Padre	36 (51,4%)	3 (21,4%)
Bebé 2	Madre	11 (15,7%)	1 (7,1%)
	Padre	24 (34,3%)	6 (42,9%)
Bebé 3	Madre	24 (34,3%)	5 (35,7%)
	Padre	29 (41,4%)	9 (64,3%)
Bebé 4	Madre	12 (17,1%)	2 (14,3%)
	Padre	22 (31,4%)	1 (7,1%)
Bebé 5	Madre	15 (21,4%)	4 (28,6%)
	Padre	32 (45,7%)	5 (35,7%)

La identificación de la madre del primer bebé no muestra diferencias significativas según sexo de la muestra ($Z=-0,74$; $p=0,05$), pero sí las hay en el reconocimiento del padre ($Z=2,44$; $p=0,05$), donde los sujetos que no tienen hijos muestran mejores resultados.

La identificación de la madre y el padre del segundo bebé no muestra diferencias significativas según paternidad de la muestra, con un $Z=1,07$ y $Z=-0,61$ ($p=0,05$), respectivamente.

La identificación de la madre y el padre del tercer bebé no muestra diferencias significativas según paternidad de la muestra, con un $Z=-0,10$ y $Z=-1,68$ ($p=0,05$), respectivamente.

La identificación de la madre del cuarto bebé no muestra diferencias significativas según paternidad de la muestra ($Z=0,27$; $p=0,05$), pero sí las hay en el reconocimiento del padre ($Z=2,76$; $p=0,05$), donde los sujetos sin hijos presentan mejores resultados.

Finalmente, la identificación de la madre y padre del quinto bebé no muestra diferencias significativas según paternidad de la muestra, con un $Z=-0,56$ y $Z=0,72$ ($p=0,05$), respectivamente.

CONCLUSIONES

Los datos entregados en la presente investigación muestran que en ningún caso de reconocimiento de la madre o padre de un bebé mediante fotografías la muestra alcanzó un 50% de aciertos, siendo en algunos casos inferior al 5%. Estos resultados muestran poca capacidad de reconocimiento de patrones faciales que puedan haber heredado los hijos de sus padres.

También se observa que no existen diferencias significativas en este reconocimiento según el sexo de los sujetos de la muestra (excepto en un par de casos), pero en general la dificultad para reconocer el padre y la madre de un bebé se presenta en ambos sexos, al contrario de lo que se esperaba, ya que las mujeres muestran ser más eficientes para reconocer seres vivos (McGugin *et al.* 2012). Sin embargo, en el presente estudio muestran resultados muy similares a los varones en relación al reconocimiento de progenitores, tal vez porque estos dos procesos sean diferentes.

En relación al reconocimiento de los padres por sujetos que poseen hijos y aquellos que no, los datos

muestran que no existen diferencias fundamentales (incluso en un par de casos los mejores resultados fueron logrados por sujetos sin hijos). Esto parece mostrar que la propia paternidad no representa un factor que mejore el reconocimiento de padres en otros bebés.

Estos resultados muestran poca capacidad de discernir en rasgos faciales de padres e hijos con menos de un año de vida (al menos en fotografías), pero sería interesante ver si ocurre la misma situación en hijos más grandes, incluso en adolescentes y jóvenes donde ya se expresen las características sexuales secundarias, que puede significar una mayor afinidad física con los padres.

Resulta importante realizar más estudios en muestras más grandes y de mayor diversidad (ya que el presente trabajo se realizó sólo con estudiantes universitarios de educación física). Sería interesante observar resultados en carrera como ginecología y obstetricia, pediatría o educación de párvulos. También es necesario aplicar otros sistemas de reconocimiento de padres, tal vez con los sujetos en persona, ya que es posible que las fotografías distorsionen algunos rasgos faciales de reconocimiento.

REFERENCIAS

1. Bear M, Connors B, Paradiso M. (1998). Neurociencia. Explorando el cerebro. Barcelona: Masson Ed
2. Bruce V, Young A. (1986). Understanding face recognition. *Br J Psychol* 77, 305-327
3. McGugin R, Richler J, Herzmann G, Speegle M, Gauthier I. (2012). The Vanderbilt expertise test reveals domain-general and domain-specific sex effects in object recognition. *Vision Research* 69, 11-22
4. Haig N. (1986). Exploring recognition with interchanged facial features. *Perception* 15, 235-247
5. Kandel E, Schwartz J, Jessel T. (1997). Neurociencia y conducta. Madrid: McGraw-Hill
6. Kandel E, Schwartz J, Jessel T. (2000). Principios de neurociencia. Madrid: McGraw-Hill
7. Lopera R. (2000). Procesamiento de caras: bases neurológicas, trastornos y evaluación. *Revista de Neurología* 30(5), 1-5
8. Salinas R, Larraguibel L. (2011). Red neuronal de arquitectura paramétrica en reconocimiento de rostros. Disponible en <http://cabieta.uchile.cl/revista/17/articulos/paper4/>
9. Schmitt J, Hartje W, Willmes K. (1997). Hemispheric asymmetry in the recognition of emotional attitude conveyed by facial expression, prosody and propositional speech. *Cortex* 33, 65-81

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

EL PRE-PSICOANÁLISIS EN LOS ORÍGENES DE LA PSIQUIATRÍA CHILENA. EL CASO DE CARMEN MARÍN

(Rev GPU 2013; 9; 1: 95-100)

Pablo Santander¹, Jaime Santander²

El presente artículo revisa el primer caso psiquiátrico del que se tiene documentación en Chile, y el que, a la vez, es considerado el que da surgimiento a la psiquiatría chilena. Se describen las tres posturas frente al caso, haciendo un énfasis en señalar las concepciones que posteriormente serán retomadas por el psicoanálisis, por lo que aquí hemos denominado como pre-psicoanalíticas. Se rescata la profundidad de la argumentación y que, pese a no haber desarrollo previo en Chile, hubo un intento de elaborar un modelo de aparato mental y de funcionamiento psicológico de gran valor, que ha sido poco atendido hasta el momento por los psiquiatras nacionales. Postulamos que estos precoces acercamientos al funcionamiento mental pudieron contribuir a preparar el ambiente cultural que facilitó el precoz surgimiento del psicoanálisis en Chile.

