



SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 9, VOLUMEN 9, Nº 2 JUNIO DE 2013

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

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

## IMPORTANTE

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

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

### SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

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

### SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

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

#### Solicitudes

CyC Salud Limitada

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

Fono: (56-2) 269 7517

\* Suscripción por 1 año (cuatro números).

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

Revisión · Investigación · Teoría

GACETA DE

# PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

## DIRECTOR ACADÉMICO

Dr. César Ojeda

## SECRETARIA ACADÉMICA

Ps. Anneliese Dörr

## EDITOR GENERAL

Dr. Alberto Botto

## SUB-EDITORES

Dra. Patricia Cordella, Dr. Paul Vöhringer

## SUB-EDITOR INTERNACIONAL

Ps. André Sassenfeld

## CUERPO EDITORIAL

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

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

---

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

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

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

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

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

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)



**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

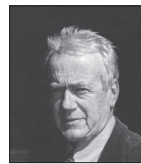
Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

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](http://drpolivos.googlepages.com)  
Actualmente médico psiquiatra en consulta privada y participante en el GDT de Psicoterapia en SONEPSYN (Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía).



**GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL**

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



**POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI**

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



**PEDRO RETAMAL C.**

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

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



**RAÚL RIQUELME VÉJAR**

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

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



**ARTURO ROIZBLATT**

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

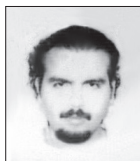
Miembro del Comité Editorial del *Journal of Family Psychotherapy*.



**SANDRA SALDIVIA**

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

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



**PABLO SALINAS**

Médico Psiquiatra. Egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Sede Occidente, Hospital San Juan de Dios. Posgraduado en psiquiatría adultos de la escuela de Medicina de la Universidad de Chile, Sede Oriente, Hospital del Salvador.

Miembro invitado de la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador.

Profesor de cátedra de psiquiatría, Universidad Bolivariana.



**ANDRÉ MICHEL SASSENFELD JORQUERA**

Psicólogo clínico, U. de Chile. Magister en Psicología Clínica (Psicología Analítica Jungiana) U. Adolfo Ibáñez. Diplomado en Psicología Jungiana y en Psicología Clínica Humanista-Existencial, Pontificia U. Católica. Formación adicional en psicoanálisis relacional (UNAB), teoría del apego (PUC) y psicoterapia corporal (UCH). Docente de pre y posgrado en el Dpto. de Psicología, U. de Chile; Escuela de Psicología, U. del Pacífico; y Escuela de Psicología, U. del Desarrollo. Integrante del Equipo Clínico Humanista-Existencial y supervisor clínico, CAPS, U. de Chile. Integrante del grupo Cuerpo y Vínculo, que imparte un programa formativo en psicoterapia corporal relacional. Instructor de kundalini-yoga y meditación.



**CATALINA SCOTT ESPÍNOLA**

Se graduó de Psicóloga en la Universidad Católica de Chile y realizó su formación de posgrado como psicoterapeuta psicoanalítica de adultos en el Instituto Chileno de Psicoterapia Psicoanalítica, ICHPA.

Ha realizado docencia de pre y posgrado en el ICHPA, en la Escuela de Psicología de la Universidad Andrés Bello en Santiago y Viña del Mar, y como Profesora Auxiliar en la Escuela de Psicología de la UC. Miembro del Colegio de Psicólogos de Chile.

Miembro de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Acreditada como psicoterapeuta y supervisora por la Comisión de Acreditación de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica.

Ha presentado y publicado sobre psicoterapia psicoanalítica, género y psicoanálisis relacional y otros temas ligados a la cultura. Ha colaborado en revistas especializadas y medios de comunicación comentando libros de divulgación vinculados al psicoanálisis.



**HERNÁN SILVA IBARRA**

Médico Psiquiatra. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Miembro del Subcomité de Magister en Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Miembro del Comité Editorial de *World Journal of Biological Psychiatry*. Estudió Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile y obtuvo la especialización en Psiquiatría en la misma universidad. Efectuó estadía de perfeccionamiento en la Universidad Complutense de Madrid. Ha sido Director de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (Departamento de Psiquiatría Norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile), Profesor Adjunto de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Editor de la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y Presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Sus investigaciones y publicaciones se orientan principalmente al estudio de las bases neurobiológicas de la esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y de la personalidad.



**LUIS TAPIA VILLANUEVA**

Médico Psiquiatra Universidad de Chile. Terapeuta Familiar y de Pareja. Docente y Supervisor Unidad de Terapia de Pareja, Instituto Chileno de Terapia Familiar. Supervisor Clínico, Unidad de Psicoterapia de Adultos, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Católica.

Miembro de la Society for Psychotherapy Research.

Miembro de la International Society for Humor Studies.

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



**BENJAMÍN VICENTE**

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

Jefe Servicio Psiquiatría Hospital Guillermo

Grant Benavente, de Concepción.

Bachiller en Filosofía (Universidad de Concepción).

Médico Cirujano (Universidad de Chile).

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

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



**MARIO VIDAL CLIMENT**

Estudios en Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Título: médico-cirujano, marzo de 1952.

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

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

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

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

*Libros publicados:*

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

*Temas de Psiquiatría*. Edit. LOM 1999.

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



**HERNÁN VILLARINO HERRERÍA**

Médico Psiquiatra (Universidad Complutense de Madrid). Magister en Filosofía (UAH). Master en Bioética (Institut Borja-UDD). Diplomado en Teología (UAH).

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



**PAUL VÖHRINGER C.**

Médico-cirujano USACH. Especialidad de Psiquiatría Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B". Profesor Asistente Psiquiatría Departamento Psiquiatría Sede Norte Universidad de Chile. Miembro de la Unidad

de Trastornos del Ánimo de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Postdoctorate Research Fellow del Programa de Trastornos del Ánimo del Tufts Medical Center, Boston, Tufts University, USA, bajo la dirección del Profesor Dr. S Nassir Ghaemi. Áreas de interés: Trastornos del Ánimo: Psicopatología, diagnóstico diferencial, mejoría detección en APS, validación de instrumentos de tamizaje.

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

---

## 116 EDITORIAL

- 116 ¿LAMARCK TENÍA RAZÓN?  
GENES, AMBIENTE Y HERENCIA EPIGENÉTICA  
*Alberto Botto*

## 119 ACADÉMICAS

- 119 CURSO ONLINE. PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA  
EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE HOY

## 120 COMENTARIO DE LIBROS

- 120 THE SHELL AND THE KERNEL  
Autores: Nicolás Abraham y María Torok  
*Comentarista: Felipe Quinteros*

## 124 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

## 131 CONFERENCIA

- 131 CONFERENCIA INAUGURAL  
CONGRESO SODEPSI, 23 DE MAYO 2013  
*Juan Pablo Jiménez*

## 140 HOMENAJE

- 140 HOMENAJE DE SODEPSI AL DR. SERGIO PEÑA Y LILLO  
*Hernán Villarino*

## 144 ENTREVISTA DE GPU

- 144 ENTREVISTA A MARK EPSTEIN

## 153 REVISIÓN

- 153 ¿QUÉ ES EL NEUROPSICOANÁLISIS?  
*Mark Solms y Oliver Turnbull*

## 166 ENSAYO

- 166 PSICOLOGÍA BUDISTA: LOS CAMINOS DE LA EGÓLISIS  
*César Ojeda*

- 173 EL PROBLEMA DE LA MUERTE EN EL ESTOICISMO ROMANO:  
EPÍCTETO, SÉNECA Y MARCO AURELIO  
*William Vargas*

## 178 ANÁLISIS CUALITATIVO

- 178 HOSPITAL PARA LOCOS: ESPACIO IMAGINARIO Y SIMBÓLICO  
*Carolina Abufom*

## 186 REFLEXIÓN

- 186 PAUL RICOEUR Y LOS FANTASMAS DEL PSICOANÁLISIS  
*Francisco Mujica*

## 191 INVESTIGACIÓN

- 191 CONDUCTAS Y PREFERENCIAS SEXUALES DE LOS CHILENOS  
(PARTE I)  
*Fernando Maureira, Crystian Sánchez, Ekatherine Stapf,  
Yessenia Maureira*

- 202 PSICOTERAPIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEVERA  
Y ANTECEDENTES DE TRAUMA INFANTIL: UN ANÁLISIS  
DESCRIPTIVO DE LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE SU  
TRATAMIENTO  
*Soledad Ballesteros, Verónica Vitriol, Alfredo Cancino*

## 214 SEMBLANZA

- 214 FRANCISCO VARELA. UN CIUDADANO DEL PLANETA Y DEL  
SIGLO VEINTIUNO  
*Gustavo Jiménez*

## ¿LAMARCK TENÍA RAZÓN? GENES, AMBIENTE Y HERENCIA EPIGENÉTICA

Alberto Botto

Desde hace bastante tiempo se conoce la importancia que los factores hereditarios tienen en el origen de las enfermedades mentales. De hecho, prácticamente ninguna hipótesis etiopatogénica puede dejar de lado la genética en la explicación de la naturaleza de los principales cuadros psiquiátricos. Sin embargo, en la actualidad, la manera de entender la relación entre genética y psiquiatría ha sufrido una serie de modificaciones. En primer lugar, se ha producido un cambio en la conceptualización de algunos modelos en los cuales se tenía a los genes por factores estáticos e independientes para dar paso a modelos donde los genes participan en una relación continua y dinámica con el ambiente durante todo el ciclo vital. En segundo lugar, se ha puesto de relieve la distinción entre herencia genética (que es fija) y expresión génica (que es dinámica); y, en tercer lugar, se han refinado las metodologías de investigación para llegar al desarrollo de dos tipos de estudios: (1) aquellos basados en el modelo de la *variable latente* –cuyo objetivo es inferir el efecto de los genes a través de “experimentos de la naturaleza” tal como ocurre en el caso de los gemelos– y (2) aquellos basados en las mediciones directas del ADN y de los genes mediante análisis moleculares.

Uno de los campos de investigación más interesante y prometedor –tanto en lo que se refiere al refinamiento de los modelos etiopatogénicos como para el desarrollo de nuevas formas de conceptualizar e indicar los tratamientos en psiquiatría y psicoterapia– se encuentra en el estudio de la asociación entre los genes y el ambiente. En ese sentido, se han descrito dos grandes formas en que los genes pueden vincularse con las

variables ambientales (Kendler, 2011): (1) la interacción genes-ambiente (GxE, por sus siglas en inglés) y (2) la correlación genes-ambiente.

La premisa fundamental que sostiene la hipótesis de la interacción genes-ambiente consiste en la función moderadora que ejercen los genes en el efecto que el ambiente tiene sobre el fenotipo. Dicho de otra manera: en la *interacción*, el efecto del ambiente sobre el fenotipo depende de los genes y viceversa. Por su parte, la *correlación* genes-ambiente se refiere a la influencia recíproca que puede ocurrir entre los genes y el ambiente; es decir al hecho de que los genes pueden ejercer una influencia sobre las características del ambiente y viceversa sin que esto implique la existencia de una interacción. De manera más específica, se refiere a las diferencias genéticas que determinan la exposición a ambientes particulares. Según este modelo –utilizado ampliamente en la biología evolucionista– los animales modifican su ambiente a través de la programación genética con el objetivo de favorecer los fenómenos adaptativos. Sin embargo, también puede ocurrir que, de manera recursiva, dicha modificación ambiental aumente el riesgo de psicopatología. Esto sucede cuando un rasgo de la personalidad que presenta un elevado componente genético (como es el caso de la impulsividad) favorece el involucramiento en ambientes adversos que puedan ser fuente de problemas que afecten la salud mental.

Jean Baptiste Lamarck (1744-1829) fue un naturalista francés y uno de los primeros científicos en formular una teoría de la evolución biológica. Lamarck creía en la generación espontánea y progresiva de

organismos vivos sencillos mediante la acción de un fluido vital sobre la materia física que los llevaba a evolucionar hacia formas cada vez más especializadas. Los estímulos ambientales podían hacer que dicho fluido se concentrara de manera natural en los órganos más utilizados, favoreciendo su desarrollo e incluso estimulando la aparición de un órgano nuevo (Larson, 2007). El ejemplo más conocido de la teoría lamarckiana explica la evolución de la longitud del cuello en las jirafas. Debido a la sequía en la sabana africana, las jirafas habrían alargado sus cuellos –mediante la acumulación progresiva de fluido nervioso– con el objeto de alcanzar las hojas de mayor altura en los árboles. A lo largo de las generaciones estos cambios se acumulaban en los individuos que evolucionaban hacia tipos diferentes y, por lo tanto, eran heredables.

Aunque la solidez de los postulados darwinistas basados en la selección natural desplazaron en gran medida las ideas de Lamarck del debate intelectual, en la actualidad cada vez toma mayor relevancia la noción de que la exposición a ciertas condiciones ambientales en una determinada generación puede ocasionar efectos fenotípicos que perdurarán por varias generaciones sucesivas a lo largo del tiempo (Richards, 2006).

El término epigenética fue utilizado por primera vez por Waddington en la década de 1950 y se refiere a todos aquellos mecanismos que regulan el genoma mediante modificaciones que no involucran una alteración de la secuencia de ADN (Bird, 2007). Así, un rasgo epigenético corresponde a un fenotipo estable y heredable que resulta de cambios cromosómicos sin que existan alteraciones en la sucesión de nucleótidos que conforman el material genético (Berger, Kouzarides, Shiekhhattar, & Shilatifard, 2009). Los cambios epigenéticos presentan dos características fundamentales: (1) dependen del ambiente (Zhang & Meaney, 2010) y (2) pueden transmitirse a la descendencia, es decir, son heredables (Daxinger & Whitelaw, 2012). Existen tres grandes mecanismos de regulación epigenética (Jaenisch & Bird, 2003): (1) modificación de histonas (acetilación), (2) metilación del DNA y (3) cambios en la conformación de la cromatina. Estos fenómenos pueden entenderse como una forma de codificar molecularmente el impacto que los eventos vitales tienen sobre un organismo (Isles & Wilkinson, 2008) y quizás uno de los ejemplos más notorios sea el del rol mediador del polimorfismo del gen transportador de serotonina entre la presencia de eventos vitales estresantes y la aparición de síntomas depresivos (Caspi *et al.*, 2003).

Todas estas observaciones apuntan a la íntima relación que existe entre el ambiente (representado, entre otros aspectos, por la disponibilidad y el tipo de

alimento, la intensidad y duración de los periodos de luz, los cambios en la temperatura, la calidad de los vínculos tempranos y los cuidados maternos o la exposición a los así llamados “eventos vitales” sean éstos de carácter positivo o negativo) y la carga genética en la determinación del fenotipo individual. Sin embargo –y aquí es donde volvemos a Lamarck– la posibilidad de que dichas modificaciones que se dan en el campo epigenético puedan ser heredadas a las generaciones que siguen abre la posibilidad de contar con nuevos enfoques para comprender fenómenos tan relevantes como la transmisión transgeneracional de los patrones de apego y, en su vertiente psicopatológica, de los efectos psicobiológicos del maltrato y el abandono. En consecuencia, el enfoque epigenético puede servir como un modelo para entender la manera en que el ambiente (por ejemplo, a través de las relaciones interpersonales) influye sobre nuestra vida afectiva y determina muchas de nuestras conductas, además de explicar los mecanismos biológicos mediante los cuales dichas modificaciones pueden ser transmitidas a la descendencia.

De esta manera, la consideración del campo epigenético en la conceptualización del desarrollo emocional y de la personalidad así como también en la irrupción de la psicopatología, permitirá elaborar modelos explicativos cada día más completos. Una idea central para las futuras investigaciones podríamos resumirla como sigue: el ambiente (sea éste adverso o favorable) es capaz de provocar modificaciones fenotípicas mediante la regulación epigenética. Estas modificaciones representan, a nivel molecular, una serie de fenómenos que pueden ser identificados en términos de significados psicológicos, emocionales y vinculares. Además, dichos cambios pueden ser transmitidos a la descendencia. Dicho de manera sencilla: el maltrato y el abandono no sólo pueden tener un impacto psicológico (relaciones de apego) y molecular (modificaciones epigenéticas) sino que también estos efectos pueden ser transmitidos a las generaciones siguientes por medio de la calidad de los cuidados parentales y el tipo de vínculos afectivos y simultáneamente a través de la herencia epigenética. Pero más interesante aún es el hecho que esta misma premisa puede ser aplicada a situaciones favorables, es decir, que también es posible recibir, incorporar y transmitir por las mismas vías un ambiente favorable.

Más allá de los indudables aportes para el conocimiento científico, esta perspectiva, además, permitirá reforzar los argumentos utilizados para fomentar el desarrollo de planes de intervención y prevención temprana en la elaboración de las políticas de salud mental.

## REFERENCIAS

1. Berger SL, Kouzarides T, Shiekhattar R, Shilatifard A. (2009). An operational definition of epigenetics. *Genes & Development*, 23(7), 781-783. doi: 10.1101/gad.1787609; 10.1101/gad.1787609
2. Bird A. (2007). Perceptions of epigenetics. *Nature*, 447(7143), 396-398. doi: 10.1038/nature05913
3. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, Poulton R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* (New York, N.Y.), 301(5631), 386-389. doi: 10.1126/science.1083968
4. Daxinger L, Whitelaw E. (2012). Understanding transgenerational epigenetic inheritance via the gametes in mammals. *Nature Reviews Genetics*, 13(3), 153-162. doi: 10.1038/nrg3188; 10.1038/nrg3188
5. Isles AR, Wilkinson LS. (2008). Epigenetics: What is it and why is it important to mental disease? *British Medical Bulletin*, 85, 35-45. doi: 10.1093/bmb/ldn004; 10.1093/bmb/ldn004
6. Jaenisch R, Bird A. (2003). Epigenetic regulation of gene expression: How the genome integrates intrinsic and environmental signals. *Nature Genetics*, 33 Suppl, 245-254. doi: 10.1038/ng1089
7. Kendler K. (2011). A conceptual overview of gene-environment interaction and correlation in a developmental context. In K. Kendler, S. Jaffe & D. Romer (Eds.), *The dynamic genome and mental health. The role of genes and environments in youth development* (1° ed., pp. 5-28). New York: Oxford University Press, Inc.
8. Larson E. (2007). *Evolución. La asombrosa historia de una teoría científica* (1ª ed.). Buenos Aires: Debate.
9. Richards EJ. (2006). Inherited epigenetic variation-revisiting soft inheritance. *Nature Reviews Genetics*, 7(5), 395-401. doi: 10.1038/nrg1834
10. Zhang TY, Meaney MJ. (2010). Epigenetics and the environmental regulation of the genome and its function. *Annual Review of Psychology*, 61, 439-66, C1-3. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163625; 10.1146/annurev.psych.60.110707.163625

# ACADÉMICAS



## Curso Online “PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE HOY”

### DIRIGIDO A

Este curso de formación está destinado a Psiquiatras y Psicólogos que se interesen en conocer y comprender las herramientas teóricas y prácticas que puede ofrecer la psicoterapia psicodinámica contemporánea para el manejo del vínculo terapéutico y la complejidad de las situaciones de la práctica clínica de hoy.