INTRODUCCIÓN

Junto con la organización del estado que ocurrió luego de la independencia de Chile, una medida que fue importante en el desarrollo de nuestro país fue la decisión de traer desde el extranjero a intelectuales de distintas áreas del saber para así desarrollarlo. Fue así como llegaron ingenieros, arquitectos y también médicos con el fin de que hicieran una contribución y pudieran aportar desde sus áreas del conocimiento, ya que sin duda muchos de ellos aparte de estar en contacto con los progresos y saberes mundiales, en un

tiempo en que esto no era fácil, también tenían posturas personales de avanzada para la época. Es así como fueron fundamentales para nuestro país los aportes de don Andrés Bello, de Ignacio Domeyko, por nombrar algunos. En el área de la medicina J.J. Bruner representó un aporte, ya que, entre otras cosas, participó de la fundación de la Sociedad Médica de Santiago, fue partícipe de los comienzos de la *Revista Médica de Chile*, y, en el ámbito de las enfermedades mentales, propuso ideas que resultaron ser muy visionarias para su época. Lamentablemente no hizo escuela, y fue más bien como “Una estrella fugaz en la historia de la

¹ Psiquiatra, psicoanalista, miembro titular de APCh, docente psicología U. del Desarrollo. santander.pablo@gmail.com

² Psiquiatra, profesor asistente Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile.

psiquiatría chilena”³, pero sí ayudó en la formación de médicos notables como Augusto Orrego Luco, quien sí hizo escuela.

El nacimiento de la psiquiatría chilena fue promisorio. Pudiera considerarse tardía en comparación con países europeos, sin embargo no es posible hacer esa relación sin tomar en cuenta lo reciente del proceso de independencia y de la organización del Estado. Resulta llamativo que en sus inicios la discusión psiquiátrica y psicológica se encontró a un nivel de actualidad con los referentes de la época como eran Alemania, Francia y España. Esto gracias al contacto de profesionales con los avances y las discusiones que existían en el “viejo mundo” y por la mencionada contratación de profesionales de Europa y Latinoamérica. No obstante lo anterior, es llamativo lo poco estudiado que han sido los conceptos germinales de la psiquiatría chilena y el desconocimiento sobre su evolución. El doctor Armando Roa en su libro *Demonio y psiquiatría* considera que el primer psiquiatra chileno fue Manuel Antonio Carmona, por sus conjeturas y posturas aportadas en el caso de Carmen Marín, conocida como “la endemoniada de Santiago”. Este fue un caso público que conmocionó a la sociedad santiaguina. El aporte de Carmona consistió en descripciones que luego se analizarán, y en una defensa firme de que era un caso de enfermedad y no de posesión demoniaca. Carmona, aparte de esta contribución, fue también profesor de derecho y parlamentario de nuestro país. Si bien nos parece importante el rol jugado por este médico en la génesis de la psiquiatría, pensamos que no toma en cuenta todos los aspectos ni es justa en la consideración de los hechos de éste, el primer caso psiquiátrico bien documentado de la psiquiatría chilena. Lo anterior es dicho en relación a que no se considera el justo mérito que tuvo el mentado J.J. Bruner, quien fue parte de una ardua discusión, y que, a través de este caso, realiza un profundo análisis sobre el desarrollo patológico de Carmen Marín y describe un modelo de funcionamiento psicológico que hemos considerado como pre-psicoanalítico, en el sentido de desarrollar concepciones que más tarde constituirían aspectos esenciales del psicoanálisis. En el momento en que él publica su libro, el padre del psicoanálisis, Freud, tenía sólo 1 año. Más adelante exponemos los elementos teóricos que nos hacen plantear los elementos que nos parece que son tan promisorios en esta área.

³ Título de artículo a publicarse en *Rev. Medica de Chile* de los mismos autores.

Por lo pronto, deseamos recalcar la idea de que este caso (el de Carmen Marín) dio lugar a una fértil discusión social, pero también dio la posibilidad de exponer teorías psiquiátricas generadas en Chile, a la par con los desarrollos psicológicos mundiales. Es así, tal como ocurrió con el psicoanálisis que fue la historia la que generó sus comienzos, un caso de posesión demoniaca y la discusión sobre su posible causalidad histórica dio lugar al comienzo de la psiquiatría chilena. En el presente artículo quisiéramos llamar la atención sobre conceptos promisorios para los desarrollos posteriores a nivel mundial.

Conocido es que Chile tuvo una precoz y promisoriosa participación en el movimiento psicoanalítico. El primer artículo psicoanalítico latinoamericano fue escrito por un chileno, el Dr. Germán Greve, que en 1910 en un congreso de Buenos Aires presentó su trabajo “Sobre psicología y psicoterapia de ciertos estados angustiosos”, trabajo que es mencionado por Freud (1914) en “Contribuciones a la historia del movimiento psicoanalítico”. Posteriormente, el primer psicoanalista chileno que se formó entre los años 1920-1922, fue Fernando Allende Navarro, que en 1926 realiza la primera publicación analítica de un psicoanalista de habla castellana. El propio Freud le envió una nota estimulante y afectuosa. Este psicoanalista analizó al Dr. Ignacio Matte-Blanco, quien fundó la asociación psicoanalítica de Chile, la que fue reconocida por la Asociación Psicoanalítica internacional en 1949. Pensamos que esta precocidad y buena recepción del psicoanálisis puede, en parte, haberse facilitado por conceptos que ya habían sido discutidos dentro del medio chileno, situación que puede haber facilitado que algunos profesionales aceptaran posteriormente las ideas psicoanalíticas, esto es, que existiera un ambiente al que las ideas psicoanalíticas no le eran tan ajenas. Si bien las ideas descritas por Bruner no hicieron escuela, pensamos que de alguna forma permanecieron y se transmitieron en el medio, favoreciendo posteriormente que fuera éste un medio receptivo a ideas afines como fueron las proposiciones teóricas posteriores de Freud.

HISTORIA DEL CASO

A continuación quisiéramos relatar brevemente un resumen del caso que fue conocido como la endemoniada de Santiago. Casos de demonología fueron muy conocidos en el mundo entero por descripciones de siglos anteriores en Europa, y fue éste el primer caso clínico documentado en Chile.

El caso es como sigue (descripción hecha por Bruner⁴): *“Una joven de 18 años tiene ataques que no se pueden caracterizar. Cae súbitamente con convulsiones, se tuerce, se golpea, se despedaza sin lastimarse, pierde su conocimiento i desarrolla fuerzas extraordinarias; o no cae al suelo, sino que se queda sentada o recostada sin el menor vestigio de sensibilidad, habla cosas obscenas, profiriendo las palabras: monigote, bribón, beata bribona, puta, etc., hasta dicen que habla mal de Dios, llamando a Jesucristo bribón, i a la Virgen, bribona; ve a los sacerdotes que llegan a su cuarto, hasta sabe lo que hacen detrás de ella ... se exaspera horriblemente cuando le leen cosas sagradas o exorcismos en latín i se tranquiliza cuando se lo manda precisamente un sacerdote en el nombre de Dios... pronostica sin equivocarse en un minuto el día i la hora del próximo ataque. Vuelve en sí cuando un sacerdote le pone fin al evangelio de San Juan i ella aun lo indica para este fin, pero durante la lectura se exaspera en contorsiones horribles, las que se aflojan luego que llega a las palabras: “Y el Verbo fue hecho carne i habitó entre nosotros”.*

El obispo de Santiago, preocupado por la connotación del caso encarga al presbítero Zisternas para que estudie y resuelva el problema; para eso este último manda a buscar a los médicos que estén dispuestos para examinarlo. De acá se generan tres opiniones que nos parecen trascendentes y que son las que discutirán sus posiciones a través de los diarios y revista médica. Dos de éstos evaluaron personalmente a la Marín, y uno da su punto de vista a través del estudio de los distintos informes e historial clínico que se generó. A continuación pasamos a relatar estas tres posturas.

La primera postura fue la dada por el Dr. Benito García Fernández, nacido y formado en España, y que llega a la conclusión de que era un real caso de posesión demoniaca. Esta fue también la postura de la iglesia de la época. Es un estudio con cierta influencia de la frenología, hasta cierta medida teoría imperante en la época. En resumen, se considera a Carmen Marín una buena y amable mujer, que podría ser una buena esposa, pero que esta posesión le ha hecho la vida imposible. Existen en ella dos seres, una es Carmen Marín, una buena mujer, y por otro lado el demonio, un ser maligno que habita en ella, que la lleva a ciertas conductas que son contrarias a la moral de la época.

La segunda es la ya relatada postura de Carmona, quien considera que la mujer tiene una enfermedad, que él diagnostica como Histeria de tercer grado... En su análisis resalta la consideración de hechos biográficos de la paciente que pueden dar cuenta del padecer futuro de la misma. Es así como describe sobre su orfandad y desamparo, su crecimiento y contacto con prostitutas del puerto de Valparaíso, pero también Carmona se refiere a acontecimientos del ámbito sexual, que podían hacer entender mejor la importancia y la asociación con que los síntomas cedieran con la lectura de los versículos de Juan (y que un enamorado hubiera tenido este nombre). De esta consideración diagnóstica resaltan varios aspectos que nos parece que están dando cuenta de conceptos que posteriormente se desarrollarán, como es la idea de que las experiencias tempranas se relacionan con la psicopatología posterior. De esta concepción, a la idea de que la relación con los padres en los primeros años se transfiere a la situación del presente, como describió Freud al describir la idea de la transferencia, no es lejana. También la explicación sexual resulta muy interesante en cuanto a los desarrollos freudianos posteriores. La concepción de Freud de que las histéricas sufren de reminiscencias, es completamente compartida por los planteamientos pre-psicoanalíticos de Carmona. Otro elemento sería la simbolización de la paciente, en por ejemplo Juan y el verso de Juan, esto es, que la paciente asociaría el verso perteneciente a Juan con su experiencia con su enamorado, lo que le aliviaría sus síntomas, explicación que implica la concepción del inconsciente, aunque esta palabra no sea utilizada. Estamos de acuerdo con que éste no habla de transferencia ni de inconsciente, alude a estos conceptos, sin los cuales no es posible entender sus planteamientos (planteamientos realizados en 1857, a un año del nacimiento de Freud). El Dr. Carmona ubica la etiología de la histeria en el útero.

La tercera postura, y quizás la más impresionante de las tres, tanto por su desarrollo conceptual como por postular una coherente teoría del funcionamiento mental, y por no ser considerado por ningún estudio de la historia de la psiquiatría chilena, resultan los postulados de J.J. Bruner. Este médico alemán, contratado por el Estado chileno (recomendado, a nuestro juicio muy acertadamente, por Alexander von Humboldt) a diferencia de Carmona considera que el origen de la dolencia de la paciente es cerebral, y no dependiente de los ovarios o útero como lo describe Carmona. Bruner tuvo que enfrentar fuertes críticas por su postura, que, según él mismo explicita, es contrario al dualismo mente-cuerpo, considera que todas las expresiones del ser tienen una materialidad. Para la época ésta es una

⁴ En adelante transcribiremos trozos del texto “La endemoniada de Santiago o el demonio en la naturaleza i la naturaleza del demonio: una monografía médico-psicológica” de J.J. Bruner.

concepción realmente revolucionaria, que hizo frente a acusaciones de índole religiosa e ideológica. Aparte de esto, el primer punto de su estudio es una interpretación del sueño de la Marín, considerando que esta interpretación es probatoria de sus demás conceptos. Esto es realizado casi 50 años antes del libro *La interpretación de los sueños* y por ello creemos vale la pena detenerse en su explicación:

El inicio del cuadro clínico de la Carmen Marín se remite a la edad de 12 años, a un momento en que había sido autorizada por las monjas donde estudiaba para quedarse rezando en la iglesia; durante este momento escuchó hombres hablar afuera, los escuchó tan cerca que pensó que estaban adentro de la sacristía, también escuchó aullidos de perros, gatos y otros animales. Esto le generó gran angustia y ganas de correr e irse a su cuarto, pero resistió hasta que fue relevada. Ella no supo que pasó después, pero le contaron que luego se levantó durante la noche y empezó a pelear con las niñas, golpeando a las que pillaba. También cuenta que tuvo una pesadilla que consistía en que ella luchaba con el diablo.