### FECHA Y DURACIÓN

El Curso de Formación se realizará entre el 12 de agosto y el 25 de noviembre de 2013, con una duración de 15 semanas.

### OBJETIVO GENERAL

Entregar herramientas clínicas para perfeccionar las actividades psicoterapéuticas de los profesionales participantes.  
Conocer algunos aspectos esenciales de la teoría psicoanalítica contemporánea que permita comprender este acercamiento a la clínica.  
Conocer la teoría psicoanalítica contemporánea y su influencia en el manejo de cuadros psicopatológicos de alta frecuencia en la clínica.

### MODALIDAD

El curso se realizará con una modalidad ONLINE y consta de 12 sesiones, desglosadas de la siguiente manera:  
- Nueve (9) Sesiones de tres clases de 30 minutos cada una, total: 27 clases previamente filmadas.  
- Tres (3) "Clases-Taller"\* de trabajo práctico, con carácter presencial voluntario.

\*Estas "Clases-Taller" también serán filmadas y puestas en la web, como parte integral del programa del curso.  
\*La asistencia a estas "Clases-Taller" no es obligatoria, pero se recomienda una participación presencial.

### EVALUACIÓN

La Evaluación consistirá en 3 pruebas de selección múltiple, a la 5°, 10° y 15° semana, que se rendirán a través de internet, con resultados instantáneos.  
Para aprobar el Curso se requerirá un puntaje promedio de un 75% o más.

### INSCRIPCIONES

[www.sodepsi.cl](http://www.sodepsi.cl) - Formulario de inscripción online

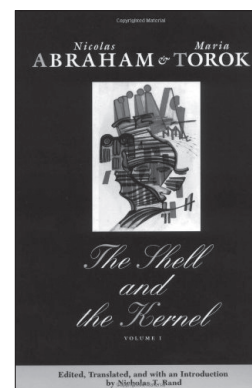
### INFORMACIÓN

Señora Ma. Luisa Vila, FONOS: 2269 7517 - 9658 3172  
[cyc@consultoriaycapacitacion.cl](mailto:cyc@consultoriaycapacitacion.cl)

## THE SHELL AND THE KERNEL

**Autores:** Nicolás Abraham y María Torok

(Rev GPU 2013; 9; 2: 120-123)



Felipe Quinteros<sup>1</sup>

En la introducción de su libro *The legend of Freud*, Samuel Weber invoca la distinción foucaultiana entre una “disciplina científica” y una “práctica discursiva”. En la primera: “el acto fundante está en el mismo nivel de sus futuras transformaciones: éste es meramente una de las muchas modificaciones que éste hace posible”<sup>2</sup>. El caso de una “disciplina discursiva”, que encontraría un ejemplo en Freud, sería radicalmente diferente:

“La iniciación de una práctica discursiva... *ensombrece* y necesariamente *se distancia* de sus desarrollos posteriores y transformaciones... Si retornamos [a él], es por una omisión básica y constructiva, una omisión que no es el resultado de un accidente o una incompreensión. En efecto, el acto de iniciación es tal, en su esencia, que está inevitablemente sujeto a sus propias distorsiones... La barrera impuesta por omisión no fue agregada desde el exterior; ella emerge de la práctica discursiva en cuestión, que le otorga su ley... Sumado a esto, es siempre un retorno a un texto en sí mismo... con una particular atención a esas cosas registradas en los intersticios del texto, sus *lagunas* y *ausencias*. Retornamos esos espacios vacíos que han sido enmascarados por omisión u ocultados por una falsa y engañosa plenitud”<sup>3</sup>. (Énfasis y traducción del autor)

Es justamente en razón de ciertas lagunas y ausencias, así como de insidiosas contradicciones que el

trabajo de Nicolás Abraham y María Torok retornan al texto freudiano. ¿En qué medida la vida y conflictos personales de Sigmund Freud, lo llevaron a rechazar ciertas intuiciones esenciales para una comprensión acabada y honesta del sufrimiento de sus pacientes?, ¿qué significan las múltiples contradicciones presentes en las formulaciones freudianas?, ¿indican éstas algo más que errores lógicos o faltas de honestidad clínica, que (como lo entenderían muchos pensadores en la actualidad) vendrían a corroborar que el psicoanálisis no sería más que una farsa y el producto de las mentiras y mala inteligencia de su fundador? Son éstas las preguntas que retornan (muchas veces con la fuerza de *lo reprimido*), hoy más que nunca, tiempo en que incluso desde la comunidad psicoanalítica Freud ha sido declarado muerto. Sin ceder a un fácil rechazo tanto del método analítico como de la doctrina freudiana en lo que tiene de más original, el pensamiento de Abraham y Torok retorna al texto del fundador del psicoanálisis.

“Teoría del fantasma”, “trauma intergeneracional”, “cripta” e “incorporación fantasmática” son algunos de los desarrollos que la obra de estos pensadores ha aportado al acervo psicoanalítico actual y que forman parte central de los argumentos presentes en *The Shell and the Kernel*, siendo éste una recopilación de ensayos de Abraham y Torok realizada y traducida al inglés por Nicholas Rand.

<sup>1</sup> Licenciado en Ciencias Sociales y Psicología UAI. Alumno Diplomado Psicología clínica UAI.

<sup>2</sup> Samuel Weber, *The Legend of Freud*, 2000.

<sup>3</sup> *Ibíd.*

En su introducción Rand nos advertirá que estamos en frente, más que de una doctrina, de un conjunto de intuiciones abiertas al desarrollo por parte de los lectores. En cada uno de los ensayos presentados en siete partes y 15 ensayos, los autores lucharían por encontrar y formular “una forma de psicoanálisis que insistiría en la particularidad de la historia de vida de cada individuo, la especificidad de los textos y la singularidad de las situaciones históricas”<sup>4</sup>.

En la primera parte, en *Fantasy: An Attempt to Define Its Structure and Operations*, María Torok a partir de una lectura del ya clásico ensayo “The nature and Function of Phantasy” de Susan Isaac, hará ver que la excesiva generalización del concepto de fantasía y sus múltiples e incluso contradictorios usos, termina por dejarnos con un concepto vago e inservible para aprehender los hechos clínicos. En su crítica Torok recurre a lo que ella llama el “plano operacional” en donde “la efectividad de las acciones del analista son puestas a prueba”<sup>5</sup>. De esta forma, para concebir un concepto efectivo en el plano operacional, es preciso estudiarlo en dos niveles de la práctica del análisis, *estructura y dinamismo*. De esta forma, mediante ejemplos, Torok definirá la *estructura* esencial de una fantasía bajo el rótulo de la *experiencia* de “estoy teniendo una fantasía”, así como mediante el análisis de casos explicará los cambios *dinámicos* que posibilitará en el paciente la utilización de este concepto.

En el segundo ensayo titulado “*The meaning of ‘Penis Envy’ in women*” mediante un brillante y lúcido análisis de caso, Torok ofrece su visión y desarrollo del problemático concepto “de envidia del pene”. De principal interés será aquí el desarrollo y aplicación del concepto de represión. Ésta encontrará su origen en un conflicto psíquico de la madre y que se transfiere fantasmáticamente a la hija en cuyo análisis se hace inteligible por primera vez. En este último punto se deja ver el interés que tanto Torok como Abraham tienen en la transmisión intergeneracional de vivencias traumáticas y conflictos psíquicos. Por otro lado, Torok extiende la aplicación de su intuición referente a la “envidia del pene” al análisis que realiza de las instituciones sociales, incluyendo por supuesto la institución psicoanalítica.

Tanto en el análisis de las relaciones de la niña con su madre como en análisis del funcionamiento de la sociedad con respecto a la diferencia sexual, Torok nos invita a pensar nuevamente la feminidad, haciendo un

aporte propiamente psicoanalítico al pensamiento feminista moderno.

“No hay filósofo hoy que no se defina esencialmente por su relación con la fenomenología”. La frase es de Jacques Derrida y, a pesar de haber sido escrita ya hace un buen tiempo (1966), sigue siendo cierta el día de hoy, momento en que cada vez más se hace posible su extensión a psicólogos, psicoterapeutas<sup>6</sup>, psicoanalistas<sup>7</sup> e incluso biólogos y neurocientíficos<sup>8</sup>. Al presentarse como el estudio sistemático y filosóficamente riguroso de la conciencia, la fenomenología de Husserl ha impactado profundamente los desarrollos teóricos actuales, tanto en epistemología como en disciplinas como la psicología y los enfoques psicoterapéuticos. ¿Cómo responde el psicoanálisis frente a estos desarrollos?, ¿que posición adopta frente a ellos? Estas preguntas parecen hoy urgentes, siendo los desarrollos de Nicolas Abraham sumamente pertinentes.

En *The Shell and the Kernel* vemos a los autores en un diálogo con la fenomenología que no corresponde a una síntesis o una incorporación sino que buscará destacar y desarrollar lo que Abraham llama la “originalidad” del pensamiento freudiano del inconsciente que impide que sus intuiciones puedan ser incluidas en un sistema de pensamiento como la fenomenología, como en cualquier otro sistema de pensamiento como las neurociencias, la hermenéutica, el cognitivismo, constructivismo, el existencialismo, etc. (a los que sin embargo ha sido “asimilado” o hecho coincidir por diversos autores). Se trata, así, de ir en busca de “lo que la teoría (psicoanalítica) logra comunicar por detrás (o a pesar) de sus *contradicciones y lagunas*” y que se traduce en una efectividad terapéutica que hoy se hace

<sup>4</sup> Pág. 1.

<sup>5</sup> Pág. 29.

<sup>6</sup> Aquí es posible referir al lector a los desarrollos de Giampiero Arciero y su enfoque fenomenológico-hermenéutico y el posracionalismo. Por otro lado, dentro de la tradición analítica norteamericana *The intentional stance* (1989) de Daniel Dennet, propone una respuesta a la fenomenología mediante su “heterofenomenología” fundamentando así los descubrimientos de la psicología científica. Además su concepto de “mental state” se encuentra asimilado en la teoría de la mentalización de Peter Fonagy (ver *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*, 2004).

<sup>7</sup> Véanse los desarrollos de Donna Orange y el grupo de psicoanalistas intersubjetivos liderado por Atwood, Orange y Stolorow.

<sup>8</sup> Aquí es posible hacer referencia a la “Neurofenomenología” de Francisco Varela y a las teorías biológicas de la “Autopoiesis” desarrolladas por Varela en conjunto con Humberto Maturana bajo la influencia de Husserl y William James.

difícil negar, incluso desde los enfoques y perspectivas basados en la evidencia<sup>9</sup>.

Si bien siempre será posible aislarse en una especie de “guetto teórico” dogmático y hacer caso omiso a las contradicciones presentes en el texto freudiano y a la evidencia emanada de la clínica, también será posible y quizás necesario, por medio de un análisis *terminable interminable* volver hacer vivir la fuerza del pensamiento freudiano *de otra manera*. Es precisamente esto lo que busca y logra hacer el trabajo de Torok y Abraham, muchas veces teniendo la habilidad y sutileza de leer a Freud “contra sí mismo” usando el método (psicoanalítico) fundado por él. *Fidelidad infiel* que exige un alto grado de creatividad y rigor teórico, los cuales se imprimen en cada uno de los ensayos presentes en este volumen.

En *The Shell and the Kernel: The scope and originality of Freudian psychoanalysis*, ensayo del cual fue extraído el título de la obra, Abraham realiza una lectura atenta del texto *The language of psychoanalysis* de Laplanche y Pontalis. A partir de aquí, Abraham desarrollará su concepto de *Anasemia* que buscará dar cuenta de la especial significación que adquieren las palabras en el texto de Freud y en la práctica psicoanalítica. Palabras como “placer”, “sexo”, “yo”, etc. serán (por *Anasemia*) vaciadas de su significación cotidiana para adquirir una que apuntará a ese “algo” inasible con palabras pero efectivo en la vida de todos: *el inconsciente*.

La de Abraham es una compleja teoría acerca del origen<sup>10</sup> de la conciencia *en general* a partir de un núcleo inconsciente que será resultado de una radical “distancia que separa a los sujetos reflexivos de sí mismos” Se trata, de esta forma, de tematizar rigurosamente “la condición *sine quanon* de la relación (constitutiva) del *self* (consigo mismo), el espacio que separa el yo del yo (reflexivo) y que escapa necesariamente a la tematización reflexiva”<sup>11</sup>. Es aquí, en el “fundamento *no pensado*” de la fenomenología, en su límite como su condición de posibilidad y origen, que según Abraham, la indagación psicoanalítica tiene lugar y se hace indispensable, extrayendo así toda su fuerza y efectividad terapéuticas.

<sup>9</sup> Aquí es posible referir al lector a los trabajos de Peter Fonagy en *What works for Whom* y a otros estudios destinados a investigar la efectividad de los distintos enfoques terapéuticos, los cuales han hecho ver que el psicoanálisis produciría efectos positivos de largo plazo resistentes a las recaídas.

<sup>10</sup> Aquí entiéndase “origen” en el sentido fenomenológico o trascendental como “condición de posibilidad”.

<sup>11</sup> Pág. 84.

Se trata, así, de una teoría dinámica en que los fenómenos de la conciencia serán producidos por la constante y activa relación del núcleo (el inconsciente) y el envoltorio (el sistema preconscious-conciente)<sup>12</sup> o vida consciente o egológica en el sentido fenomenológico. Se trata, así, de dos “niveles” del trabajo de la memoria y la “percepción” basados en el último modelo freudiano de la *psique*: “La pizarra mágica”, modelo que tendrá la virtud de resolver el enigma de “las dos inscripciones”<sup>13</sup> impuesto a Freud en su teorización de los sueños.

Notable será también su conceptualización del *Mito*, la cual presenta una interesante crítica al “estructuralismo” subyacente en el psicoanálisis lacaniano y a las concepciones de Melanie Klein (aquí se trata de la fijez de “fantasías originales”). Reconociendo su origen inconsciente, los Mitos serán *formaciones* que buscarían “originar y sostener ciertas situaciones”<sup>14</sup> así como traducciones de dinámicas inconscientes (del Núcleo) en el lenguaje y los códigos culturales disponibles para el niño y al adulto en un determinado periodo histórico. De esta forma, mitos como el “complejo de Edipo” serán “formas (traducciones) contingentes” e históricamente determinadas en las que un núcleo inconsciente se manifiesta, perdiendo así su universalidad y “validez transcultural”.

Destaca, además, la interpretación de las “zonas erógenas” y del problema de las relaciones entre cuerpo y “mente” de las que daría testimonio el psicoanálisis<sup>15</sup>. En este punto habrá una similitud con las concepciones de Judith Butler<sup>16</sup> acerca de la *relación fantasmática* con el propio cuerpo que condicionaría todo constructivismo y construccionismo lingüísticos. De esta forma, Abraham abre una vía para el diálogo con estas corrientes epistemológicas.

Para concluir, en *Y mañana qué*<sup>17</sup> Elizabeth Roudinesco, en conversación con Jacques Derrida, desarrolla

<sup>12</sup> La teoría es más compleja que esta esquematización necesaria aquí por motivos expositivos y de espacio.

<sup>13</sup> Problemas que surgen a partir del modelo tópico en *La interpretación de los sueños* y que desembocará en el desarrollo del último modelo freudiano de la Pizarra Mágica.

<sup>14</sup> Pág. 94.

<sup>15</sup> Ver aquí el Capítulo 8 pág. 162 *Self to Self Affliction: Notes of a conversation on psychosomatics*, y en la pág. 94 bajo el subtítulo “The Metapsychology of Myth en *The Shell and the Kernel*”.

<sup>16</sup> Ver Judith Butler en *Bodies that matter*, 2011.

<sup>17</sup> *Y Mañana que*, Jacques Derrida y Elizabeth Roudinesco, 2003.

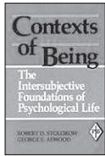


el tema de “escoger su herencia”: Estructura esencial de lo vivo, la herencia nos marca incluso antes de que podamos escoger. En nuestro caso, se tratará de una herencia conceptual para entender el sufrimiento humano, el psicoanálisis, y que nos obligaría a seleccionar,

reinterpretar, siendo *a la vez* fieles e infieles, criticando y agradeciendo. Es de esperar que *The Shell and The Kernel* pueda llevar a sus lectores a “escoger su herencia” haciendo vivir la obra de Freud, esta vez, *de otra manera*.