Bruner hace la siguiente interpretación: *"la imájen del diablo durante su primer sueño es un fenómeno específico que decide para el porvenir el verdadero carácter de los paroxismos; i como esta imagen i no otra fue despertada en ella por lo acaecido en la iglesia, i como no tenía otro efecto pronunciado que el miedo, debemos indagar si acaso se puede encontrar alguna conexión interna, psicológica entre la imájen del diablo i el sentimiento del miedo"* (pág. 11), pero nos aclara: *"el endemoniamiento del Yo-mismo se ha desarrollado del sueño, pero no es idéntico al sueño"* (pág. 88) y nos explica partiendo del sueño que dio inicio al cuadro, cómo el demonio es una simbolización de lo malo y temido, y es ese temor arrollador el que produce una *"inmovilización cataleptica"* de ciertas partes del cerebro que desde entonces se alternan en su función en un inestable equilibrio con otras partes sanas. Vemos aquí una de tantas interpretaciones que hace Bruner del material psicológico, y todo ese acontecer se escapa al funcionamiento consciente. Resultan varios elementos muy interesantes: desde ya se aprecia que este caso permite a Bruner exponer un modelo psicológico propio del funcionamiento mental. Expone que la vivencia del sueño fue una experiencia con gran importancia en el posterior desarrollo del cuadro psicopatológico, dándole un lugar de gran importancia a los sueños, no como meros relatos nocturnos, sino verdaderas vivencias que pueden ser traumáticas para el psiquismo. Expone también el rol del simbolismo... Todas ideas que este autor se adelantó en proponer y que posteriormente el psicoanálisis desarrollará en distintas etapas.

Otro aspecto importantísimo es su descripción del modelo mental por él desarrollado y en su explicación del cuadro de Carmen resalta la concepción de mente escindida. Como lo describe él, habría varios yo dentro de cada individuo, que en el caso de Marín no estarían integrados. La idea de estos yoes se asemeja más a un concepto de *self* muy escindido, con poca integración. Así lo describe el propio Bruner: *"La calidad común a todas esas facultades es la subjetividad, i la reflexión de esta subjetividad en sí misma es el Yo. Así cada facultad mental tiene su propio yo mismo, de modo que hai un yo sensitivo, un yo imaginativo, un yo inteligente (conciencia de sí mismo) y un yo sentimental"* (pág. 12), y agrega que estos Yo fundamentales *"se reúnen en la sensación del individuo en un solo i único Yo, en la personalidad..."* (pág. 12). *"Las energías psicológicas de los cuatro órganos cerebrales se encuentran en una perpetua armonía mutua, en cuanto su independencia relativa lo permite..."* (pág. 13), y la pérdida de esta armonía sería causa probable de patología psíquica, lo que en este caso aborda en profundidad en el capítulo XVIII, al que llama: *"La fracturación de la personalidad i el cambio del Yo-mismo"* (pág. 74), lo que en relación al caso resume así: *"Vemos aquí un elemento puramente religioso como motivo de su resistencia, i si lo reducimos al yo de donde ha salido, debemos decir que la subjetividad religiosa de la joven luchaba contra el temor i sus consecuencias que la acosaban. Es esa la lucha de la Carmen contra la Carmen que se emprendió en su alma, una lucha repartida entre dos elementos, ambos pertenecientes a la misma unidad, - el Yo enemistosamente duplicado en medio de su unidad ideal"* (pág. 16). Para entender la importancia de sus argumentos hay que recordar que está combatiendo con un grupo importante de profesionales que estimaban que Carmen Marín realmente estaba poseída por el diablo y que no se trataba de una enfermedad, sino que requería un manejo de orden religioso. Mencionamos esto para comprender el paradigma existente.

Por otra parte, se manifiesta de acuerdo con las proposiciones del Dr. Carmona en torno a la consideración de la historia remota: *"Lo que en cierto modo nos concilia con el informe en cuestión, son algunas observaciones mui perspicaces que cual relámpagos iluminan momentáneamente el abismo confuso del trabajo entero. Estas observaciones, que se refieren a las reminiscencias que durante el ataque tiene la joven de unas relaciones amorosas con un tal Pascual i un tal Juan..."* (pág. 70). Nos explica además: *"Muchas veces una enfermedad crónica o aguda no es más que el punto protuberante de la disposición mórbida, que nace de la organización entera, penetrando a su vez todos sus sistemas i procesos. Pero la índole orgánica, que se nutre i edifica del mundo*

externo desde la primera evolución, tiene su historia, y así la particular historia del individuo es al mismo tiempo la historia de sus enfermedades" (pág. 9).

Otro elemento es que manifiesta su rechazo a que el origen de los síntomas sea uterino (como proponía el Dr. Carmona) proponiendo un origen cerebral. Aunque Bruner no niega que pudiera existir un "*verdadero histerismo esencial (sexual)*" que "*pueda asumir las formas variadas de todas las afecciones nerviosas juntas...*" (pág. 68) le parece que en este caso es evidente el origen cerebral y psicológico de los síntomas. Al hablar de histerismo menciona explícitamente: "*si consideramos el histerismo como una afección primitiva del cerebro, nos queda la inmensa pregunta que contestar, cual es la diferencia que existe entre esta afección cerebral específicamente histérica i las otras semejantes afecciones del sistema encefálico...*" (pág. 68).

Por último, Bruner desarrolla el concepto de magnetismo, explicando el fenómeno que se da entre dos individuos, en que una influye sobre otra más débil, produciendo una suerte de inducción de la primera sobre la segunda. De esta forma le asigna al presbítero una función dentro de las crisis presentadas por la Carmen Marín. Con este concepto, Bruner da cuenta de un complejo mecanismo que hoy podríamos pensar como un tipo de identificación por inducción, dentro de un conflicto más bien narcisista (Meltzer).

Hasta acá la discusión de las tres posturas desperatadas por el interés del presbítero de conocer sobre la situación presentada por esta mujer. La primera postura, que considera que en una personalidad normal se insertó el demonio, la segunda que la considera una patología, rescatando el simbolismo y la historia remota, hasta la última, en la que nos detuvimos más detalladamente.

CONCLUSIONES

A nuestro entender, los aspectos básicos de la comprensión de este caso se encuentran ya señalados por aquello que hemos denominado como los elementos prepsicoanalíticos. Estos son la concepción del inconsciente, escisión del self de una forma drástica, la identificación de un aspecto en un hombre maligno, la recreación de una situación de castigo o maltrato en la transferencia (explicada a través del mencionado magnetismo), la idea de la importancia de las vivencias precoces, etc.