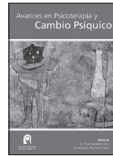
## CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



### AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



### LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



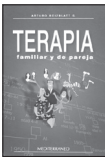
### CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



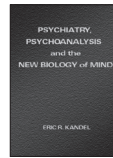
### EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



### TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



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

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



### NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



### TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



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

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



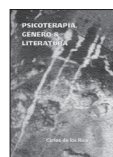
### TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



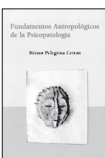
### JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



### PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



### FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

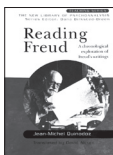


### SCHIZOPHRENIC SPEECH

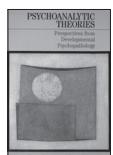
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh  
Ed: Cambridge University Press, London, 2005  
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232  
Compra: [www.amazon.com](http://www.amazon.com)



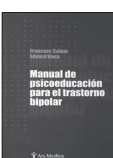
**TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN**  
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo  
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235  
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



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



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



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



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



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



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



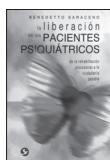
**EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD**  
 Editor General: Hernán Silva  
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



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



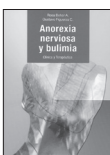
**DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS**  
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz  
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas  
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22  
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



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



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



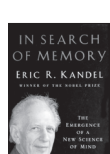
**MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA**  
 Autor: César Ojeda Figueroa  
 Ed: C&C Ediciones  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28  
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl  
 Fono: 269 75 17



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



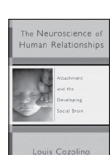
**PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA**  
 Autor: Mario Vidal C.  
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133  
 Compra: www.sonepsyn.cl



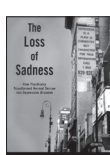
**IN SEARCH OF MEMORY**  
 Autor: Eric R. Kandel  
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136  
 Compra: www.amazon.com



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



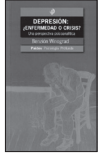
**THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN**  
 Autor: Louis Cozolino  
 W.W. Norton & Company, New York, 2006  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244  
 Disponible en: www.amazon.com



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



**LAS EXPERIENCIAS DEL TÚNEL Y EL BARDO**  
 Autor: Sergio Peña y Lillo  
 Ed. Grijalbo, Santiago, 2007, 174 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



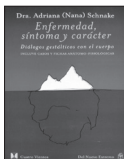
**SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA**  
 Autor: Mauro Mancia  
 Editorial: Lumen, 2006, 301 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386  
 Compra: www.tematika.com



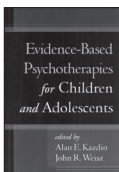
**TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW**  
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh  
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005  
 Comentario: Rev GPU 2007;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



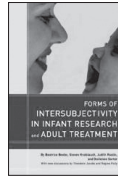
**LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE**  
 Autora: Alcira Mariam Alizade  
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390  
 Compra: magisterio@commet.com.ar



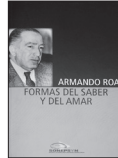
**ENFERMEDAD, SÍNTOMA Y CARÁCTER**  
 Autora: Adriana Schnake  
 Editorial: Cuatro Vientos, Santiago, 2007, 380 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 391-393  
 Compra: www.cuatrovientos.net



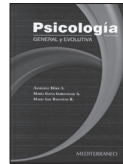
**EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS**  
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz  
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22  
 Compra: www.amazon.com



**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



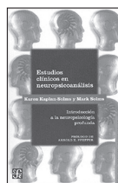
**SANGRA LA ESCENA: PSICODRAMA, TERAPIA DEL TRAUMA Y DEL DUELO**  
 Autor: Pedro Torres-Godoy  
 EDRAS, Universidad de Chile, Santiago, 2007.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 33-34  
 Compra: www.psicodrama.cl



**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



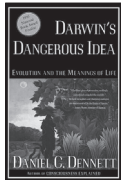
**GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA**  
 Editor: Dr. Hernán Silva  
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva  
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago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



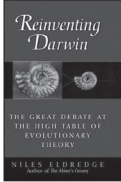
**ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA**  
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms  
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164  
 Compra: www.libreriasdelfondo.com



**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



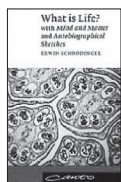
**LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS**  
 Tome II. Mélanie Klein  
 Autora: Julia Kristeva  
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.  
 ISBN : 2213605939  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387  
 Compra: www.amazon.com



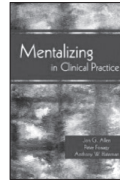
**EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS**  
 Tomo II. Mélanie Klein  
 Autora: Julia Kristeva  
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.  
 ISBN : 950-12-3809-1  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387  
 Compra: www.amazon.com



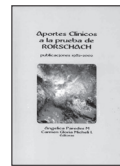
**THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE**  
 Autor: Daniel Siegel  
 Editorial: The Guilford Press, New York, London, 1999, 394 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391  
 Compra: www.amazon.com



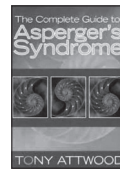
**WHAT IS LIFE?**  
 Autor: Erwin Schrödinger  
 Editorial: Cambridge University Press, Cambridge (UK), Tenth Printed, 2003  
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 392-396  
 Compra: www.mediterraneo.cl



**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



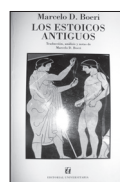
**WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING**  
 Autor: Enrique Jadresic  
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23  
 Compra: www.amazon.com



**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



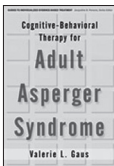
**LA NATURALEZA DE LA CONCIENCIA. CEREBRO, MENTE Y LENGUAJE**  
 Autores: Maxwell Bennett, Daniel Dennett, Peter Hacker y John Searle  
 Editorial: Paidós, 2008, 269 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 164-166  
 Compra: www.tematika.com



**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



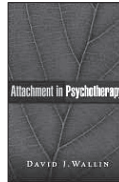
**ENCUENTRO CON LA PSICOTERAPIA. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA RELACIÓN Y EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PARADOJA DE LA VIDA**  
 Autor: Jean-Marie Delacroix  
 Editorial: Cuatro Vientos  
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 177-179  
 Compra: www.cuatrovientos.cl



**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



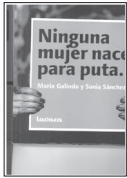
**ANALYTISCHE KÖRPERPSYCHOTHERAPIE: EINE BESTANDSAUFNAHME**  
 Autor: Peter Geissler  
 Editorial: Psychosozial-Verlag, Giessen, 2009  
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 1: 21-23



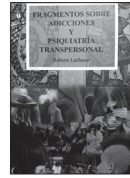
**AUTOBIOGRAFÍA DE UN ESPANTAPÁJAROS**  
 Autor: Boris Cyrulnik  
 Editorial: Gedisa, 249 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 2: 134-136



**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



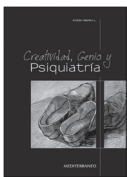
**FRAGMENTOS SOBRE ADICCIONES Y PSIQUIATRÍA TRANSPERSONAL**  
 Autor: Roberto Lailhacar  
 Editorial: Mago Editores, 2010, 233 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 3: 246-247



**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



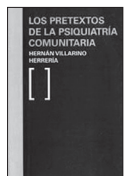
**DOLOR HUMANO Y FE CRISTIANA**  
 Autor: Sergio Peña y Lillo  
 Editorial: Patris, 2009, 50 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 3: 248-249



**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



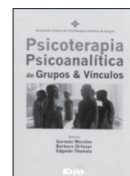
**SOCIEDAD Y COMPLEJIDAD. DEL DISCURSO AL MODELO**  
 Autor: Manuel Vivanco  
 Editorial: LOM / Fac. de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Santiago, 2010, 186 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 2: 148-150



**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



**EL ENIGMA SPINOZA**  
 Autor: Irving Yalom  
 Editorial: Emece, Buenos Aires, 2012  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 4: 386



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



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



**EN BÚSQUEDA DE LA RAZÓN OCULTA**  
 Autor: César Ojeda  
 Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 3: 249-251



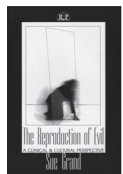
**SOMOS FRAGMENTOS DE NATURALEZA ARRASTRADOS POR SUS LEYES**  
 Autor: Martín López Corredoira  
 Editorial: Visión Net, Madrid 2005, 381 páginas.  
 Comentario: Rev GPU 2013; 9; 1: 23-25



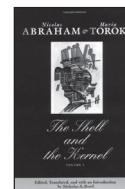
**PRINCIPIOS CLÍNICOS EN PSICOTERAPIA RELACIONAL**  
 Autor: André Sassenfeld  
 Editorial: Sodepsi Ediciones, 2012  
 Comentario: Rev GPU 2012; 8; 3: 252-256



**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



**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



**THE SHELL AND THE KERNEL**  
 Autores: Nicolás Abraham y María Torok  
 Comentario: Rev GPU 2013; 9; 2: 120-123



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



# CONFERENCIA INAUGURAL CONGRESO SODEPSI, 23 DE MAYO 2013

(Rev GPU 2013; 9; 2: 131-139)

Juan Pablo Jiménez

**E**stimadas y estimados colegas:

El Directorio de la Sociedad por el Desarrollo de la Psiquiatría, SODEPSI, me ha honrado pidiéndome que inaugure este congreso dirigiéndome a Uds. con unas palabras introductorias que no pretenden ser una clase magistral, sino sólo motivar un intercambio fructífero entre nosotros. La verdad es que durante las últimas semanas hemos pensado que quizás no deberíamos haber convocado a un 'congreso'; este encuentro quiere ser mucho más un coloquio, esto es, una conversación entre pares. La palabra congreso, si bien se refiere también a una reunión donde se comparte conocimiento especializado, tiene ciertas connotaciones usuales que no queremos para esta ocasión. Mucho más que reunirnos a escuchar a algunos que se supone poseen un saber superior, pensamos el programa como una oportunidad para que muchos colegas, psiquiatras y psicólogos, profesionales de la salud mental, venidos desde distintas vertientes, orientaciones, lugares y tipos de trabajo, compartamos experiencias y conocimientos, reflexionemos en conjunto sobre el estado actual y el futuro de nuestra disciplina en el país. No podría ser de otra forma, desde el momento en que el número de colegas que participan activamente en el programa de este encuentro, en simposios, talleres y trabajos libres, alcanza el centenar. Hemos venido entonces a conversar entre nosotros, nos imaginamos cada actividad como una suerte de tertulia, en tenor de intimidad, en la que podamos aprender unos de otros. En estos tiempos de modernidad tardía, concebimos el conocimiento —

esto se aplica de manera especial a nuestra disciplina, como espero profundizar más adelante—, estructurado como red, donde ya no caben explicaciones lineales o simplistas, ni tampoco hay lugar para reduccionismos unilaterales.

La convocatoria lleva el subtítulo de "Encuentro Nacional de Reflexión y Crítica". Sabemos que la posibilidad de volcarse hacia uno mismo, y así volver a pensar lo pensado, a poner atención y cuestionar lo que se cree, las atesoradas certezas y convicciones, necesita de un contexto de seguridad. Los estudiosos de la relación temprana entre la madre y su bebé nos han enseñado que la exploración y la búsqueda, esto es, la posibilidad de despegarse de lo antiguo para aprender algo nuevo, sólo se despliega cuando el sistema de apego está desactivado. Esto significa que para salir a buscar, a indagar, a explorar y averiguar, para poder examinar y aprender, necesitamos alejar del entorno inmediato cualquier amenaza al sentimiento básico de protección, ese capullo imaginario que nos hace sentir seguros. Esto implica que la atmósfera esperada para esta reunión es una de respeto y de validación mutua, de apertura a escuchar atentamente lo que el otro tiene que decir. Pero también esperamos una actitud crítica, donde la reflexión en común sea no sólo guiada por el principio de la caridad, que prescribe que debemos escuchar suponiendo que el otro tiene algo nuevo e interesante que decirme, sino también una reflexión conjunta que simultáneamente esté guiada por el principio de la claridad, es decir, por la búsqueda rigurosa del mejor argumento, de la mejor información. Tarea de

todos es mantener el equilibrio entre caridad y claridad, entre escucha cariñosa y argumentación rigurosa.

Pero, además, quisimos ser muy explícitos al declarar que éste es un evento independiente de la industria, de la industria farmacéutica y de la industria tecnológica, habría que ampliar aún más, independiente de la industria de la salud, cuyo creciente poder en la últimas décadas ha creado muchos y graves problemas para el ejercicio ético de la profesión. En la profesión estamos acostumbrados a grandes congresos financiados por la industria farmacéutica. Por cierto, marcar la diferencia significa que los costos de este encuentro han tenido que ser cubiertos por todos nosotros, por todos Uds. Con esto hacemos justicia al espíritu que pensamos debiera guiar una sociedad profesional y científica. Estamos acá “por el desarrollo de la Psiquiatría”, el desarrollo de la industria no es nuestro tema. Más bien, nos sentimos incómodos con la transformación de la salud en una mercancía, en un *commodity* que se transa en el mercado. Por cierto, si alguien quiere profundizar más en este tema, puede asistir al simposio que nos ofrece el novel grupo de colegas, “médicos sin marca”.

En nuestro país –y también en el mundo, a juzgar por la información que nos llega desde afuera–, vivimos momentos de desazón. El malestar globalizado se apodera cada vez más de la sociedad y de la opinión pública. Existe la sensación creciente de estar siendo abusado por unos pocos, por un modelo de sociedad que agudiza la desigualdad y que ha convertido la solidaridad en una mala palabra. Esto representa un grave problema para una profesión que tiene que ver precisamente con el cuidado de personas con diferentes grados de discapacidad de origen psíquico. La desigualdad general se refleja en medicina y psiquiatría en riesgos diferenciados de enfermar, según nivel socioeconómico y de educación, y en inequidades en el acceso al sistema de salud. Los teóricos de la personalidad nos han enseñado que nuestro desarrollo personal se despliega entre dos dimensiones ortogonales, que organizan nuestro psiquismo: por un lado la búsqueda de la autodefinición, donde lo importante es la claridad de los límites de uno mismo y, por el otro, la afiliación, que nos hace buscar a los demás y depender de ellos para nuestro propio progreso. Corolario de esta organización son dominio y competencia por un lado y colaboración y solidaridad por el otro. Un desarrollo social sano o una identidad personal madura suponen el equilibrio dialéctico entre ambas dimensiones. Esto quiere decir que los intereses individuales tienen un límite que está marcado por la solidaridad, y viceversa. Así entiendo la prescripción evangélica de “amar al prójimo como a uno mismo”. Por lo demás, estas dimensiones tienen

un valor evolucionario, esto es, son trascendentes para la supervivencia del individuo y de la especie. ¿Cómo no entender la protesta social generalizada como una señal de alarma que surge desde las profundidades de las redes psicobiológicas humanas en contra de un socialmente validado desequilibrio a favor del individualismo? En 1930 Freud postuló, en su ensayo *El Malestar en la Cultura*, la existencia de un mecanismo de regulación de la agresión intraespecífica, radicado en el sentimiento de culpa inconsciente que se manifiesta en la superficie de la conciencia y en la sociedad como malestar difuso. Entonces, en una sociedad demasiado individualista, que no premia y más bien desprecia la preocupación por los más débiles, el sentimiento de culpa inconsciente intensificará la sensación de malestar y, con ello, la insatisfacción, la ansiedad y la depresión, factores de riesgo inmediatos para la patología psiquiátrica. ¿Será ésta una de las causas del aumento explosivo de la consulta psiquiátrica y psicológica? Por su parte, esto me lleva a pensar que nuestra profesión necesita, para ser ejercida, de un mínimo de vocación altruista que nos sustente en la labor de contención del dolor psíquico de nuestros pacientes.

¿Qué queremos decir con el adjetivo de “Nacional”, en la frase “Encuentro *Nacional* de Reflexión y Crítica”? La globalización, con la posibilidad de conexiones más allá de las fronteras, que presenta tantas ventajas para los países como el nuestro, que vive bastante aislado detrás de una enorme cordillera, ha develado también aspectos menos promisorios. La esperanza de que, entre otras mejoras, la globalización democratizaría el acceso a la información, se ha visto contrarrestada por la comprobación de que también es un vehículo potente para la exportación de modos de vida venidos desde países del norte, imponiendo una ideología basada en el individualismo, sin considerar que en la mayoría de las culturas del mundo predominan patrones colectivistas de constitución del sí mismo, es decir, donde la vivencia de uno mismo incorpora de manera estructural la interdependencia entre los seres humanos. Esto está produciendo diversos grados de creciente aculturación en muchos países, lo cual por cierto termina aumentando dramáticamente la consulta psiquiátrica y psicológica. Cuando en una cultura con rasgos colectivistas se desarman las redes sociales solidarias, los individuos caen en un desamparo objetivo, que es la antesala de la angustia y la depresión. No es de ningún modo casualidad que países de alta velocidad de crecimiento económico, como son Corea y el mismo Chile, presenten las tasas más aceleradas de crecimiento del suicidio en el mundo. Entonces, el estudio de las características culturales de nuestro país y del impacto de los modelos de

vida llamados 'modernos' tienen para la psiquiatría una importancia de primer orden. Me pregunto cuántos estudios de este tipo se publican en nuestras revistas.

Pero hay una desazón que nos toca particularmente pues atañe al corazón de nuestra disciplina. Casi todos los principios y paradigmas en los que se basó nuestra especialidad durante el siglo XX han entrado en crisis y perdido validez en los últimos 20 años. Con el siglo XXI entramos en lo que nuestro colega César Ojeda ha llamado *la Tercera Etapa de la Psiquiatría*<sup>1</sup>. Los principios y paradigmas que guiaron la psiquiatría durante el siglo pasado siguen profundamente enraizados en nuestras actitudes y convicciones profesionales, y condujeron a lo que Kenneth Kendler<sup>2</sup> llamó "la guerra de los paradigmas". Los más viejos de entre nosotros, los que nos formamos antes de los años ochenta, podemos dar fe de la existencia de psiquiatrías distintas que se descalificaban mutuamente. Me tocó formarme en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile durante la segunda mitad de los años setenta. Un grupo brillante de académicos me introdujo en la psicopatología y en la fenomenología psiquiátrica europea. Algunos de ellos habían sido discípulos de Ignacio Matte Blanco y, después de incursionar en el psicoanálisis y la Psiquiatría Dinámica, habían roto con las ideas del maestro. Paralelamente, me formaba como psicoanalista en el Instituto de la Asociación Psicoanalítica Chilena. La guerra de los paradigmas, es decir, la descalificación cruzada entre las diferentes orientaciones de los principios y modelos de la mente "de los otros", impregnó toda mi formación. Rápidamente, sin embargo, descubrí que las descalificaciones mutuas no reflejaban otra cosa que la ausencia de puentes epistemológicos, teóricos y prácticos, que posibilitaran un diálogo entre puntos de vista. Las distintas perspectivas teóricas estaban tan desconectadas unas de otras que constituían distintas psiquiatrías, disciplinas diferentes. Quizás si la diferencia más radical, y más difícil de cruzar, era aquella existente entre una psiquiatría descriptiva que se embelesaba en una psicopatología más o menos esencialista y con pocos recursos terapéuticos, y otra psiquiatría orientada a la psicoterapia, que buscaba rápidamente la comprensión hermenéutica, dinámica, prescindiendo de la superficie psicopatológica, como quien desecha la cáscara de una fruta para quedarse con la sabrosa pulpa. En todo caso, la guerra

de los paradigmas tendía a resolverse dividiendo la psiquiatría en regiones. Los psicoanalistas se quedaron con la llamada psiquiatría menor, esto es, con las neurosis y las neurosis del carácter, y los otros con la psiquiatría mayor, las grandes psicosis. Evidentemente, el problema surgía, a veces con mucha virulencia, cuando un psiquiatra de un bando invadía el campo del otro; por ejemplo, cuando se sabía que una paciente tratada en psicoanálisis de alta frecuencia semanal había desarrollado un grave episodio maniaco o cuando, al revés, un psiquiatra, que a falta de un nombre mejor llamaré "clásico", había diagnosticado un brote esquizofrénico a un adolescente e indicado terapia electroconvulsivante, en circunstancias de que ese adolescente posteriormente había estado en psicoterapia dinámica por un par de años y donde, retrospectivamente, analista y paciente habían llegado a la conclusión de que tal brote nunca había existido, se había tratado de una turbulenta crisis de adolescencia. Por cierto, errores médicos siempre han existido y seguirán existiendo. El punto que quiero destacar es que en la guerra ideológica entre psiquiatrías de distinto signo las diferencias deben ser atribuidas más a los paradigmas básicos que las sustentan y a la falta de reglas de diálogo entre ellos, que a fallas personales.