Décadas más tarde Freud, a través de cuadros de histeria, primero en *Estudios sobre la histeria*, pero en forma más acabada en *El caso Dora* (1905), contenidos inconscientes, describe la transferencia y hace interpre-

tación de sueños de la paciente (técnica que ya había descrito en *La interpretación de los sueños* en 1900). En este caso había descrito que estas pacientes sufren de reminiscencias, refiriéndose a la historia vital de éstas. En este caso, "El caso Dora," Freud describe a una joven que presencia al padre establecer amoríos con la mujer de un matrimonio amigo, y a la vez recibir ella proposiciones amorosas del marido de esa señora. Freud inicialmente interpreta el complejo de Edipo, en que Dora estaría rivalizando con esa señora por el amor del padre, pero luego interpreta un complejo de Edipo negativo, en que la paciente rivaliza con el padre por el amor de la señora, Dora ocupando el rol masculino. Hemos querido recordar este caso para ejemplificar cómo los elementos que hayamos en Carmen Marín se encuentran sin integración, escindidos, y "malignizados." En Carmen Marín podemos pensar que en el inicio del cuadro la paciente se encontraba con importantes angustias que buscaba controlar a través de la oración nocturna, intentaba al estar en la iglesia aliviar sensaciones e impulsos que no lograba manejar. Estando en esta iglesia (madre) escucha unos hombres afuera, pero los escucha tan cerca que no sabe si están adentro o afuera generando gran angustia y a la noche soñando una lucha con el diablo. Pensamos que los elementos esenciales de la comprensión del caso están ya acá, en que se despierta el impulso sexual, pero el objeto de deseo pasa a ser una identificación deviniéndose ella en hombre maligno. Posteriormente se escenifica una escena primaria con fuertes elementos sadomasoquistas, escena primaria violenta, que daría cuenta de los elementos de las "crisis" que llamaron la atención del presbítero y que pensamos eran con fuertes elementos excitatorios y violentos, vividos muy escindidamente en el aparato mental.

Si bien no es el objetivo del trabajo hacer una interpretación del caso, éste lo realizamos justamente para mostrar cómo elementos importantes se encontraban ya en 1850. Nos parece que la imposibilidad generada de diálogo entre las distintas partes en disputa está relacionada en parte con el mismo mecanismo de escisión de la paciente, facilitándose este mismo mecanismo en los propios investigadores.

Aparte de comprender nuestra historia, y reposicionar en su justo lugar a los distintos hombres que han aportado a nuestros conocimientos de hoy, pensamos que esta reflexión tiene un sentido contingente porque tanto las conflictivas en torno a las discrepancias, la diversidad en los vértices, como este tipo de paciente, existen hoy en día y la propuesta de entendimiento tiene por sentido el cooperarnos con pacientes "endemoniadas" que nos consultan hoy en día.

REFERENCIAS

1. Arenas B. La endemoniada de Santiago. Caracas, Venezuela: Monte Ávila Editores, 1969
2. Arrué O. Orígenes e identidad del movimiento psicoanalítico chileno. En Cuarenta años de psicoanálisis en Chile. 1991. Editorial Ananke
3. Bruner JJ. Sobre la epidemia de 1851 en La Serena por el Dr. Brunner. Memoria trabajada en octubre de 1853, i presentada a la Facultad de Medicina en 1854. Anales de la Universidad de Chile 1854; 39-42
4. Bruner J. El cerebro de los animales i del hombre reducido a sus tipos fundamentales como símbolos de su función psicológica. Anales de la Universidad de Chile 1855; 674-684
5. Bruner JJ. La endemoniada de Santiago o el demonio en la naturaleza i la naturaleza del demonio: una monografía médico-psicológica. Santiago, Chile: Imprenta del Ferrocarril, 1857
6. Bruner F. Bibliografía del Dr. J. Juan Bruner. Santiago, Chile: Imprenta Universitaria, 1916
7. Carmona, MA. Carmen Marín, o la endemoniada de Santiago. Valparaíso, Chile: Imprenta y Librería del Mercurio, 1857
8. Cruz-Coke. Historia de la Medicina Chilena. Santiago, Chile: Editorial Andrés Bello, 1995
9. Cubillos L. Epistolario de Alexander von Humboldt con personajes vinculados a Chile. Revista Universum 2002; 17: 37-52
10. Freud, S. Estudios sobre la histeria. Obras completas, vol. II. Buenos Aires. Editorial Amorrortu. 1892-1895
11. Freud, S. Fragmento de análisis de un caso de histeria (caso Dora). Obras Completas, vol.VII. Buenos Aires. Editorial Amorrortu. 1905
12. Freud S. Contribuciones a la historia del movimiento psicoanalítico. Obras Completas. Buenos Aires. Editorial Amorrortu. 1914
13. Jara P. La endemoniada de Santiago. Santiago, Chile: Ediciones B (Vergara), 2010
14. Meltzer D. Claustum. Buenos Aires, Editorial Spatia, 1994
15. Orrego Luco A. Recuerdos de la Escuela. Buenos Aires, Argentina: Editorial Francisco de Aguirre, 1976, tercera edición
16. Roa A. Demonio y Psiquiatría. Santiago, Chile: Editorial Andrés Bello, 1974
17. Roa A. Un caso de posesión demoniaca en el Chile del siglo XIX: su trascendencia para el desarrollo de la psiquiatría chilena. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1991; 37(1): 78-79
18. Santander J, Santander P, Berner JE. José Juan Bruner: Una estrella fugaz en la historia de la psiquiatría chilena. Aprobado para publicación en Rev Med Chile, en prensa

CAMINANDO POR EL VALLE DEL ACONCAGUA

(Rev GPU 2013; 9; 1: 101-102)

Claudia Almonte ¹

A partir del libro *Modernidad y ambivalencia*, del conocido sociólogo contemporáneo, Zygmunt Bauman, comienza a tejerse esta reflexión.

La mirada bifocal de la vida, para el desempeño como psiquiatras, y más allá como ser humano, me da gran sentido y sensación de pasar del modelo plano al tridimensional, de la mirada del anatomopatólogo a la del astrónomo. Y con bifocal, me refiero, en el lente gran angular a la perspectiva más integrativa, panorámica, que incluye, junto a la psiquiatría, a otras áreas del saber, como lo son la sociología, la filosofía, la antropología, la literatura, las artes, la historia; profesionales que también han plasmado sus ideas en las páginas de esta Gaceta. El otro lente, de aumento, lo constituiría la profundización en detalles propios de la especialidad, de los que nos empapamos en los libros, los congresos, talleres, simposios.