En 1982 describí la situación de la especialidad en la introducción al texto de Psiquiatría que editamos con Mario Gomberoff. Es sorprendente comprobar cómo lo que escribí hace 30 años sigue siendo válido: "La Psiquiatría es una especialidad médica cuyo discurso está en plena elaboración, coexistiendo en ella modelos distintos que vienen de diferentes tradiciones teóricas. Aquello que le da coherencia es el quehacer práctico centrado en el paciente. Este quehacer es sintético y complejo pues conlleva simultáneamente acciones biológicas, psicológicas y sociales cuyo modo específico de acción nos es actualmente sólo muy parcialmente conocido. Luego, en esta especialidad los dogmatismos teóricos [o prácticos] no están al servicio del progreso del conocimiento, puesto que todos los modelos son abiertos, vale decir, tienen puntos de contacto. Esto no quiere decir que sea fácil pasar de un modelo a otro sino, por el contrario, esto es problemático, aunque por el momento no visualicemos otra manera de hacer Psiquiatría"<sup>3</sup>.

Claro está que ésta era nuestra visión, pero la realidad cotidiana de la práctica de la especialidad era otra. La imposibilidad de diálogo, por la ausencia de

<sup>1</sup> Ojeda C (2003) *La Tercera Etapa. Ensayos Críticos sobre Psiquiatría Contemporánea*. Santiago: Cuatro Vientos.

<sup>2</sup> Kendler K.S. (2005) Toward a Philosophical Structure of Psychiatry. *Am J Psychiatry*, 162: 433-440.

<sup>3</sup> Gomberoff M. & Jiménez JP (eds.) *Psiquiatría*. Santiago: Medcom, p. 22.

un marco epistemológico articulador, la comprobé personalmente en ese periodo. Me tocó formarme en una época turbulenta, inmediatamente después del golpe de Estado, periodo en que los programas de posgrado eran prácticamente inexistentes. Para mí eso tuvo la ventaja de que pude hacer una formación a mi medida. Mi interés por la misteriosa interacción mente/cerebro me llevó a estar un año y medio en el Servicio de Neurología del Hospital del Salvador, fascinado con el estudio de pacientes que padecían de distintas formas de epilepsia psicomotora, particularmente aquellos que eran refractarios al tratamiento medicamentoso. En muchos de ellos me llamó la atención cómo sus crisis resistentes se confundían con problemas y conflictos psicológicos y familiares. Empecé entonces a trabajar con un grupo seleccionado de estos pacientes, sin daño psicoorgánico, con psicoterapia psicoanalítica y comprobé que, efectivamente, sus crisis servían de vehículo de resolución, a la vez que de manifestación, de conflictos inconscientes y de enredados problemas familiares. Lo más sorprendente fue que en muchos de ellos las crisis desaparecieron después de unos meses de trabajo psicoterapéutico. Muy excitado por este descubrimiento, que documenté con historiales clínicos detallados que aparecieron publicados en revistas de la especialidad, busqué interesar a mis maestros de neurología en un estudio sistemático de tales pacientes, desde el punto de vista de la interacción entre la mente y el cerebro. La respuesta fue categórica: “Estás equivocado –dijeron–, esa tesis no tiene sustento, esos pacientes no existen, son histéricos” (se referían, por cierto, a la ‘hístico-epilepsia’ descrita por Charcot). La descripción detallada de las crisis, los registros electroencefalográficos y otras pruebas, no fueron convincentes. Acudí también a los psicoanalistas y recibí una respuesta en espejo: “Estás loco –afirmaron–, la epilepsia es un trastorno orgánico y una contraindicación para terapia psicológica”. La brecha entre mente y cerebro, entre significado y mecanismo era, pues, infranqueable. Así, unos acusaban a los otros de ignorar el diagnóstico psiquiátrico y la biología, los otros respondían que los primeros desechaban el rol de la biografía y de las motivaciones inconscientes en la etiopatogenia. En todo caso, mi impresión siempre fue que no existían los puentes epistemológicos ni metodológicos para cruzar la brecha. La propuesta del modelo bio-psico-social<sup>4</sup>, si bien fue un intento que se opuso al dogmatismo y al reduccionismo tanto

biológico como psicoanalítico y que permitió avances, especialmente en el área de la medicina psicosomática, finalmente fracasó porque terminó en un eclecticismo laxo que se limitó a yuxtaponer series causales de diferente origen sin una interacción real entre ellas<sup>5</sup>.

Esto me decidió a viajar a Alemania a formarme como investigador en psicoterapia y psicoanálisis. Siempre desde la orilla psicoanalítica, mi convicción era, y sigue siendo, que el futuro de la psiquiatría pasaba por el diálogo entre la hermenéutica y la ciencia natural. El esfuerzo de operacionalización de conceptos hermenéuticos que implica la investigación en psicoterapia y psicoanálisis prepara un acercamiento al modo de pensar del científico. Pero, cuál no sería mi sorpresa y, debo confesarlo, mi alivio, cuando, a partir de los años ochenta del siglo pasado la neurociencia empezó a descubrir que, precisamente, en el estudio científico del significado está el futuro de la biología. El premio Nobel otorgado al psiquiatra Eric Kandel en el año 2000 y el éxito editorial de sus publicaciones en el ámbito de la psiquiatría<sup>6,7</sup>, marcaron un antes y un después y desencadenaron una vertiginosa ruptura de la ilusión de separación infranqueable entre los paradigmas psiquiátricos del siglo XX. Kandel planteó que si la psicoterapia es eficaz, debe modificar el cerebro y, en este sentido, es un tratamiento biológico. Con sus estudios sobre el impacto del aprendizaje en las conexiones neuronales Kandel abrió paso a una integración entre psicoterapia y farmacología. El último estudio que conozco, publicado por investigadores finlandeses el año 2010<sup>8</sup>, y que fue posible gracias al camino abierto por Kandel, demostró que la psicoterapia psicoanalítica aumenta la densidad de los receptores de serotonina en el cerebro de pacientes deprimidas, y que la fluoxetina no lo hace, aun cuando ambos tratamientos fueron igualmente efectivos en mejorar la depresión. Ahora, ya no es tan evidente un psicoanálisis separado de la neurología, ahí está el novel desarrollo del *Neuropsicoanálisis*, así como tampoco existe una biología del cerebro

<sup>4</sup> Engel George L. (1977). “The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.” *Science* 196: 129-136.

<sup>5</sup> Gaehmi SN (2008) *Psiquiatría. Conceptos*. Santiago: Mediterráneo, pp. 47-50.

<sup>6</sup> Kandel E (1998) A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry*, 155(4): 457-469.

<sup>7</sup> Kandel E (1999) Biology and the future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *Am J Psychiatry*, 156(4): 505-524.

<sup>8</sup> Karlsson H, Hirvonen J, Kajander J, Markkula J, Rasi-Hakala H, Salminen JK, Na<sup>g</sup>ren K, Aalto S & Hietala J (2010) Psychotherapy increases brain serotonin 5-HT1A receptors in patients with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 40: 523-528.

que no contemple la influencia del medio ambiente temprano, nace la disciplina de la psicopatología del desarrollo. La neuroimagenología funcional ha mostrado un cerebro dinámico que ahora sí puede dialogar con la mente dinámica que Freud descubrió a fines del siglo XIX. La plasticidad neuronal y la epigenética han roto el muro que separaba la influencia ambiental de la biología. Por su parte, la teoría de la evolución empieza a cobrar una creciente importancia como marco explicativo y hermenéutico de la conducta, normal y patológica, del hombre moderno.

En los albores del nuevo siglo el panorama de la psiquiatría cambió drásticamente, inaugurando tareas que nuestra generación debe llevar adelante. Es la tercera etapa de la psiquiatría<sup>9</sup>, una etapa de pluralismo metodológico e integrativo, que —en palabra de Kendler—, “abrace la complejidad y apoye modelos explicativos pluralistas y empíricamente rigurosos”<sup>10</sup>. La tarea que tenemos por delante nos enfrenta al paradigma de los procesos complejos donde, en la teoría, las explicaciones simplistas y lineales y, en la práctica, las intervenciones únicas, ya no tienen lugar. La dificultad de la tarea reside, sin embargo, en que la integración es un afán permanente, debe ser construida por todos de manera continuada, en un ambiente de diálogo constructivo. Estas son las ideas fuerza que dieron origen a la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* y a nuestra SODEPSI. Reproduzco parte de la primera editorial de nuestra revista, que fijó nuestra perspectiva: “Después de haber compartido largos estudios médicos y de especialización y de haber dedicado nuestras vidas a personas que están bajo alguna forma de sufrimiento, los psiquiatras chilenos no podemos decir que no tenemos nada que ver entre nosotros. Sin embargo, tenemos muchas diferencias de aproximación, marco teórico y preferencias prácticas. Efectivamente, la psiquiatría no es ni un laboratorio experimental ni un reducto de feligreses, sino un sector de amplias controversias. Entonces, diferentes lenguajes y modelos de explicación del sufrimiento humano, estrategias terapéuticas, y especialmente numerosos asuntos sin respuesta circulan por el subsuelo de la práctica profesional... La *Gaceta* es una revista... libre y amplia, orientada a dar un lugar a los mencionados variados puntos de vista”<sup>11</sup>. Consecuentemente,

y después de comprobar la respuesta entusiasta a la convocatoria de la *Gaceta*, un grupo de nosotros, encabezado por César Ojeda, decidimos el año 2009 ampliar tal convocatoria y fundar una nueva sociedad, “por el desarrollo de la Psiquiatría”, cuya finalidad sea “impulsar el desarrollo y la difusión de la psiquiatría en todas sus vertientes: psiquiatría de adultos, psiquiatría infantil, psiquiatría comunitaria y social, psiquiatría teórica y otras. Además, continúa la convocatoria, SODEPSI impulsará el desarrollo y la difusión de las disciplinas afines en las áreas relevantes para la psiquiatría. Caben en estas últimas la psicología clínica, la psicoterapia, la psicofarmacología, la neurobiología, las disciplinas dedicadas a la evolución y al neuro-desarrollo, la genómica, las ciencias sociales, etcétera”<sup>12</sup>. Como ven, en nuestra Sociedad caben todos aquellos que tienen interés en contribuir, desde muy variadas perspectivas y lugares, al desarrollo de esta disciplina *híbrida* que es la Psiquiatría. La variedad de temas que abarcan las actividades de este encuentro, así como la diversidad de orígenes profesionales de los participantes, son un indicador de la efectividad de la convocatoria.

Pero, permítanme volver al tema de la crisis de los paradigmas enfocando en el asunto de los diagnósticos en psiquiatría. A lo largo del siglo XX la psiquiatría occidental, y con ello me refiero principalmente a Europa y Estados Unidos, partió de la base de la estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, transparentando una epistemología más o menos esencialista que, para decirlo brevemente, considera que las enfermedades existen independientemente de las personas y de la sociedad y cultura en que éstas están inmersas. La cultura tendría solamente un efecto patoplástico, es decir, sólo modificaría ciertas manifestaciones psicopatológicas, pero no la *esencia* del trastorno. Sostiene esta idea el supuesto de que todos los cerebros humanos son iguales, independientemente de la cultura en que se desarrollan; de ahí la idea de que la etiología última hay que buscarla en mecanismos cerebrales. Sabemos ahora que eso no es así. El tema de la construcción sociocultural de los trastornos mentales tiene mucho fundamento teórico y empírico<sup>13</sup>, y ha recibido un nuevo impulso con los hallazgos de la novísima neurociencia relacional. Como bien lo ha mostrado Germán Berríos<sup>14</sup>, los diagnósticos en psiquiatría surgen y se modifican en el tiempo de

<sup>9</sup> Ojeda C (2003) *La Tercera Etapa. Ensayos Críticos sobre Psiquiatría Contemporánea*. Santiago: Cuatro Vientos.

<sup>10</sup> Kendler K.S. (2005) Toward a Philosophical Structure of Psychiatry. *Am J Psychiatry*, 162: 433-440.

<sup>11</sup> Jiménez JP y Ojeda C (2005) Editorial. *Gaceta [de Psiquiatría] Universitaria*. 1(1): 7.

<sup>12</sup> Ojeda C (2009) SODEPSI ¿Quiénes Somos? PPT.

<sup>13</sup> Editorial: The social construction of mental illness. *Psychological Medicine* 1988, 18: 1-9.

<sup>14</sup> Markova IS & Berríos G (2012) Epistemology of Psychiatry. *Psychopathology*, 45: 220-227.

manera compleja. El estudio de la naturaleza híbrida de la psiquiatría, como una disciplina que cabalga entre las ciencias naturales y las ciencias humanas y sociales, plantea que las variables sociales y culturales intervienen muy precozmente en la cascada etiológica. El objeto de la psiquiatría, la “locura”, fue hasta el siglo XIX una definición que dependió de las visiones que la sociedad europea se formó de lo que era una conducta “normal”. Los psiquiatras en esa época éramos “alienistas”, es decir, especialistas en contener en manicomios a los individuos que encarnaban lo ajeno, lo chocante, lo siniestro, lo otro no aceptado por la norma social. Fue recién a fines del siglo XIX cuando la medicina “naturalizó” la locura convirtiéndola en un “estado mórbido”, una enfermedad, y con ello, la psiquiatría se convirtió en una especialidad médica ‘científica’ y, como tal, en un emprendimiento terapéutico. Entonces, lo que llamamos trastorno, desorden o enfermedad en psiquiatría, en primer lugar es una definición sociocultural. Después, la psiquiatría la medicaliza indagando su origen, sea en mecanismos cerebrales, como lo hace la psiquiatría biológica, en mecanismos psicológicos inconscientes, como en la psiquiatría psicoanalítica o entendiéndola como constructos desarrollados para satisfacer necesidades sociales en determinados periodos históricos, como lo proyecta la psiquiatría social y comunitaria. Por cierto, cada narrativa psiquiátrica considera también la influencia de los demás contextos etiológicos, pero durante el siglo XX estas psiquiatrías permanecieron como narrativas básicamente desconectadas entre sí, dando origen a la “guerra de los paradigmas”. El proceso inverso, es decir, la desmedicalización de una condición como resultado de un cambio cultural, lo hemos visto estos últimos años en la desaparición de la homosexualidad de las clasificaciones de enfermedades psiquiátricas. Ciertamente, la controversia aún persiste, pero es interesante comprobar que aquellos que siguen afirmando que la homosexualidad es una enfermedad y, por lo tanto, eventualmente modificable con un tratamiento adecuado, lo hacen en el contexto de posiciones religiosas y éticas de claro corte conservador, esto es, desde valores culturales. El caso de la homosexualidad nos muestra de manera patente que, en última instancia, nuestra disciplina no es independiente de los valores dominantes en la cultura y la época en que nos toca ejercerla.

Pero la desconexión entre diferentes narrativas psiquiátricas ha tenido muchos efectos. Por ejemplo, explica el fabuloso éxito de la industria psicofarmacológica, que en última instancia promueve la ideología de que cualquier malestar psicológico puede ser sanado con una píldora. También explica el problema que

tenemos actualmente con el diagnóstico de depresión. Si llamamos depresión a cualquier baja del estado de ánimo y de la autoestima, y ésta se equipara a “déficit de serotonina en el espacio intersináptico” se terminará naturalmente en la confección de guías clínicas y protocolos que prescriben algoritmos cuyo centro terapéutico gira en torno a medicamentos específicos. Sin embargo, no sólo sabemos que un porcentaje significativo de pacientes no responden a tales medicamentos que, por cierto, tampoco son específicos, sino también, que los médicos generales que trabajan en el nivel de atención primaria tienen grandes dificultades para guiarse por tales protocolos, tendiendo mucho más al sentido común de considerar la mayoría de las consultas por quejas depresivas como una reacción a un contexto psicosocial adverso, como lo han mostrado muy recientes revisiones sistemáticas de 13 estudios cualitativos realizados en diferentes países<sup>15, 16</sup>.

En su afán por fijar un panorama rápidamente cambiante e inestable, la psiquiatría ha creado sistemas clasificatorios como el CIE y el DSM, cuya característica más saliente es que en versiones sucesivas han ido aumentando el número de cuadros discretos, supuestamente diferentes. En estos días (el 18 de mayo precisamente) se lanzó la última versión de los DSM, el DSM-5. Pero esta versión no parece haber cambiado mucho las cosas. Thomas Insel, director del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos lo recibe diciendo que “los pacientes con desórdenes mentales merecen algo mejor”<sup>17</sup> y anuncia un proyecto a largo plazo (RDoC, *Research Domain Criteria Project*) que se aleja de la filosofía de los DSM para transformar el diagnóstico psiquiátrico buscando etiologías que incorporen genética, neuroimágenes, ciencia cognitiva y otros niveles de información que ofrezcan fundamentos para un nuevo sistema diagnóstico. EL DSM-5 nace así deslegitimado por la máxima autoridad en investigación en Salud Mental norteamericana. Temo, eso sí, que la búsqueda de marcadores biológicos y el intento de transformar la Psiquiatría en una “Medicina de precisión”, sea el golpe de gracia al diagnóstico clínico y a la psicopatología.

<sup>15</sup> Schumann I, Schneider A, Kantert C, Löwe B & Linde K (2012) Physician's attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Family Practice*, 29: 255-263.

<sup>16</sup> McPherson S & Armstrong D (2012) General Practitioner Management of Depression: A Systematic Review. *Qualitative Health Research*, 22(8): 1150-1159.

<sup>17</sup> Thomas Insel, NIHM, Director's blog April 29, 2013.

En todo caso, diagnósticos clásicos, como la histeria, han desaparecido; la depresión mayor, como cuadro polimorfo y difícil de fijar (es difícil de distinguir de los duelos, de las reacciones de adaptación o de ciertos rasgos de personalidad), crece, desbordando los sistemas de salud; lo mismo ha pasado con los trastornos graves de personalidad. Las formas catatónicas y hebefrénicas de la esquizofrenia son cada vez más raras. Sabemos, por estudios ya clásicos, que si bien la prevalencia de la esquizofrenia es estable a través de las culturas, su pronóstico no lo es; los pacientes esquizofrénicos que viven en zonas rurales o sociedades menos desarrolladas tienen un mejor pronóstico<sup>18, 19</sup>. Pero eso no es todo: hallazgos muy recientes en genética han dado otra vuelta de tuerca a la relación entre patología y cultura<sup>20</sup>. El descubrimiento del polimorfismo de los genes actualmente llamados *pro sociales*, como son los que tienen que ver con la serotonina y la oxitocina, *la hormona de los mimosos*, plantean que la vulnerabilidad a la depresión, que hace no muchos años se asoció con cierto polimorfismo en el gen promotor del receptor de la serotonina, es un caso particular de sensibilidad al medio ambiente. Estos estudios muestran que en culturas marcadamente colectivistas existe una mayor proporción de polimorfismo de genes pro sociales pero no mayor depresión, lo que se explica, precisamente, por el factor protector de la cultura colectivista<sup>21</sup>. Parece así existir una co-evolución entre cultura y genética. En fin, el descubrimiento de la epigenética ha destrozado la idea clásica de que, en psicopatología, la genética es destino universal. La permanente recursividad entre genes y medio ambiente ha complicado enormemente el estudio de la etiopatogenia en psiquiatría y dificulta la búsqueda de marcadores biológicos específicos.