Esta dualidad la vengo desarrollando espontáneamente, y me parece que enriquece mucho la comprensión del ser humano, la integración y coherencia de las miradas, en un mundo en que el sobreexceso de información, imposible de abarcar ni en varias vidas, va invirtiendo el sentido primario de que ciencia y tecnología estuvieran al servicio del hombre, y no al revés.

Por otro lado, tengo el privilegio de haber decidido vivir fuera, pero cerca de la capital (una ambivalencia). Fuera, para facilitar el logro de espacios de silencio, de calma, de mucha naturaleza, y cerca, para tener los beneficios de la gran urbe.

Es en las eternas caminatas en la quietud del valle del Aconcagua donde he podido decantar los filtrados imput, y dejar fluir el propio sentir y pensar, que muy

probablemente no será muy original; casi siempre alguien ya lo pensó antes; probablemente este sería el tercer foco del lente, la elaboración personal.

La posmodernidad ha traído como matrices la incertidumbre, la relatividad, la indeterminación y la inestabilidad. La edad de oro de la lógica y la razón ya se desvaneció, en parte con las dos guerras mundiales de principio del siglo 20, siglo, por lo demás, en que llegamos a la vida. Las grandes instituciones se derribaron por su propio peso, incluyendo a la iglesia, la política, los modelos económicos, que no han logrado resolver o dar respuestas a los grandes problemas del ser humano, y que se corrompieron por su afán de sometimiento, de poder, de control. Entonces, cada cual debe construir su vida de la mejor manera que pueda, como un traje a la medida, dando por un lado la sensación de libertad, pero a la vez de incertidumbre.

Otra forma de expresar esta pérdida de control, de falta de certezas, es la "ambivalencia"; este extraño personaje que es omnipresente en nuestras vidas y que nos atrae y repele al mismo tiempo.

El trasfondo de desesperanza de nuestra era es transmitido por gran parte de los grandes literatos contemporáneos. El fin de las utopías, que plantea Italo Calvino, en *El varón rampante*; el horror frente a la cultura que se respira en *Billar a las 9 y media* del premio nobel alemán Heinrich Böll; la convivencia entre la pasión y la repulsión que describe Patrick Süskind en *El contrabajo*; el espanto que pueden causar los seres humanos a otros en los cuentos completos de Primo Levi, y que traspasan al lector, teniendo casi un carácter

¹ clalmontek@gmail.com

profético de la sociedad del siglo 21... por nombrar sólo algunos.

En el plano de las artes, me impresionó una exposición fotográfica de Cindy Sherman, en que las gigantografías hablan por sí mismas, de la búsqueda dramática de la eterna juventud; sólo superficie, sólo capa córnea de la epidermis.

Sociedad posmoderna egoísta, centrada en el sí mismo, en el propio metro cuadrado, excluyente del adulto mayor, ansiosa de cuerpos perfectos inoxidables, intentando aplacar el sonido del gong interno que no deja de vibrar, comprando "cosas", o llenándose de información y cultura, consumiendo lujo, o escalando en prestigio, sin ver o incluso pasando sobre el otro.

Entonces, la necesidad de densificar las experiencias de la vida surgen como un "must", como dicen los ingleses.

Por otro lado, las redes sociales, que han traído tantos beneficios, como el transparentar la información, evidenciar lo que ocurre segundo a segundo, y en forma instantánea y simultánea en todo el globo terráqueo, favorecer el pensamiento en red, no perder el contacto por distancias geográficas, tener "presente" a través de teleconferencias a importantes personajes, entre otras, también, a mi parecer, han banalizado la profundidad de los encuentros cara a cara, la intimidad, el compromiso tangible, más que el virtual. En cierta medida, tal vez favorezcan un pseudocontacto que encubre el patrón evitativo de base...y entonces el avance, la sofisticación de los aparatos y la velocidad de conexión, pierden el objetivo de dejarnos más tiempo, ¿para las relaciones más profundas? Nuestra realidad aparece tan analógica a la hiperactividad de las tortugas o la lentitud de los guepardos, mejor conocidos como chitas. Algo no cuadra...

Y es entonces que la necesidad de tener algunas certezas, algunas bases, sobre las cuales construir este sin fin de posibilidades, me hace sentido. Tal como en el concretismo de nuestra anatomía, que se sustenta en un esqueleto, la calavera que todos llevamos dentro, y que en el transcurrir de los años se va haciendo evidente, porque empieza a dibujarse en los pómulos, o porque la sentimos, cuando antes era silenciosa, desde mi mirada cierta base o sustento para darle sentido a la experiencia la brindarían los vínculos seguros y amorosos y el desarrollo de la espiritualidad. Con vínculos seguros y amorosos me refiero a aquellos que se tejen con quienes se cuenta, que aceptan la totalidad del otro, calce o no con lo que se espera, frustre o no, que va sobre las circunstancias y que, en definitiva es acción; que respeta los límites del otro, que busca su felicidad, que no vienen con ticket de cambio. Éstos serían los que se pueden mirar con el foco que amplía el detalle, que se especializa en conocer al otro. En el foco telescópico se puede mirar la espiritualidad, aquello que trasciende al aquí y ahora. Espiritualidad no manipuladora, sometedor, ni controladora o culpógena; sino habilitadora, liberadora y capaz de dar plenitud, sentido y esperanza a la vida.

A través de estos caminos quizá se pueda sobrellevar esa situación de desdomiciliados que nos ha traído la posmodernidad y nos devuelva desde la carnavalización de la plaza, al domus, sin máscaras, tal como somos.

Entonces la situación de extrañeza, donde son poco claros los significados de la mayoría de las cosas y sus futuros borrosos, puede tener un alivio.

Termino mi reflexión con las palabras del apóstol Pablo: "es pues la fe la certeza de lo que se cree"...

Y ahora, el silencio.

ASESINOS EN SERIE

(Rev GPU 2013; 9; 1: 103-105)

José Francisco Alcalde

A ratos dejaría el ansiolítico de las referencias bibliográficas y usaría la lógica. Hay mucho artículo dando vueltas acerca del tema de la psicopatía. ¿Pero qué pasaría si planteamos como premisa del análisis: “todos los hombres transitamos continuamente por diversos Estados Psíquicos”? Primero: que en cada estado psíquico “Significamos” un cierto estímulo de una manera particular. De hecho, el mismo estímulo, aplicado a la misma persona, puede ser “Significado” de una manera diametralmente distinta si es que dicho sujeto está en un estado psíquico A o B.

Los estados psíquicos estarían determinados en base a tres variables básicas: Corporalidad, Aperturidad y Significación. Tanto la corporalidad como la aperturidad nos acompañan desde que somos seres vivos y han ido evolucionando de acuerdo con las variaciones ambientales. Por lo tanto, todo estado psíquico sería manifestación de un proceso evolutivo. Ambos conceptos son esenciales en la definición de “ser vivo”. La corporalidad hace alusión a la relación con el propio cuerpo y se manifestaría como una “irritabilidad” o reacción ante estímulos externos, incluso en los seres vivos más básicos. La Aperturidad sería la esencia de la vida porque todo lo vivo presenta una apertura al entorno, y todo lo que se relaciona activamente con su entorno está vivo. Asimismo, Apertura implica necesariamente variación de la misma. La variación de la apertura más característica en los hombres se da diariamente cuando estamos despiertos (o en estado cicloide) y en plena sintonía con el mundo; y cuando estamos durmiendo (o en estado esquizoide) y en plena sintonía con nosotros mismos y cerrados al entorno.

La psicopatología sería la acentuación y cronificación de algún estado psíquico. Para comprender esto,

debemos entender que todo lo “observable” en un ser vivo puede ser descrito en una Campana de Gauss: desde la estatura hasta el peso; desde el coeficiente intelectual hasta la disponibilidad de un cierto tipo de neurotransmisor, etc. Entonces también resultaría lógico que existieran distribuciones normales de corporalidad y aperturidad: desde el sujeto corporalmente más egosintónico (el que se siente mejor y más enérgico), hasta el más egodistónico (el que se siente tremendamente mal o incómodo o desganado); desde el más cicloide (el más extrovertido y sintónico con su mundo) al más esquizoide (el más retraído y extraño de todos los sujetos). Y esto es un criterio estrictamente poblacional, como cualquier distribución. Esto implica que al interior de una determinada cultura o época siempre existirán sujetos que se encuentran en estos extremos y cuyas conductas se manifestarán en la desadaptación. Por tanto, la inmensa mayoría de las psicopatologías existirán para siempre y no se extinguirán con el paso de las generaciones.

¿CÓMO COMPRENDER UN DEPREDADOR SERIAL?

Desde la Teoría de la Evolución Psíquica, los depredadores seriales presentarían un estado psíquico “llevado al extremo”. ¿Cuál es el estado psíquico adaptativo (y que por tanto se encuentra en sujetos estadísticamente normales) que está acentuado y cronificado (o extremado) en este tipo de psicópatas?

Para responder esta pregunta es necesario comenzar con otra aún más básica que se hace la mayoría de las personas: ¿Cómo puede alguien llegar a cometer este tipo de crímenes? Pareciera que a diferencia de otros tipos de asesinatos (como los motivados por celos, venganza, dinero, etc.), los perpetrados por los

asesinos en serie dejan perplejos a muchos. Esto nos da luces de que efectivamente para llegar a cometer un acto de esta naturaleza hay que ser de constitución “No cicloide”; ya que si fuéramos cicloides (es decir, abiertos y en sintonía con nuestro entorno y mundo), inmediatamente estaríamos frenados por aquella significación que viene fuertemente de nuestra cultura que dicta “matar por placer es horroroso”.

De acuerdo con lo anterior, la primera hipótesis “falseable” es que los asesinos en serie son sujetos no cicloides, es decir, nunca serán personas altamente extrovertidas o adaptadas a su grupo de pares. De hecho, serían rechazados o simplemente considerados como personas raras. Sé que a la mente de muchos se les viene a la cabeza casos como el de Ted Bundy. Pero quiero ser categórico en esto: Ted Bundy no es una excepción (si lo fuera, invalidaría automáticamente toda mi hipótesis). Él era una persona que en primera instancia se veía bastante normal. A pesar de mostrarse como un sujeto “encantador” –con gestos y con el discurso de una persona aparentemente cicloide–, fue rechazado por su grupo de pares. No logró adaptarse a la universidad; y quienes tuvieron contacto más cercano con él decían que había algo extraño y desagradable que se observaba tras una interacción un poco más profunda. Además, es importante considerar que la madre (o hermana) de Ted Bundy era una mujer encantadora también. Y es así como podemos ver que bajo una aperturidad no cicloide (o intermedia) se internaliza con fuerza un modelo particular de persona. De hecho, si la madre de Bundy no hubiera sido una mujer simpática, que dialoga con gestos normales, él tampoco lo habría sido.

Con respecto a la corporalidad, es claro que para cometer un acto de extrema violencia se requiere de una corporalidad “positiva”, es decir, caracterizada por un elevado nivel de energía y por la egosintonía (sentirse físicamente bien). Al contrario: si nos sintiéramos mal y si tuviéramos un bajo nivel de energía, no llegaríamos a cometer un acto de violencia. Sin duda que preferiríamos descansar. Podemos agregar que bajo un estado psíquico caracterizado por una corporalidad negativa, uno es más susceptible al temor, lo que no se condice con la actitud desinhibida manifestada por un psicópata al momento de torturar o matar a otro.

En suma, y respondiendo a las preguntas que guían nuestra búsqueda: tenemos que el estado psíquico de aquel que está cometiendo un asesinato de esta naturaleza es el de una Aperturidad no cicloide y una corporalidad positiva (enérgica y egosintónica).

Entonces ya contamos con un punto de partida para analizar la segunda parte de la pregunta guía, y la reformularemos del siguiente modo: ¿Cuáles son los

estados psíquicos adaptativos propios de una aperturidad no cicloide y una corporalidad positiva?; en otras palabras, ¿el estado psíquico que se encuentra acentuado en el asesino serial se da en sujetos normales?