Más allá aún, el concepto mismo de especificidad de un trastorno no se sostiene más. En psiquiatría, la comorbilidad es la regla más que la excepción. Es el caso, por ejemplo, de la cercanía epidemiológica, clínica, psicodinámica y genética entre los cuadros afectivos y

el trastorno de ansiedad generalizado. La alta comorbilidad en psiquiatría ha puesto de moda el concepto de espectro patológico, donde el diagnóstico categorial, tan propio de la medicina, da paso a uno dimensional. Pensar la patología en dimensiones parece hacer más justicia a la complejidad de la clínica en psiquiatría. Además está decir que la especificidad de la medicación psicotrópica tampoco se sostiene. Seguimos hablando de medicamentos antipsicóticos y de antidepresivos, pero los usamos en variadas presentaciones clínicas. Esta falta de especificidad ha hecho posible el uso extendido de la prescripción *off-label*, es decir, la práctica de prescribir fármacos para una indicación no aprobada o para un grupo de edad diferente del estudio original o en dosis o forma de administración no probadas explícitamente. Por cierto, el uso *off-label* es una forma muy apreciada por la industria farmacéutica.

El economicismo que impera en nuestras sociedades obliga a medir la carga económica que significan las personas con problemas de salud mental. Una revisión realizada en el Reino Unido el año 2012<sup>22</sup> muestra que en el grupo de menores de 65 años casi la mitad de todos los enfermos son psiquiátricos y que la enfermedad mental es más incapacitante que la mayoría de las enfermedades físicas. En promedio, una persona con depresión está al menos un 50% más discapacitada que alguien con angina, artritis, asma o diabetes. El dolor mental es tan real como el dolor físico y, a menudo, más severo. Sin embargo, y esto el estudio lo considera un escándalo, sólo una cuarta parte de los pacientes mentales está en tratamiento, comparado con la gran mayoría de aquellos con condiciones físicas, que sí lo están. Lo novedoso de este informe, realizado por economistas de la prestigiosa London School of Economics, es que sostiene que aumentar el gasto en el tratamiento de los trastornos mentales más comunes no le costaría un peso más al Estado. La argumentación es precisa: La enfermedad mental asociada aumenta la severidad de la enfermedad física y también produce síntomas físicos que no pueden ser explicados médicamente. La mitad de todos los pacientes referidos después de una primera consulta en el nivel de Atención Primaria fueron catalogados como teniendo “síntomas físicos médicamente inexplicables”; se trata de los pacientes que tradicionalmente se han llamado “pacientes funcionales”. El informe sugiere entonces que el actual gasto millonario

<sup>18</sup> World Health Organization (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. WHO: Geneva.

<sup>19</sup> World Health Organization (1979). *Schizophrenia: an International Follow-up Study*. John Wiley New York

<sup>20</sup> Belsky J & Pluess M (2009) Beyond Diathesis Stress: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Psychological Bulletin, American Psychological Association*, 135 (6): 885-908.

<sup>21</sup> Way BM & Lieberman MD (2010) Is there a genetic contribution to cultural differences? Collectivism, individualism and genetic markers of social sensitivity. *SCAN* 5: 203-211.

<sup>22</sup> *How Mental Illness loses out in the NHS. A report by The Centre for Economics Performance's Mental Health Policy Group*. London: The London School of Economics and Political Science, June 2012.

del sistema de salud en la atención de tales pacientes se invierte en terapias psicológicas. Los hallazgos de investigación muestran que cuando pacientes con síntomas físicos reciben terapia psicológica, la mejoría promedio en los síntomas físicos es tan espectacular, que el ahorro resultante en el gasto de la atención médica compensa totalmente el costo de la terapia psicológica. Esto es así, porque los costos de la psicoterapia son bajos y la tasa de recuperación alta. La mitad de los pacientes que consultan por cuadros angustiosos se recupera después de un promedio de 10 sesiones de terapia, la mayoría permanentemente, y la mitad de aquellos con depresión se recupera con un riesgo de recaída mucho menor que después de una terapia medicamentosa. La verdad es que estos datos los conocíamos desde los años 50, cuando los psiquiatras psicoterapeutas alemanes llevaron a cabo investigaciones sobre el impacto de la psicoterapia en pacientes médicos, y mostraron que después del tratamiento psicológico disminuyó considerablemente el gasto per cápita ulterior en procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos. Estos datos demuestran que el ser humano es una unidad y que el inverso del antiguo dicho "mente sana en cuerpo sano" también es cierto: Un cuerpo sano requiere de una mente sana. El informe concluye afirmando que aun considerando la carga por muerte prematura, la enfermedad mental da cuenta del 23% de toda la carga por enfermedad. Sin embargo, a pesar de la existencia de tratamientos costo-efectivos, la salud mental en el Reino Unido sólo recibe el 13% del presupuesto en salud. La discriminación secular al paciente mental se extiende así a los servicios de psiquiatría y, por cierto, también a los psiquiatras y profesionales de salud mental.

¿Y qué pasa en nuestro país? En Chile contamos en el sector público con una gestión continuada a lo largo de los últimos 20 años, con tres planes nacionales, en un modelo de salud mental comunitario, donde hay un avance notable en la cobertura en la atención en Salud Mental en todo el país. Desde 1993 hasta el año 2006 la expansión de la cobertura en el nivel primario de salud fue considerable, pasando de cerca de 100.000 atenciones en 1993 a algo menos de 1.800.000 en el año 2006<sup>23</sup>. La red de Salud Mental se ha estructurado y fortalecido a nivel nacional. Sin embargo, menos promisorio ha sido el impacto de los planes y programas en la prevención de condiciones índices y en la promoción de la salud mental. Quizás el problema radique aquí en que la salud mental de un país está fuertemente

determinada por factores socio-económicos. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, del poder y de los recursos a nivel mundial, nacional y local, lo que a su vez depende de las políticas adoptadas. Sabemos que los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Por cierto, la modificación de los determinantes sociales es una tarea que supera el ámbito sectorial de salud y alcanza el nivel de las políticas públicas generales de un país. Es por esta razón que creo que es difícil que se cumplan las metas que se plantea el último plan de Salud Mental del Gobierno, mientras no cambien las características del conocido círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza y las condiciones de inequidad existentes en nuestro país.

En todo caso, dentro de las políticas de la autoridad en Salud Mental está el tema de la formación de recursos humanos, algo que nos atañe directamente y que debemos estudiar con atención. El *Plan de Salud Mental para la Estrategia Nacional de Salud 2013*<sup>24</sup> plantea que:

1. Los recursos humanos en Salud Mental son inadecuados en cantidad, diversidad y distribución. Se requiere de inversiones sustantivas y estrategias efectivas para su desarrollo.
2. Las competencias de los egresados de todas las carreras que convergen en la salud mental aún no son consistentes con las necesidades de la población que les tocará atender y con las condiciones de trabajo que encontrarán para ello.
3. La atención de salud mental puede darse con efectividad en las estructuras de salud general (APS), a través de programas basados en la comunidad, participación de profesionales de salud general, trabajadores no profesionales, cuidadores, usuarios y otros.
4. Los especialistas en salud mental deberán agregar progresivamente roles y competencias en capacitación, supervisión y tutoría de no especialistas.
5. Los centros formadores y de investigación están llamados a ejercer y co-participar de un efectivo liderazgo en esta materia, junto a la Autoridad de Salud y de Educación.

<sup>23</sup> Pemjean A (2013) *Políticas Públicas en Salud Mental: los desafíos para los próximos años*. PPT.

<sup>24</sup> Pemjean A (2013) *Políticas Públicas en Salud Mental: los desafíos para los próximos años*. PPT.



Así pues, todos estamos llamados a colaborar.

Llego al final de estas palabras, en las que he querido plantear algunos temas que me parecen relevantes para una discusión sobre el estado actual y el futuro de nuestra especialidad. Sin embargo, no quisiera terminar sin agradecer a quienes han hecho posible la realización de este evento. En primer lugar, al directorio de *Sodepsi*, en particular a su anterior presidente y actual director de este congreso, Dr. César Ojeda, quien con generosidad, gran habilidad, y mucho trabajo, ha logrado plasmar un original programa científico. A cada uno de los colegas que han estado a cargo de organizar los simposios y talleres, a todos quienes presentan trabajos libres. A Peter Fonagy, quien generosamente nos ofreció la conferencia

del día sábado, y a *Digimagen* que la hace posible encargándose de las comunicaciones y grabaciones. A la Universidad de Santiago y su Facultad de Medicina, que han puesto a nuestra disposición su estupenda infraestructura. Muy especialmente a C&C Consultores y a su director, Wilfredo Romero, que ha trabajado incansable y eficientemente en la difusión y administración del evento. Finalmente, pero no por eso recibirán menos agradecimientos, a todos Uds., por su interés en asistir, Uds. que son el sentido último de todos los afanes. Ahora depende de todos nosotros transformar este encuentro en una experiencia fructífera de diálogo.

Muchas gracias.

# HOMENAJE DE SODEPSI AL DR. SERGIO PEÑA Y LILLO

(Rev GPU 2013; 9; 2: 140-143)

Hernán Villarino

Los homenajes se realizan porque una obra y una existencia han alcanzado tal relieve e importancia que ante ellos brota espontáneamente nuestra admiración y gratitud. Como muchos otros psiquiatras actuales de este país, ni somos discípulos formales ni hemos conocido personalmente al Dr. Peña y Lillo, sólo sabemos de él por sus escritos, pero en ellos se transparentan asuntos tan reales e importantes para la psiquiatría que no nos dejan indiferentes, nos interpelan, es decir, están sin mengua interrogándonos e inquietándonos.

Y no nos referimos en exclusiva a sus realizaciones en la psiquiatría y en la clínica, tan variadas y consistentes, y que aparecen resumidas en la entrevista que concedió en el N° 3 del 2005 de la *Gaceta*. Baste citar su original y fecunda diferenciación entre la angustia y la ansiedad; o cómo, con anterioridad al celebrado Kandel, quien enlazó la neurociencia y la psicoterapia dotando de unidad y totalidad a lo que en la psiquiatría suele ir desvinculado, disperso y separado, concibió la pionera combinación entre un objetivista estricto, como Pavlov, y el mundo de lo inconsciente y los arquetipos. Su logrado esfuerzo por hacer de la psiquiatría una ciencia una con distintos departamentos, y no una serie de secciones estancas imposibles de relacionar, lo sitúan en un lugar destacado, destacable e imperecedero de esta disciplina en nuestro país.

Sin embargo, esta tendencia a captar y plasmar lo uno y la totalidad en la vida humana, incluso en la vida humana enferma, no es una postura intelectual meramente lógica, refleja más bien un modo de existir. La tendencia a la dispersión o la unidad en el pensar y la

obra refleja y expresa la tendencia a la dispersión o la unidad en la propia existencia. Sólo puede verse la unidad de la vida humana si de alguna manera la propia existencia está unificada. No es posible contemplar al hombre como cualquier otro objeto que está simplemente ahí y que tiene tales y cuales atributos objetivamente discernibles, porque el modo como existimos nosotros mismos decide lo que podemos ver.

Los psicoanalistas exigen a sus discípulos que antes de tratar a otro, y para evitar distorsiones, proyecciones y sesgos, se conozcan previamente a sí mismos a través de un análisis didáctico. No nos pronunciamos sobre si éste es el método adecuado, o el único, pero la exigencia del autoconocimiento es irreprochable. Saber quiénes somos es inexcusable para ejercer la psiquiatría, porque, como aseguran los psicoanalistas, nuestros juicios y posturas intelectuales dependen de eso, de quiénes somos. Las respuestas a los debates intelectuales en psiquiatría, por ejemplo la disputa entre lo innato y lo adquirido, entre lo endógeno y lo reactivo, entre lo consciente y lo inconsciente, en fin, entre las tantas perplejidades que la pueblan y animan, no dependen de un laboratorio, donde nunca han hallado solución, sino del modo en que existimos y encontramos en nosotros mismos la expresión y manifestación de esas fuerzas. Puede que en la psiquiatría no haya reales debates intelectuales, como los hay en la física o en la química, todos parecen ser existenciales, porque en ella se predica respecto de la esencia del hombre, de aquel fondo que lo mueve y que él mueve pero que cada uno experimenta a su manera.

De allí entonces que una obra clara y productiva en nuestro terreno, cuya temática es primariamente el hombre, sólo puede realizarse a partir de un modo de existir autoconsciente. Pero si la vida y la obra van de consuno y un mismo ritmo las solidariza, la vida, que es acto, y la obra, que es un acto fruto del anterior, no son dos sino una y la misma cosa. Lo que explica la vida es la obra y viceversa, de modo que no se puede aislar una de la otra, y al intentar comprender el sentido y la actualidad del Dr. Peña y Lillo en la psiquiatría, es necesario recurrir a ambas.

En este sentido, la sustancia y esencia del hombre sobre las que predicó nuestro autor, y que comprobó y manifestó a través de su propia experiencia, a nuestro juicio no son en exclusiva el cuerpo, el alma ni el espíritu, sino una cierta unidad que se manifiesta como un camino, un trayecto, un quehacer realizado a través de aquéllos y radicado en la verdad, la comunicación y la libertad, todo lo cual se ha llamado existencia para distinguirla del mero vivir.

En relación con la verdad, en la página 55 de *El Túnel y el Bardo*, nuestro autor dice que el alma oscila entre dos mundos, uno transitorio y otro verdadero. Pareciera que para mantener la simetría, si usa en primer lugar la palabra transitorio correspondería que empleara después el término eterno o eternidad. Pero evidentemente, y cualquiera puede comprobarlo, no dice que el alma se debata entre lo fugaz y lo eterno sino entre lo transitorio y lo verdadero, de modo que la eternidad, que correspondería gramaticalmente y que echamos en falta en la oración, no puede asimilarse ni con un tiempo detenido ni con uno muy prolongado, sino con un contenido existencial: el reposo en la verdad.

Pero, ¿qué verdad es ésta? ¿Acaso la correspondencia entre el sujeto y el predicado, o la equivalencia entre lo pensado y la realidad, o la exactitud científica o algo por el estilo? La verdad, para el Dr. Peña y Lillo, no parece ser algo lógico ni previo al propio existir, porque de la verdad que habla no es relativa al alma, al cuerpo ni el espíritu, no remite a nada objetivo, es existencial, es decir, es aquel tipo de verdad que determina el curso de nuestra vida, que nos compromete por entero, de la que con frecuencia nada sabíamos ni tampoco esperábamos, y que cuando aparece muchas veces nos sorprende y admira. Ahora bien, esta verdad no puede ser objetiva porque no refiere primariamente al cuerpo ni al alma ni al espíritu, que conocemos objetivamente desde siempre, constituye más bien el horizonte que irrumpe, orienta y regula cada existencia en lo que tiene de más propiamente suyo. Y si bien hay muchos modos de alcanzar este estado, el Dr. Peña y

Lillo pertenece a quienes lo logran según lo comunica una dilatada tradición.

En efecto, para Aristóteles, por ejemplo, la experiencia primordial del filosofar es el asombro, que no es más que la suspensión del mundo cotidiano y conocido, y con ello tanto del tiempo como de las verdades lógicas y científicas. Es un quedarse alelado y sin palabras ante un espectáculo demasiado grande, que nos sobrepasa por todas partes, que parece no caber en nuestra cabeza y que nos hace perder la falsa seguridad, convencional y no meditada, en la que todos vivimos; en fin, donde lo habitualmente tenido por importante y por verdadero revela su precariedad y con ello su falsedad e irrealidad. Pero lo ignoto que nos asalta y asombra, porque es una verdad indisponible, no está sólo en la filosofía griega. En Kant se le llama nómeno o cosa en sí; y en Kierkegaard o Heidegger el paso desde lo efímero a la vida verdadera, o si se quiere, el giro desde la vida impropia a la vivida con propiedad está precedido por la angustia, que en primer lugar disuelve lo que tenemos por real para ponernos sin ambages cara a la nada de un mundo consabido pero que carece de substancia.

El matiz afectivo angustioso en el asombro es un acontecimiento más bien moderno que no parece haber sido determinante en Grecia, y el Dr. Peña y Lillo consagró uno de sus mayores textos a este asunto, que se ha hecho acuciante para la existencia humana durante estos últimos dos o tres siglos.

Por otra parte, lo inefable que nos asalta como lo verdadero, asombrándonos y quebrantando la regularidad y seguridad habituales, no sólo es el origen de la filosofía. Anterior a ella, con ella y después de ella, es también, con sus propias peculiaridades, una vivencia místico-religiosa, que Otto ha llamado numinosa y que refiere a lo que denomina el *mysterium tremendum*. Pues bien, el Dr. Peña y Lillo no fue ajeno a esta experiencia, y como sabemos buena parte de su creación está consagrada a explicitárnosla, y a revelarnos el modo en que influyó y configuró su propia vida.

Por sus temas, y por el modo de enfocarlos, como vimos recién, la obra del Dr. Peña y Lillo no sólo no es excéntrica, pertenece a lo más incommovible de la gran tradición reflexiva de Occidente, y por su preocupación y abordaje de la angustia se sitúa inequívocamente como un hombre de nuestra época.

Pero si afirmamos previamente que para el Dr. Peña y Lillo la imagen del hombre se asimila con un camino, ¿no nos contradecemos al afirmar que el ingrediente de la verdad de la existencia coincide sólo con un momento excepcional, donde pareciera que algo esencial para nosotros mismos se nos revela? ¿Qué rol

juega todo lo que antecede y sucede a ese instante si es que la vida realmente es un camino?

En su texto *El Encuentro con Cristo* relata que la madre le encargó que pusiera en su tumba cierta imagen de la Virgen venerada por ella, y aunque él se comprometió a hacerlo no cumplió, la guardó para sí movido por un impulso incomprensible que se lo impedía, y no por su contenido religioso, porque María no jugaba ningún papel en sus creencias. Pero cuando al final de su vida proyectaba el citado texto, por casualidad se la topó, y tuvo entonces la revelación de su presencia viva. *“Fue, dice, un verdadero encuentro con el tesoro de la pureza de mi fe infantil, esa transparencia inmaculada de la devoción de los niños. Ahora comprendía, agrega, la razón del inesperado impulso que me impidió poner la imagen junto al cadáver de mi madre: todo es perfecto en el propósito divino, y desde mucho antes, quizá desde siempre, estaba decidido mi encuentro con María precisamente ahora; cuando iba a escribir sobre Jesús, ella aparecía”*.

Sobre los asuntos importantes montamos guardia, y como estamos prevenidos nunca fallamos, pero sólo captamos quienes somos realmente, entre sueños, en lo impredecible de lo cotidiano, incluso en lo que parece insignificante, o en cosas tan sencillas como esa que acabamos de oír. Nuestro autor y todos nosotros nos movemos por decisiones claras e impulsos oscuros, nos perdemos en recovecos o avanzamos por calveros despejados, caemos en el abismo, incumplimos nuestras promesas, incluso hacemos el mal; no obstante, si al final, como le ocurrió al Dr. Peña y Lillo, llegamos donde siempre estuvimos y quisimos estar, y comprendemos que no podríamos estar allí si no hubiéramos hecho el recorrido que hicimos, entonces el camino realizado no es contingente sino esencial, no es sólo un medio sino también parte de la verdad. La verdad de la existencia y el camino para alcanzarla se confunden y se identifican.

Ahora bien, si la existencia es un camino no por ello todos los caminos son existenciales, porque al revisar su propio trayecto no todos pueden, como el Dr. Peña y Lillo, contemplarlo honradamente como inevitable y necesario. Es más, la mayoría de nosotros imputamos a la vida el cifrarse en una serie de anécdotas lineales, no circulares, que no se cierran sobre sí mismas, que no tienen forma ni sentido y que perdidas en lo sinfinito no concluyen en nada ni conducen a ninguna parte. Pero cuando la vida no es más que una serie de promesas que se resuelven en postergaciones infinitas, tanto los sucesos que nos tocan como nosotros mismos no podemos sino aparecer como una colección de azares, y a la postre, puesto que no hemos sido fieles con nosotros mismos, no se verifica ningún orden ni realización, de modo que experimentamos el

mundo y la vida como vanos, incluso como odiosos e insuperablemente hostiles.

En cambio, si el puzle de la vida resulta que no es una serie de fragmentos inconexos sino que milagrosamente todas las piezas ajustan y señalan en la misma dirección, si el vivir, en definitiva, es una obra que se realiza y se completa a pesar de sus inevitables borrones y bocetos malogrados, entonces no puede sino experimentarse la aceptación y reconciliación incondicional del ser, es decir, de lo que somos y hemos sido, que los antiguos llamaron amor *fati* y que tan claramente se revela en la citada anécdota del Dr. Peña y Lillo.

La existencia tiene sus propios modos de expresión. El amor *fati*, por ejemplo, o la providencia, el destino, la bienaventuranza, aunque también sus opuestos, son sus términos, y el arte, los símbolos, los mitos, la filosofía son su exposición y desarrollo. Todo aquello que visto objetivamente pareciera que no remite a nada y simula ser un juego o un sinsentido, constituye, no obstante, el genuino lenguaje de la existencia. Por lo pronto, en la objetividad hay al mismo tiempo claridad e imposibilidad de decidir respecto del contenido del mundo y del propio ser (las cosas son como son y de eso no podemos escapar), pero en la existencia no hay nada previamente resuelto, y la verdad oscilante depende del camino que libremente hemos decidido. Y qué duda cabe que fue existencial el lenguaje predominante en sus escritos, donde tan originalmente se tematizó todo lo que es perceptible y evidente para la existencia, y sólo para ella, es decir, la belleza, la poesía, el destino, la esperanza, el simbolismo, etc. Que además todo lo existencial encontró cabida y resonancia en su vida y en su obra lo comprueba la asimilación, y los airosos puentes que tendió con las experiencias del Oriente y de la antigüedad. Su camino de la existencia no fue un estrecho sendero, sino esa ancha avenida donde desembocan todos los itinerarios existenciales.

Sus textos, por último, como su vida, según la propia declaración de su autor, son tanto la respuesta a una apelación como un permanente invocar a los otros, pero sólo podemos ser llamados o llamar, y decimos llamar, no ordenar, si está supuesta la libertad. Que la comunicación y la libertad son co-originarias, como lo reflejó el Dr. Peña y Lillo, es indudable, porque allí donde no hay libertad sólo hay imposición y dominio, jamás incertidumbre, reconocimiento del otro, reciprocidad ni comunicación. Y que tuvo éxito en este empeño comunicativo lo testifica la constante reedición de sus textos y su duradero éxito de ventas.

Por eso, como dijimos al principio, aparte de su contribución más estricta a la clínica psiquiátrica, es de la mayor importancia el conjunto de su obra, a la cual,

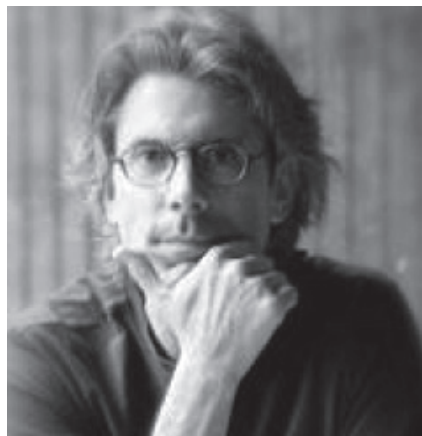
junto con su vida, rendimos hoy un homenaje, porque con ellas se despierta de modo señalado, en esta época impersonal y tecnificada que hace del hombre un objeto, incluso en la psiquiatría, se despierta, decíamos, esa posibilidad fundamental y exclusiva de la vida humana, que desde Kierkegaard se ha venido denominando como la categoría de la existencia (para distinguirla de las tradicionales categorías lógicas con que estudiamos

a los objetos), y a la que la psiquiatría, si quiere perdurar, no debiera dejar de atender.

La existencia, al fin de cuentas, no es nada distinto de lo que el Dr. Peña y Lillo ha plasmado en su vida y en su obra: un camino verdadero y un verdadero camino, libre y comunicado, lo que además no fue cumplido como una mera reflexión teórica sino con la gravidez de su propia experiencia real y vivida.

## ENTREVISTA A MARK EPSTEIN<sup>1</sup>

(Rev GPU 2013; 9; 2: 144-152)



MARK EPSTEIN

**Richard Simon (RS), editor de la Revista *Psychotherapy Networker*<sup>2</sup>, conversa con Mark Epstein sobre Mindfulness y Psicoterapia en el webcast “¿Es Mindfulness suficiente?” en Woodstock, New York, el año 2011. El invitado Mark Epstein es psiquiatra y una de las primeras personas interesada en la conexión entre Mindfulness y Psicoterapia. En sus escritos ha integrado la práctica budista y la práctica psicoterapéutica. Autor de numerosos libros, entre sus publicaciones encontramos: *Thoughts Without a Thinker (Pensamientos sin Pensador)* y *Buddhism, Joy, and the Therapeutic Relationship*. En esta conversación también nos cuenta acerca de su trayectoria por el psicoanálisis y por otras experiencias terapéuticas, desde diferentes perspectivas.**

---

<sup>1</sup> Transcripción entrevista y traducción del inglés al español: Sebastián Medeiros y María Cristina Moya.

<sup>2</sup> [www.psychotherapynetworker.org](http://www.psychotherapynetworker.org)

**Robert Simon (RS):** *Le quiero dar la bienvenida... hoy está en Woodstock, Nueva York... que parece ser un buen lugar para analizar Mindfulness y Psicoterapia. Mark, hola, ¿cómo está usted?*

**Mark Epstein (ME):** Bien, ¿y usted?

**RS:** *Parece ser un lindo día allá en Woodstock.*

**ME:** Sí, lo es, es un día muy soleado.

**RS:** *Comencemos entonces... una de las cosas que resulta ser bastante distintiva, a mi parecer, en cuanto a su perspectiva, es esta conexión que Ud. hace entre el budismo y el psicoanálisis. Como nos dijo Freud, el objetivo del psicoanálisis era "convertir el sufrimiento neurótico en desdicha común" y el budismo parece prometer... el nirvana parece prometer... un alivio de esta desdicha común. Pero Ud. ve una conexión entre el budismo y el psicoanálisis.*

*Por qué no comenzamos entonces y nos explica acerca de esto. Esta fue una de sus primeras contribuciones, hacer esta conexión entre la tradición psicoanalítica y la enseñanza del budismo.*

*En la superficie, para muchos de nosotros, parece que ambas no fueran tan reconciliables, entonces ¿cómo ve Ud. la conexión entre el budismo y el psicoanálisis?*

**ME:** Bueno, Freud no dijo que su objetivo era solamente llevar a una persona del sufrimiento neurótico a la desdicha común, dijo que era lo mejor que podía hacer... creo que era bastante humilde en sus aspiraciones. Cuando escuché eso por primera vez pensé... bueno, "elijo la perspectiva del budismo, no quiero quedarme con la desdicha común"... pero mientras más años llevo como psicoterapeuta, más aprecio la humildad del comentario de Freud, porque conformarse con la desdicha común es un objetivo budista también, pues pasamos tanto tiempo tratando de alejarnos de ella y tratando de separarnos de nuestro propio sufrimiento y del sufrimiento de todos los que nos rodean que, de hecho, un objetivo común tanto del budismo como del psicoanálisis –si incluso nos remontamos a Freud– es borrar esa división que tratamos de hacer entre nosotros y el sufrimiento de nuestras vidas y el sufrimiento de las vidas de las personas a las que amamos.

Durante años, realmente no podía entender bien a Freud; cuando me inicié en la psicología los budistas parecían expresar esto de manera más clara, pero al pasar de los años he ido apreciando lo que ofrece el psicoanálisis y mientras más he ahondado en el tema, más veo reflejado el budismo en él, por lo tanto, la mayor parte de mi trabajo está en tratar de mostrar ambos paralelos. Y, en el proceso, tal vez volver a descubrir lo que

yo consideraría como la sabiduría budista, pero que no es exclusivamente budista, sino la sabiduría budista relacionada con el psicoanálisis.

**RS:** *Háblenos un poco más acerca de eso, ¿qué es lo que descubrió en estos paralelos?, ¿qué tienen en común?*

**ME:** La introducción para eso es que ambas tradiciones tratan de indagar la mente con la mente. Buda fue uno de los primeros excelentes psicoterapeutas en el mundo, pues él construyó en base a ese talento o capacidad peculiar que todos tenemos, que es el de la autorreflexión. Esta capacidad de utilizar la mente para observar a la mente, a menudo parece ser... bueno, creo que encontraron un poco de evidencia de ello en las ballenas, los elefantes, etc., pero ciertamente desde nuestro punto de vista egoísta como seres humanos, está en su máxima capacidad como *homo sapiens*; por lo tanto, Buda, y Freud más adelante, descubrieron esa habilidad para hacer lo que Freud llama una escisión terapéutica del yo (*therapeutic splitting in the ego*), que es usar a la mente para observar cómo funciona la mente o las emociones en el cuerpo... y los psicoanalistas no sabían mucho del budismo, sabían muy poco. Las primeras traducciones que hicieron los alemanes se daban a conocer en Viena y en Berlín durante el auge del psicoanálisis. Pero si uno ve los primeros artículos psicoanalíticos, uno puede ver que básicamente la investigación giraba en torno a la naturaleza del *self*, y que luego el psicoanálisis avanzó con las generaciones hacia el movimiento de las relaciones objetales en Inglaterra, y a lo que ahora llamamos intersubjetividad. Se trata realmente de indagar cuál es la naturaleza del *self* y, como Buda prometía, mientras uno más se concentra en el *self*, más elusivo se torna. Y la tradición psicoanalítica, a través de su propia investigación, utilizando el idioma occidental, ha fracasado en aislar un *self* absoluto, y eso es muy interesante, porque viene de la observación directa.

**RS:** *Una de las conexiones que usted ha hecho es aquella entre la "atención flotante" y la práctica meditativa, tal como la conocemos hoy. Hablemos entonces acerca de la conexión entre el proceso analítico como un proceso de autoindagación y lo que conocemos acerca de la práctica meditativa.*

**ME:** Sí, Freud tuvo bastantes problemas para enseñar cómo realmente funcionaba esta forma en que le prestaba atención a sus pacientes; como psicoanalista, siempre se le pedía hablar acerca de esto y a él no le gustaba hacerlo, pero sí escribió sobre esto en distintos momentos de su carrera y escribió un paper clásico que se llama "Recomendaciones para médicos practicantes

del psicoanálisis”, en donde trató de mostrar casi de forma cognitiva-conductual, cómo los terapeutas deberían atender a sus pacientes. Y su enunciado más famoso en ese artículo es que los psicoanalistas deberían suspender el juicio y entregar una atención imparcial a todo lo que se puede observar... y si se observan estas palabras, lo que significa suspender el juicio y prestar una atención imparcial a todo lo que hay para observar, es totalmente budista (un maestro zen diría lo mismo). También decía que los psicoanalistas no deberían tratar de mantener algo particular en su mente cuando escuchan a sus pacientes, sino que deberían dejar que su inconsciente escuche al inconsciente del paciente de la misma forma en que un teléfono recibe las vibraciones que vienen de otro teléfono. Freud es un excelente escritor, eso es lo maravilloso de leerlo, que es muy evocador en su propio lenguaje, pero básicamente estaba estableciendo este estado de conciencia, que primero se tradujo como “atención suspendida imparcialmente” (*evenly suspended attention*), luego esa traducción cambió a lo que se conoce más ampliamente como atención flotante, probablemente eso significaba algo o no... pero la connotación “de manera imparcial” (*evenly suspended*), para mí tenía que ver con lo que yo he aprendido de mi práctica de meditación budista, que es posible estabilizar la mente y mantenerla en un lugar suspendido en la ecuanimidad / imparcialidad (*evenly suspended*), donde sin importar cuál sea el afecto de lo que Ud. está escuchando, ya sea placentero o no, se puede mantener la mente en un lugar. Su hija Ana Freud, que luego se convirtió en una excelente psicoterapeuta en Londres, decía que los analistas se ubican en el centro de un triángulo equilátero, que está equidistante del ello, del yo y del superyó.

RS: *Sí, me gustó eso.*

ME: Sí, y así es como nosotros nos situamos en la meditación... de manera equidistante del ello, del yo y del superyó... esta capacidad de la mente de poder llegar a un lugar de atención imparcial. Aún así, creo que esa idea se perdió en el psicoanálisis; el movimiento se dirigió hacia el cuándo debería hacer la intervención el terapeuta... a cuándo debería dar un fundamento o resumen de lo que está sucediendo... a cuándo el terapeuta debería hacer una interpretación. Y hubo conflictos, porque las primeras personas que tomaron este concepto tuvieron problemas al imaginar cómo desde el estado de “*evenly suspended attention*” se podría hacer una interpretación. Entonces comenzaron a cambiar lo que Freud estaba describiendo, para incluir las ruminaciones cognitivas de los terapeutas, y eso se tenía que hacer de manera deliberada.

Creo que Freud decía que eso simplemente pasaba, que uno no puede detener a su mente para que deje de pensar, incluso como meditador uno no puede dejar de pensar, creo que hay una falta de comprensión ahí; la idea de mi primer libro *Thoughts without a thinker* habla acerca de eso, de que el terapeuta tiene pensamientos, incluso cuando está en un estado de “atención suspendida imparcialmente”, y que a veces esos pensamientos son relevantes para el paciente y que a veces no lo son. Pero que a veces, pueden ser de ayuda.

RS: *Entonces parte de lo que Ud. escribe y de la forma en la que Ud. ha integrado su comprensión de la tradición espiritual budista y de la psicoterapia, es que habla de Freud y de otras de las figuras en la tradición psicoanalítica como Winnicott, al que Ud. parece referirse mucho. ¿Qué es lo que a usted le resulta tan interesante y relevante de su trabajo?*

ME: Bueno, para mí uno de los grandes personajes... una de cosas de la tradición psicoanalista es que tiene grandes pensadores y personas que piensan en cuanto al problema del *self* y el sufrimiento del *self*... pero para mí, Winnicott realmente me llegó desde el principio, leí un paper de los comienzos de él, que se llama “Odio y la contratransferencia” que escribió en 1947, sobre lo importante que es para los psicoterapeutas poder odiar a sus pacientes, pensando en la idea de lo importante que es para una madre poder admitir cuánto odia a su hijo. Él dijo que los pacientes llegan a terapia lidiando con problemas de enojo, de ira y con sus propios odios, y un psicoterapeuta que no se siente cómodo con sus propios sentimientos difíciles, solamente puede darles ayuda sentimental, y la ayuda sentimental de un psicoterapeuta o de una madre no tiene ninguna utilidad.

RS: *Excelente.*

ME: Bueno, a partir de mi propia experiencia, me dije, éstas son las temáticas que estoy enfrentando...pero, actualmente se ha convertido en una especie de cliché. Si uno va a una conferencia psicoanalítica ahora, los conferencistas hacen presentaciones acerca de lo que odian a sus pacientes y no creo que ese sea el punto. Lo que Winnicott realmente estaba haciendo, de manera un poco retorcida, era mostrar el estado mental de la madre que podía lidiar con tantas cosas, con tantas dificultades... y si alguien tiene hijos... sabe lo difícil que puede ser.

El estado mental de una madre es tal que acepta todo eso, no se desquita cuando se enoja, no abandona al hijo cuando se enoja, sino que puede hacer lo que Winnicott mencionó como lo más importante,



simplemente sobrevivir. Si la madre sobrevive, el hijo crece y puede lidiar luego con su propia ira y su propio enojo. Si la madre no sobrevive, surgen otros problemas que luego el terapeuta tiene que tratar. Esto implica que un psicoterapeuta debe poder sobrevivir; la estabilidad de la relación terapéutica, lo que Winnicott denomina el “ambiente contenedor” o “entorno favorable” (*the holding environment*) es también lo que todas las investigaciones dicen que es lo que lleva a la psicoterapia a la sanación. Hay algo en este entorno favorable que llega a ser terapéutico.

**RS:** Díganos algo más sobre la capacidad del terapeuta de crear este entorno favorable o contenedor y cuál es la conexión con la práctica budista.