El estado psíquico más frecuente de un psicópata asesino serial se da también en personas normales justo antes de saciar un apetito voraz (y cuando estamos saciando el apetito). También se da justo antes del acto sexual (y durante el mismo). Y nos guste o no, y por poco político que esto sea, lo que tienen en común ambos desde un punto de vista evolucionista es la violencia. Hace miles de años, si queríamos saciar nuestro apetito, teníamos que acechar una presa, observarla en cada uno de sus movimientos, todo a fin de lograr someterla y controlarla, coronando el acto con una mordida en la tráquea o una fuerte estocada. Y lo mismo sucede con todo el proceso del acto sexual: no sólo tiene en común con el anterior esta “aperturidad intermedia” caracterizada por esa atención fija en un estímulo puntual y esa corporalidad positiva y enérgica, además tienen en común la agresividad y la violencia. De hecho, el macho que no se acercaba a su hembra con cierto ímpetu sin duda que se extinguió (no logró aparearse porque la hembra arrancó rápidamente o incluso lo golpeó). Asimismo, todos sabemos que cuando a un macho lo castran de inmediato deja de ser agresivo.

De acuerdo con lo anterior, los asesinos seriales serían depredadores al extremo. Y decimos “al extremo” porque todos los seres humanos seguimos siendo depredadores en cierto sentido. A su vez, las hembras, tienden a elegir a los machos más agresivos (y que corporalmente se ven fuertes). Por tanto, hasta cierto punto, es “adaptado” ser parcialmente un depredador. No sería extraño tampoco que la base biológica del acto de saciar un fuerte apetito fuera altamente similar a la de saciar el deseo sexual.

Tampoco es casualidad que a la mujer que amamos queramos darle besos. Y si seguimos avanzando en el continuo –ya menos adaptado– vemos que existen parejas que disfrutan con el sometimiento y con cierto nivel de golpes. En el extremo del asesino serial se ha visto que sienten placer sexual al devorar a sus víctimas o bien practicando necrofilia, siendo ésta una de las máximas expresiones del sentimiento de “control” tan buscado por el depredador, que tiene como fin último el sometimiento de su presa.

A lo anterior podemos agregar otro elemento que parece ser esencial en el análisis de la personalidad de los psicópatas depredadores. Éste dice relación con esa capacidad que tienen de “bloquear” emociones como la empatía o el temor: el depredador que acecha a su presa debe necesariamente hacerlo, de lo contrario

primarían en él emociones que para dicha situación serían desadaptativas. Si en el león primara el temor justo antes de atacar a la cebra, no atacaría y se extinguiría. Esto que parece tan lejano y tan primitivo, persiste hasta el día de hoy en sujetos estadísticamente normales (es decir, en la mayoría de los que leen este artículo).

Para demostrar lo anterior, quisiera exponer un ejemplo altamente elocuente. Hace un tiempo mi hija, de entonces 9 meses, estaba internada en el hospital con un virus sinsisial. Entre los exámenes, la kinesióloga y el entorno extraño, ella estaba muy dependiente de su madre, al punto que mi mujer ni siquiera podía levantarse para ir al baño, porque comenzaba a llorar de inmediato con mucha angustia. Estábamos pensando qué hacer para desconcentrarla. De pronto la enfermera entró con la mamadera. Mi guagua fijó su atención en la leche y, acercándola con sus manos, empezó a alimentarse. Entonces yo le dije a mi mujer “aprovecha ahora de ir al baño”. Ella se paró y fue tranquilamente. Mi guagua miró a su madre con indiferencia y continuó tomando su papa de manera voraz. Claramente su supuesta angustia se había bloqueado por completo desde el momento que vio a su “presa”.

El asesino serial experimentaría algo que todos sentimos, pero llevado al extremo de un continuo. En dicho continuo podemos ver que en uno de los límites está el más abúlico de todos los seres humanos, o el sujeto que se autodefine como “asexuado”. En el otro límite está el depredador.

Como anexo, quisiera agregar que existe otro estado psíquico adaptado caracterizado por la apertura intermedia y la corporalidad positiva (que implica sentirse físicamente de maravilla). Éste se da en el enamoramiento. Y así vemos que el adolescente que siente fuertes hormigueos por otro que le corresponde está claramente bajo una apertura intermedia: todo en él (ella) gira en torno al otro. Se experimenta casi como una obsesión. Andamos “en otra”, como si estuviéramos “volados”. Y por cierto que es adaptativo, si al fin y al cabo esta apertura intermedia caracterizada por la fijación intensa hacia un estímulo particular nos lleva a incorporar todo lo del otro. La base del desarrollo de lo anterior se halla en la relación madre-hijo.

Entonces no es casualidad que una aparentemente tierna adolescente, como Karla Homolka, pueda llegar a ser cómplice de un asesino serial. Dicha adolescente, sin saberlo, se había enamorado de un tremendo psicópata. Ella estaba obsesionada con él. Le hacía caso en todo y se transformaba en un apéndice de él. Las significaciones de Paul Bernardo y todo ese modo particular de comprender su entorno fue fácilmente asimilable por aquella adolescente embobada, que tenía una apertura tal que no le permitía volcarse al resto del mundo, y a las normales significaciones que rezan “matar y torturar por placer es horroroso”.

Por último, es importante mencionar que el estado psíquico propio de los psicópatas, caracterizado por la apertura intermedia y la corporalidad positiva, también puede ser inducido por el consumo de sustancias o alcohol. Inmediatamente después de consumir cocaína o beber tres vasos de whisky es posible que nuestra apertura se torne cicloide y nuestra corporalidad positiva. Es esperable que sujetos comúnmente tímidos se comporten de manera especialmente desinhibida bajo estos estados. Sin embargo, con el paso de las horas, la apertura no se mantiene cicloide y va tornándose intermedia. Es en este momento cuando algunos sujetos son más propensos a manejar a altas velocidades, arriesgando sus vidas; incluso son capaces de cometer delitos menores. De hecho, es altamente frecuente encontrar que los depredadores seriales abusaban principalmente del alcohol.

Por lo tanto, el asesino serial sería aquel que es constitucionalmente de apertura no cicloide (puede ser no cicloide de nacimiento o bien porque tuvo un accidente que le afectó alguna estructura cerebral), que además se encuentra en el extremo de la corporalidad positiva y que por último experimenta la significación depredadora de manera extrema.

A modo de ejemplo, si en la población total seleccionáramos al 1% menos cicloide; si de dicha muestra volviéramos a seleccionar el 1% de mayor corporalidad positiva; y si de esta nueva selección nos quedáramos con el 1% que experimenta la significación más depredadora, tendríamos a un asesino serial (1 en un millón, tomando el 1% de las tres distribuciones normales).