**ME:** La conexión que hizo Winnicott es que el prototipo de la relación terapéutica es la relación entre una madre y su hijo. Un hijo tiene sentimientos que no puede entender sin una contención sensible y no me refiero a la contención física, sino a cómo una madre y, hoy en día también un padre lo hace, cómo ellos contienen los sentimientos del hijo con sus propios sentimientos. Winnicott fue el primero en describir –lo que ahora parece ser un gran tema en el campo de la psicoterapia– este estado emocional de intercambio recíproco que sucede entre una madre “sintonizada” y el hijo. Un niño crece cómodamente con todos los sentimientos difíciles que tiene, gracias a que la madre lo ayuda en este proceso, reflejándose en ellos, a veces burlándose sutilmente de ellos, para no tomar en serio esta intensidad de sentimientos que tiene, ese es el prototipo. En el entorno favorable de una consulta, en la relación terapéutica, el terapeuta está conteniendo la mente del paciente con su propia mente si existe el suficiente nivel de confianza, y eso es lo que uno tiene que generar en la terapia, suficiente confianza. Entonces la mente del terapeuta, en esa forma imparcialmente suspendida, puede crear un entorno seguro para que una persona sea sí misma, porque la mayoría de nosotros no nos sentimos realmente seguros siendo nosotros mismos, o ciertamente siendo nuestras peores versiones de nosotros mismos; entonces el psicoterapeuta, al simplemente escuchar y no molestarse con lo que mantiene en su mente y prestando una atención imparcial, observando y permitiendo cierto tipo de cariño o comprensión en este espacio, está creando este tipo de ambiente contenedor.

Nuevamente, estas palabras creo que desafortunadamente se han convertido en un cliché en la comunidad terapéutica, por lo tanto, se obtienen muchos psicoterapeutas mediocres que están tratando de crear este entorno favorable o de contención, así es que los

pacientes muchas veces quieren escapar de ello, porque es como cuando alguien se enamora de Ud. sin antes conocerlo... y uno no quiere ser parte de eso. Todo esto se tiene que tomar de manera muy consciente, pero el lenguaje ayuda bastante para hablar de lo que está sucediendo en la terapia.

**RS:** Entonces usted dice que hay una forma en la que el budismo ayuda a comprender el estado de ser, el estado mental, que parece ser fundamental para la relación psicoterapéutica... y siempre en el momento las cosas pueden cambiar, como Ud. lo ha descrito, se puede llegar a ser sentimental y algunos aspectos se pueden salir del lugar.

Hablemos un poco entonces, y esto es algo de lo que usted habló anteriormente, sobre algunas de las formas, en las que por nuestras ganas de tomar estas tradiciones y principios espirituales, nos podemos convertir en un cliché o parodia de lo que realmente es. Una de las cosas de las que usted habló es que, a veces, el psicoterapeuta trata de estar demasiado presente, ¿cómo se puede estar demasiado presente en la relación terapéutica?

**ME:** Nuevamente, volviendo a Winnicott, él hace una distinción bastante buena entre lo que es Ser/Estar (*being*) y Hacer. Dice que el impulso masculino (en hombres y mujeres) es Hacer y el femenino es Ser, obviamente esto es una simplificación muy gruesa, pero para los psicoterapeutas puede servir de ayuda. La mayor parte de su potencial para curar proviene de su capacidad de evocar ese estado del Ser en vez de lo que está Haciendo.

Los pacientes o las personas son muy sensibles, especialmente en una relación íntima como la que se da en la psicoterapia, a cualquier tipo de Hacer que se les esté imponiendo, incluso con un deseo de ayudar. Eso no significa que no existe un millón de tipos de situaciones en la terapia en donde la gente realmente necesita ayuda y el psicoterapeuta tiene una pastilla o un tratamiento o una sugerencia que podría resultar muy útil. No estoy diciendo que eso no exista, pero una de las cosas que es muy especial en la relación terapéutica y que hace que sea una anomalía en nuestra cultura, es que hay muy pocos lugares donde dos personas se reúnen sin ningún otro propósito que no sea ver qué va a suceder entre ellas... ese tipo de curiosidad o de apertura o de no saber, o de tratar de generar espacios para que surja lo inesperado, es lo que Winnicott quiere decir en cuanto a Ser.

**RS:** Entonces, de cierta forma, usted está diciendo que cuando alguien está tratando con mucha fuerza estar presente, se convierte en una forma de Hacer, lo que pasa a esta otra categoría.

**ME:** Claro, sí, esa fue una forma bastante extensa de tratar de decir lo que usted dijo de mejor forma.

**RS:** *Entonces Ud. también juega con este concepto actual de la psicoterapia, que es la autenticidad... todos queremos como psicoterapeutas ser auténticos y luego aquí hay un comentario provocador que Ud. hizo, que es que la autenticidad muchas veces se puede convertir en un cliché, ¿qué quiso decir con eso?*

**ME:** Estoy contento de haber dicho eso. Gracias por recordármelo, no me acordaba muy bien.

**RS:** *Ud. es bastante más sabio de lo que cree...*

**ME:** En el *New York Times* salió un artículo en el que se citaba a Hillary Clinton y a muchos políticos más, todos usando la palabra “auténtico” y algo acerca de los políticos que usaban la palabra auténtico... donde el objetivo de todo el mundo ahora es ser auténtico, posiblemente transparente. Una vez que la mente toma estos conceptos, aunque alguna vez hayan sido de ayuda, se convierten en un ideal del ego, donde alguien está tratando de ser algo que simplemente somos... luego llega a ser otro concepto que tiende a sobrevivir a su utilidad.

**RS:** *Esto es algo de lo que usted antes habló, que uno quiere aferrarse a algo, muchas veces uno se aferra a un concepto en vez de enfrentar la fugacidad del flujo de las cosas.*

**ME:** Sí, una de las cosas que me gusta de Winnicott es que tiene otro excelente concepto que se llama el “caretaker self” (el self sobreadaptado, self cuidador o asistencial) donde el niño al ser criado con un padre/madre tal vez muy intrusivo o muy negligente, en que simplemente no es capaz de entregar una atención “suficientemente buena”. También usando el lenguaje de Winnicott, ese niño desarrolla el concepto self sobreadaptado o el falso self, que está diseñado para poder lidiar con esta forma de abandono o intrusión de los padres.

La autenticidad, con lo que Winnicott se refiere de manera eufemística como el self auténtico, es cuando uno puede volver a tomar contacto con y poder dejar ir a ese “caretaker self”, que surgió prematuramente para lidiar con un entorno difícil, para luego poder relajarse, y realmente ni siquiera saber quién uno es.

En el libro que escribí *Going to pieces without falling apart*, eso provino de Winnicott, porque describí lo que él llamaba un estado de “no-integración” (*unintegration*) en el cual él distingue entre el self integrado... que todos queremos ser en occidente para poder lograr tanto... y el self desintegrado, a lo que le tememos,

donde nos convertimos en sicóticos o lo que sea. Pero Winnicott tenía esta tercera idea de no-integración, que comparaba con el juego... este juego silencioso que tienen los niños cuando saben que los padres están presentes, pero no tan presentes... como cuando están en el cuarto de al lado. Por lo tanto, ese estado de no-integración es también la base de la creatividad de acuerdo con Winnicott. Entonces, recuperar y poder llegar a este estado de no-integración llega a ser la raíz de lo auténtico y, para regresar a esa palabra, creo que la terapia es una forma de lograr eso y la meditación también lo es –eso es uno de los grandes hallazgos, ya sea mediante la meditación o terapia– que es una exhalación del self, en la que se abren las puertas y ventanas de par en par del self y quien uno es, comienza a surgir de extraños lugares.

**RS:** *Me gusta lo que dijo.*

*Una de las cosas que exploramos en esta serie de Webcast y en esta última edición de la revista, es esta interrogante: ¿Es Mindfulness suficiente? referida esta pregunta a la práctica meditativa, en vez de a la meditación como inmersa en un aura de la luminosidad, apareciendo como que el estado meditativo puede encargarse de todo. La meditación tiene sus propias limitaciones, preocupaciones, su propio lado obsesivo. ¿Cuál es su experiencia al trabajar como meditador, como alguien que tiene un pie en cada tradición? ¿Cuáles son los peligros de utilizar la meditación como la práctica única, cuando uno trata de cambiar la conciencia de uno y orientarse a sí mismo en cuanto a la forma de ser en el mundo?*

**ME:** Es una gran pregunta “¿Es Mindfulness suficiente?” y creo que la respuesta es que definitivamente *mindfulness* no es suficiente, y que incluso en la tradición budista *mindfulness* es el inicio del comienzo del camino de la meditación. En la tradición tibetana, donde han pintado enormes mandalas, como descripciones, como huellas de la mente iluminada, *mindfulness* está ubicado justo en la periferia del mandala, en las puertas que llegan al compuesto central. Es muy importante pues es la de ser el camino de entrada. Por ejemplo, en la tradición tibetana tienen dioses con cabezas de animales con distintos implementos, como una cuerda, etc., cada uno representando *mindfulness* sentado en la puerta acceso. Pero *mindfulness* es realmente sólo el comienzo. Si uno quiere convertirse en un excelente fotógrafo, por ejemplo, primero hay que aprender a utilizar la cámara, pero simplemente el saber utilizarla no va a hacer que Ud. sea un gran fotógrafo o un gran artista. *Mindfulness* es como aprender a usar la cámara. Resulta común tanto para la tradición psicoanalítica como la budista, no hay algo particularmente budista sobre

mindfulness. Es el estado en el que uno está cuando uno escucha música o cuando uno está viendo TV, pues hay que tener la atención en el objeto, mindfulness es usar esa capacidad autorreflexiva que tenemos para atender a nuestra experiencia, porque muchas veces no estamos atendiendo nuestra experiencia y nos perdemos completamente en nuestros sentimientos o pensamientos o planes acerca del futuro. Especialmente en la tradición budista, mindfulness es un trampolín para lo que es llamado la “comprensión clara” o “insight crítico”: las prácticas vipassana o de meditación insight que se construyen sobre mindfulness. Mindfulness crea un entorno interno calmo, suspendido imparcialmente, en donde uno puede empezar a hacerse preguntas sobre el *self* o el sí mismo, ¿quién soy? ¿Quién creía que era? ¿Quién creo ser yo ahora? ¿Cómo estoy respondiendo a estos flujos incesantes de experiencia que parecen conformar mi cuerpo y mi mente cuando empiezo a verlo de cerca? ¿Hay un *self*? ¿Yo, Mark, realmente existo acá, adentro, de la forma que siento existir cuando estoy en el mundo consciente de cómo mis necesidades no están siendo satisfechas, por ejemplo?...

El punto del Mindfulness en la tradición budista es poder ser lo suficientemente ecuánime, lo suficientemente estable para examinar el *self*; luego Buda hizo esta proclamación increíble que no existe tal cosa como el *self* o que el *self* tal como lo comprendemos habitualmente, realmente no existe.

Mindfulness es un trampolín, en la tradición budista, para comenzar a apreciar lo que Buda enseñaba como vacuidad, o “shunyata” que se traducía originalmente como vacío. Mi amigo Robert Thurman lo traduce como libertad, ya que el insight sobre el vacío le da a uno cierta libertad de sí mismo, permitiendo a uno comprometerse de manera más completa con el mundo del que estábamos tan alejados.

Mindfulness en la tradición psicoanalítica es el fundamento de la autoexaminación, la base de la terapia, y permite hacer un insight en... “¡oh! ¿De qué me estaba preocupando tanto? no entendía, pero ahora puedo ver”; así es que también es un vehículo. Mindfulness puede ser quizás necesario, pero no suficiente como modalidad terapéutica.

**RS:** *Aclárenos eso, volvemos una y otra vez a este término “insight”. En la tradición psicoanalítica, actualmente, creo que muchas personas lo ven como un estado mental limitado, el insight como algo un poco lógico, lineal... hablar acerca de la historia que uno tiene, quejándose de sus padres; como que esos insights no parecen ser tan cruciales para el proceso de transformación personal desde el punto de vista de muchos terapeutas hoy en día. Pero Ud.*

*sigue utilizando el termino insight, refiriéndose a la auto-examinación, a la autoindagación crítica, ¿qué significa insight para Ud. desde su propia perspectiva integrando estas dos tradiciones?*

**ME:** Para mí, la perspectiva budista siempre vino primero. Es la base de mi propio aprendizaje y desarrollo, por lo tanto, cuando primero pienso en el insight, pienso en particular acerca del uso budista del término, en donde el insight del que hablan, que es el más importante de acuerdo con la psicología budista, es el comenzar a ver que el *self* que pensábamos que era tan real, de hecho, es mucho menos real de lo que podríamos haber imaginado. Una vez que nos empezamos a cuestionar la realidad del *self*, éste no se va; la sensación del *self* continúa surgiendo, muchas veces de manera útil e importante, sin que sea necesario deshacerse de todo esto en conjunto; pero a veces uno empieza a notar lo que los budistas llaman aferramiento, a algunos resentimientos quizá, a formas en las que uno se siente mal, o a formas en que uno sabe que está en lo correcto... a los lugares donde uno sabe que le han herido... los miedos que uno puede tener que parecen ser muy sustanciales; entonces, es interesante desde el punto de vista budista, observar: dónde está este *self* que se aferra a lo que cree ser. Por ejemplo, cuando voy a un retiro de meditación por una o dos semanas o lo que sea, después de los primeros 3 ó 4 días en que estoy tratando de estabilizar mi mente, pensando en la vida que dejé y a la que voy a volver, una vez que la mente se estabiliza, lo que resulta muy interesante es dónde está el *self*, ¿de qué me estoy preocupando?, ¿en qué estoy pensando realmente?, entonces desde el lado budista uno se entrena para poder ver esa sensación de *self*, qué tan real es.

La última vez que estuve en un retiro pensé que lo había encontrado y era como la inflexión de mi pensamiento, mi pensamiento era realmente yo mismo, había como una línea en mi pensamiento y yo dije, ese debo ser realmente yo (risas), pero luego después de haber visto esto, las cosas empezaron a ser un poco menos obvias. Entonces desde el punto de vista budista, de eso se trata el insight ¿dónde está el *self*? y se convierte en algo más confuso –no necesariamente más claro– por lo tanto, el insight es llevarlo a Ud. a un estado de confusión que de cierta manera se siente como algo nutritivo, como un estado de confusión nutritivo.

Por lo tanto, la terapia creo yo, con mi experiencia de ser tanto paciente como psicoterapeuta, la terapia tiene el potencial de hacer algo similar. Ciertamente crea un entorno seguro donde las personas pueden salir del lugar en donde están estancadas. Eso podría ser en un lenguaje coloquial psicológico lo que los

budistas quieren decir con aferrarse, ¿dónde estamos estancados?, y si hay algo que yo puedo hacer como terapeuta para ayudarlos a avanzar en eso, para ayudarlos a desestancarse... en el lenguaje de Winnicott, en vez de quedarse ahí fijados en un aspecto en particular de sí mismos, ¿de qué manera podemos hacer que eso avance más hacia la fluidez de su naturaleza real desde la perspectiva budista? Eso entonces se convierte realmente en el trabajo y en el juego de la terapia... cómo uno como terapeuta puede hacer que la terapia sea lo suficientemente buena para poder hablar desde donde se está estancado y luego... si hay algo que puedo hacer para empezar a arrojar luz sobre eso o humor sobre eso, para dejar que Ud. respire un poco más y así empiece a avanzar... y eso tiene que ver con el insight acerca de la verdadera naturaleza del *self*, cuando eso comienza a suceder.

**RS:** *Es interesante... tomando ese punto, permítame llevar la conversación a uno de los artículos de esta edición de la revista. Michael Yapko, uno de los conocidos hipnotistas clínicos, tiene un artículo que se llama "Sugiriendo Mindfulness" y creo que ahí él llega a algo que se relaciona mucho con lo que Ud. estaba hablando... cuando uno se ve a sí mismo y trata de buscar esa fugacidad, ese ritmo de experiencia que pensamos que es el self y éste sigue cambiando inevitablemente. Parte del problema y ciertamente desde su punto de vista y de las investigaciones, es que somos sociables, que no estamos solos, que somos tan sugestionables y que estamos tan conectados entre nosotros, y que por lo tanto, si nos aislamos en estados de meditación... esto pareciera ser arbitrario. Una de las cosas de las que Yapko habla es que cuando los psicoterapeutas utilizan la práctica del mindfulness en la terapia, lo que hacen a menudo como psicoterapeutas es olvidar cómo es el proceso de la sugestión humana y cómo influyen ese estado de autoexploración en el cliente, como si existiera de manera separada de ellos y el enorme impacto social y el impacto neurológico implícito ¿qué siente Ud. respecto a eso, la sugestionabilidad de sus clientes y cómo realiza la exploración con ellos de su sentido del self y de su capacidad de mindfulness, cómo reúne esas dos cosas y como trabaja Ud. en su consulta?*

**ME:** Bueno, un par de cosas, eso parece bastante certero, sobre lo que habla M. Yapko, y vuelvo a tomar el lenguaje de Winnicott sobre el Ser y el Hacer. Si el psicoterapeuta aplica sutilmente el Hacer en el paciente, consciente o inconscientemente, hace que entre en un bloqueo, algo que se interpone a lo que de hecho es terapéutico: la relación. Yo no le enseño mindfulness a mis pacientes, esa no sería la manera como yo trabajaría con ellos. Yo tomo lo que imagino es un punto de vista

psicoanalítico, donde estoy tratando de estar completamente presente, pero sin intervenir, sin interponerme... lo que viene del paciente es lo que puede salir porque este es el momento para él y, sin embargo, me comprometo completamente con eso. Si hay alguna influencia del mindfulness en la terapia, eso va a venir de un lugar no explícito, porque el enfoque durante esa hora es entregar atención imparcial a todo lo que se pueda observar, estar equidistante de su yo, de su ello y de su súper yo, donde todo lo que debe surgir pueda surgir. Así es que pienso que ese punto de vista, que puede no ser un punto de vista tradicional psicoanalítico pero es hacia donde se ha ido moviendo como perspectiva terapéutica, es un punto de vista que se deshace de muchos de los problemas de sugestionabilidad de la que Yapko está hablando cuando el mindfulness se entrega de una manera más deliberada o se enseña como una técnica. Creo que es enormemente útil la enseñanza del mindfulness en un entorno terapéutico, se puede enseñar y es una herramienta maravillosa, pero como dije anteriormente es sólo una herramienta y que se puede utilizar para todo. Los pilotos suicidas japoneses la utilizaban en la II Guerra Mundial, ponían a sus pilotos en un estado, en un lugar donde podían llegar a estrellar sus aviones en cualquier cosa, así es que mindfulness se puede utilizar para cualquier cosa.

**RS:** *Eso es algo interesante sobre su propia práctica terapéutica, entonces ¿Ud. nunca haría un ejercicio de mindfulness en su trabajo con las personas, no sugeriría que meditaran? Cuéntenos qué pasa en la práctica.*

**ME:** Muy ocasionalmente la gente llega a mí porque han leído mis libros y quieren que les enseñe a meditar, pero parece que no tienen nada más de lo que deban hablar en ese momento, así es que no parece completamente defensivo. En esas situaciones extraordinarias ciertamente les enseño a meditar, pero la mayoría de las veces que la gente viene a hablar conmigo tienen temas reales de los cuales conversar y ahí mi orientación terapéutica no es hacer del mindfulness algo primario, sino hacer que el "insight" sea lo fundamental, por lo tanto, mi uso de la psicología budista en la terapia no es para enseñar a las personas a ser conscientes o aplicar el mindfulness, sino que es para ver a qué se aferran y cómo lo hacen, dónde su ego se está estancando, dónde están estancados, qué puedo hacer creativamente una vez que los conozco para prestar ayuda... en eso es lo que pienso. Ciertamente vienen personas y quieren aprender a meditar o a veces se da la situación que después de que los conozco digo sí, eso sería bueno. En esas situaciones yo generalmente les digo dónde yo he ido a aprender, dónde voy a los retiros y comparto

información en cuanto a esto o la gente que me ha ayudado (Sharon Salsberg, Joseph Goldstein, Jack Kornfield). A menudo viene mucha gente de diversas comunidades espirituales de esos mundos budistas, porque tienen problemas reales de los que necesitan hablar con alguien en quien confíen y que no piense que sus temas budistas son “locos”.

**RS:** *Es excelente tenerlo acá para poder obtener su opinión en cuanto a estos temas que estamos planteando en esta serie y que van a estar analizando otros de nuestros invitados. Hay otro artículo en esta edición de la revista de uno de nuestros futuros invitados, Dick Schwartz, quien también tiene estas nociones; en cierto sentido trata de hacer una distinción entre lo que nosotros pensamos de esta atención imparcialmente flotante que Ud. describe, y a lo que él se refiere como el “observador pasivo interno” y de una capacidad que él cree que tenemos de un self interior y esta habilidad de ser nuestros propios cuidadores para poder hacer una sanación interna, a través de darles a las personas una experiencia acerca de este self central y cómo puede nutrir y amigar estos aspectos del self.*

*Yo se que Ud. ha hecho terapia Gestalt y este es un tipo de cosas que muchos psicoterapeutas de una forma u otra han incorporado en su trabajo, y Schwartz hace esta distinción entre el “estado de testigo” o lo que él piensa por lo menos bajo un perspectiva más budista, y la idea que hay este potencial de sanación interior, de crear una relación, un vínculo entre este self interior y este self exiliado, que es así como se refiere a ello ¿esta noción le resulta conocida?*

**ME:** Sí, todo ese tipo de lenguaje me parece bastante alienante y muy reduccionista, pero creo que parte de eso se refiere a que me preocupó de que las ideas que estoy tratando de pensar y comunicar se podrían ver de la misma forma, así es que realmente mi propio pensamiento podría ser demasiado simplista como lo que Ud. describe. Pero creo que mi principal objeción a esa forma de pensamiento, a pesar de que yo imagino lo que quiere plantear esta persona y puede estar en lo correcto en cierta forma... la forma en que yo pienso acerca de esto se debe a que porque somos seres humanos, tenemos una gran capacidad de amar y de ser felices y eso lo tenemos como un derecho de nacimiento que se instala desde un principio en todos nosotros y creo que es a eso a lo que él se refería con el concepto del self interno o el “core self”. Desde la perspectiva budista, todo ese lenguaje es “oh...es así como la gente se mete en problemas... piensan que porque tocan algo más profundo en ellos, eso es su core self y se aferran a eso...”.

No obstante, descubrir el hecho de que “sí, no estoy fallado, puedo amar, sigo con esa capacidad a pesar de

*que pensé que se había estropeado con malas relaciones y todas las cosas que experimentan las personas”, realmente es tan simple en cuanto a lo que las personas buscan y necesitan, y no lo necesitan de otra persona, a pesar de que uno lo cree así. Si uno quiere amor se trata de encontrar la capacidad de hacerlo salir y eso surge de manera natural una vez que uno se aparta de en medio. Creo que esta es la enseñanza optimista de la psicología budista, que si uno aplica las prácticas meditativas entre las cuales mindfulness es la principal; si se aplica de manera sistemática durante suficiente tiempo, entonces, uno puede empezar a descascarar estas capas superficiales de lo que uno cree que es y cómo actúa. Y cuando uno hace esto empiezan a emerger estas cualidades que son sorprendentes, y ver qué tan simple y poderosas son realmente, eso es tremendamente reconfortante, y creo que de lo que él está hablando es de crear a este cuidador, en vez de buscarlo en un psicoterapeuta, en un amante o un profesor, porque ya está dentro de uno mismo. Por supuesto estoy de acuerdo con eso y está utilizando muchas cosas que son populares hoy en día de la teoría del apego y que es que la gente llega a la psicoterapia con problemas porque tienen apegos inseguros cuando empiezan a crecer. Eso viene de Winnicott nuevamente y Bowlby, o de la observación directa que tenemos de madres e hijos, y que de cierta forma tenemos que reconstituir una capacidad de apego saludable, lo que puede suceder con un psicoterapeuta, puede suceder de manera interna en la meditación, y obviamente él está desarrollando otra forma de hablar de este tema y que puede resultarle útil a muchas personas.*

**RS:** *Permítame referirme a una noción más que estamos explorando en esta edición de la que me gustaría saber lo que usted piensa...; pensamos de estas tradiciones orientales... o la imagen que tenemos... la idea del meditador individual que está separado de las relaciones, que está descubriendo el self y que está explorando la cualidad ilusoria de la experiencia humana, etc. Y luego la idea, que es parte del contexto de nuestras vidas hoy, que tiene que ver con los temas de las relaciones, donde uno puede ser un excelente meditador como sabemos, y estar en ningún lado en términos de su matrimonio u otras relaciones. Entonces ¿cuál es la conexión que ve Ud. entre la meditación y este tipo de foco interpersonal que tienen muchas personas, muchos clientes que llegan a la psicoterapia, pues sus problemas tienen que ver con las relaciones?, ¿cuál es la conexión entre la meditación, el proceso de meditación, el Mindfulness y su capacidad de tener relaciones muy satisfactorias con otros seres humanos?*

**ME:** Creo que sí, Ud. tiene razón, uno puede ser un excelente meditador y tener muchos problemas en su vida interpersonal, y creo que bajo ese pensamiento ser un maestro zen o un maestro budista o incluso un excelente estudiante del budismo, puede ser igual que ser profesor universitario, contador, abogado... uno puede ser artista, uno puede haber cumplido muy bien esos objetivos y seguir siendo un desastre en su vida personal... y aquí nos desilusionamos un poco. Pero no significa que el ser un excelente meditador o incluso un psicoterapeuta pueda ser excelente en otros aspectos, uno puede ser un excelente psicoterapeuta y ser pésimo como pareja. Si uno trabaja demasiado y esto interfiere en su vida interpersonal no va a ser bueno en ella, creo que sí, eso es algo fundamental, incluso durante los últimos 20 ó 30 años hemos visto a muchos profesores budistas que se involucraron en su vida personal, se convirtieron en alcohólicos, durmieron con muchos estudiantes, empezaron a mal utilizar su poder; lo mismo sucede con los políticos, los profesores universitarios, los psicoterapeutas, yo creo que es la consecuencia a veces de cualquier tipo de poder en este mundo.

Sin embargo, creo que existe un potencial intersubjetivo o relacional incluso dentro de la meditación budista, de que no se realice solamente para el sí mismo, creo que todos los tipos de problemas interpersonales con los cuales uno se siente cómodo hablando en psicoterapia, actualmente tienden a emerger incluso en una práctica de meditación profunda. Recientemente estaba tratando de escribir lo que estoy denominando una psicobiografía de Buda, donde he investigado lo que se conoce de la vida anterior de Buda, antes de su iluminación, y he tratado de dilucidar lo que yo veo como temas interpersonales que aparecen en la historia de Buda; he tratado de hablar de ello casi desde una perspectiva de Winnicott, empezando con el hecho de que su madre murió cuando él tenía una semana de edad y que luego pasó por lo mismo cuando él dejó a su propia esposa e hijos, que pasó por alrededor de 6 años de intensas prácticas ascéticas, que lo hicieron aparecer como muy parecido a lo que serían hoy en día en nuestros modernos pacientes anoréxicos que están privándose de muchas cosas, odio hacia sí mismo... y todo eso, percolando bajo la superficie. Creo que hay aspectos de eso en muchos de nosotros que acudimos

al mindfulness y a la meditación, no en todos por supuesto, pero a menudo existen temas de autoaversión que se están actualizando en la meditación y que se pueden ignorar o se puede lidiar, dependiendo de la habilidad de quién le está enseñando a la persona que se compromete en eso. Y también existe una dimensión muy importante que es interpersonal en la práctica budista, donde la relación maestro-estudiante es muy fundamental.

**RS:** Bueno, se nos está acabando el tiempo, este es el libro en el que Ud. está trabajando.

**ME:** Sí, es el libro en que estoy trabajando ahora...

**RS:** Es fascinante, y tiene que ver con nuestro tema, acerca de este mundo interno, con cómo nosotros tratamos de llegar a buenos términos con nuestra propia individualidad ilusoria y con nuestra necesidad evolutiva de estar conectados con otras personas... Y hemos abarcado aquí cómo la tradición de la meditación y la psicoterapia son complementarias.

**ME:** Al menos complementarias.

**RS:** Quiero recordarles, amigos, nuevamente, que Mark nos ha mostrado unos interesantes territorios, así es que tómense un tiempo para ver qué es lo que ha resultado importante para ustedes... ejerciten su capacidad de mindfulness. Ha sido muy interesante escuchar a Mark describir su trabajo y su perspectiva. Para poder continuar con esta conversación, Mark ha acordado revisar vuestros comentarios, así es que los invito a utilizar esta característica de este curso para poder ampliar así nuestra conversación. Mark, ésta es la primera vez que hemos hablado, ha sido un gran placer, así es que creo que nos ha dejado con muchos elementos para pensar y ha mejorado mi propia capacidad limitada del mindfulness. Le agradezco mucho y mucha suerte con su libro.

**ME:** Muchas gracias, muchas gracias por sus preguntas muy inteligentes.

**RS:** Bien, amigos, continuaremos con nuestra serie la próxima semana, pero ahora todas las cosas están siendo fugaces, son parte de la impermanencia de esta vida... incluso esta conversación que ha resultado ser muy enriquecedora. Hasta luego.

## REVISIÓN

# ¿QUÉ ES EL NEUROPSICOANÁLISIS?<sup>1, 2</sup>

(Rev GPU 2013; 9; 2: 153-165)

Mark Solms<sup>3</sup> y Oliver Turnbull<sup>4</sup>

Este artículo examina brevemente el campo interdisciplinario de la neurociencia y el psicoanálisis (neuropsicoanálisis), desarrollando sus principales ideas y criticismos. En primer lugar se revisan las fundaciones históricas del neuropsicoanálisis, incluyendo los cuestionamientos teóricos y técnicos respecto a su carácter de inter-disciplina. Como segundo punto, este artículo discute los fundamentos filosóficos del campo, incluyendo la postura del monismo de aspecto dual. En tercer lugar se examinan los fundamentos científicos, discutiendo si acaso el trabajo analítico con pacientes neurológicos representa un punto óptimo de contacto entre ambas disciplinas. Finalmente, se aborda el tema de qué no es neuropsicoanálisis, tratando asuntos como la “especulación versus investigación empírica”, o la pregunta de si acaso el neuropsicoanálisis representa una nueva “escuela” psicoanalítica.

## INTRODUCCIÓN

El primer uso formal del término “neuropsicoanálisis” ocurrió en 1999, cuando fue introducido como título de esta revista. Sin embargo, es evidente que la relación entre psicoanálisis y neurociencia es mucho más antigua que el concepto. En la docena de años transcurridos desde el primer uso de la palabra “neuropsicoanálisis”, ésta ha sido empleada de diversas formas y con diversos propósitos por distintas personas. Este artículo revisa brevemente esta evolución

histórica y, en el proceso de dicha revisión, bosqueja el punto de vista propuesto por el campo, respondiendo algunas de las críticas de las cuales ha sido objeto desde su fundación.

Este trabajo posee dos importantes limitaciones. La primera es que nosotros [los autores] sólo podemos hablar por nosotros mismos, describiendo lo que creemos es –o debería ser– el “neuropsicoanálisis”. Sin embargo, considerando que uno de nosotros [MS] acuñó el término, creemos que podemos reclamar cierto privilegio al respecto. La segunda limitación de este trabajo es

<sup>1</sup> Este artículo fue publicado originalmente como: What is Neuropsychanalysis? *s*, 13 (2): 133-145. La traducción y su publicación en GPU han sido autorizadas por los autores y el editor de la revista *Neuropsychanalysis*.

<sup>2</sup> Traducido del inglés al castellano por Christian E. Salas y Rubén Klaver [[www.rehabilitacionneuropsicologica.com](http://www.rehabilitacionneuropsicologica.com)].

<sup>3</sup> Department of Psychology, Cape Town University, South Africa.

<sup>4</sup> School of Psychology, Bangor University, Wales, UK.

que sólo trata los aspectos más básicos de la disciplina, con el fin de abordar sus aspectos fundacionales.<sup>5</sup>

Trataremos la pregunta “qué es el neuropsicoanálisis” en cuatro secciones:

1. Fundamentos históricos del neuropsicoanálisis.
2. Fundamentos filosóficos del neuropsicoanálisis.
3. Fundamentos científicos del neuropsicoanálisis.
4. ¿Qué no es el neuropsicoanálisis?

## 1. FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DEL NEUROPSICOANÁLISIS

Cuando hablamos de los fundamentos históricos del neuropsicoanálisis debemos inevitablemente comenzar con Freud, ya que así consideramos también la pregunta de si acaso el neuropsicoanálisis es parte legítima del psicoanálisis. La visión alternativa sugiere que el neuropsicoanálisis es más bien un cuerpo extraño, una desviación, o quizá incluso algo fundamentalmente *anti*-psicoanalítico.

La actitud de Freud hacia el asunto es de suma importancia para comprender la relación entre el neuropsicoanálisis y la disciplina ‘parental’. Afortunadamente, la visión de Freud al respecto fue clara y consistente a lo largo de su vida. Freud fue, durante las dos primeras décadas de su vida profesional (Solms, 2002; Solms & Sailing, 1986; Sulloway, 1979) neurocientífico y neurólogo. Además, a lo largo de su trabajo psicoanalítico posterior, siempre tuvo un programa científico en mente, en gran parte como continuación de su trabajo neurocientífico inicial, aunque determinado por las limitaciones de los métodos y técnicas científicos disponibles (ver Solms, 1998; Solms & Sailing, 1986; Turnbull, 2001).

El programa de Freud intentaba cartografiar la estructura y funciones de la mente humana, las cuales, para él, se encontraban íntimamente relacionadas con la estructura y funciones del cerebro humano. Sin embargo, respecto al ‘mapeo’ de estas relaciones, Freud consistentemente señaló que las ciencias del cerebro de su época no disponían de las *herramientas* conceptuales o técnicas necesarias para dicha tarea. Como consecuencia, Freud adoptó un método puramente psicológico –cambio que miró con recelo pero que

consideró como necesario y oportuno. Las siguientes citas ilustran esta posición:

Debemos recordar que nuestras ideas provisionales en psicología, presumiblemente serán algún día basadas en una estructura orgánica. ...Estamos considerando esta posibilidad al reemplazar sustancias químicas especiales por fuerzas psíquicas especiales [Freud, 1914, pp. 78-79].

Las deficiencias en nuestra descripción probablemente desaparecerían si nos encontráramos en posición de reemplazar los términos psicológicos por términos fisiológicos o químicos [Freud, 1920, p. 60].

La biología es verdaderamente un territorio de posibilidades ilimitadas. Podemos esperar de ella la información más sorprendente, y no podemos adivinar las respuestas que nos devolverá en las próximas décadas a las preguntas que hemos formulado [Freud, 1920, p. 60].

Hay muchas afirmaciones como éstas en la obra de Freud. Todas sugieren, en primer lugar, que él consideró la separación entre psicoanálisis y neurociencia como una decisión *pragmática*. En segundo lugar, Freud siempre se esforzó por clarificar que el progreso en neurociencia tendría como resultado inevitable que, *en cierto tiempo en el futuro*, las neurociencias avanzarían lo suficiente como para unir la brecha. Como lo sugiere una de las citas anteriores, esto habría de suceder en “unas pocas docenas de años”. Aquello fue en 1920.

¿Cuáles fueron las limitaciones metodológicas que encontró Freud en aquellos tiempos? La principal herramienta neurocientífica entonces disponible, era el método clínico-anatómico, basado en la investigación psicológica de pacientes que habían sufrido lesiones cerebrales focales (Finger, 1994). Este método intenta comprender cómo diversas funciones de la mente pueden ser alteradas por lesiones en distintas partes del cerebro. Éste era, efectivamente, el *único* método disponible para el estudio de la relación mente-cerebro (aunque en los últimos años de Freud hubo un breve traslape con los estudios tempranos en neuroquímica (ver Finger, 1994))<sup>6</sup>. Sin embargo, Freud consideraba el método clínico-anatómico como poco adecuado para sus propósitos, a pesar de haberlo utilizado en su período pre-analítico. Al respecto su trabajo más conocido

<sup>5</sup> Hubo un tiempo en el que “neuropsicología profunda” era el término usado para la nueva inter-disciplina (Kaplan-Solms & Solms, 2000; Turnbull & Solms, 2003), en referencia a la idea de “psicología profunda” utilizada por Freud (Freud, 1915).

<sup>6</sup> “El futuro podrá enseñarnos a influir directamente, por medio de sustancias químicas específicas, en la cantidad y distribución de energía del aparato mental” (Freud, 1940 [1939], p. 182).



fue *Sobre Afasia* (1891), el cual demuestra cuán sofisticado era su conocimiento del método, y de sus limitaciones (para una apreciación moderna de las investigaciones tempranas de neuropsicología de Freud, ver Shallice, 1998, pp. 245-247).

En el libro *Sobre Afasia*, así como en las publicaciones siguientes (Solms, 2001), Freud rechazó el método clínico-anatómico, en la medida en que hacía la transición hacia el psicoanálisis. Existieron diversas razones para tal giro. Primero, reconoció que la mente es una entidad dinámica. La visión empática de Freud, incluso como neurólogo (Freud, 1891), establecía que la mente no estaba formada por módulos estáticos ni cajas conectados por flechas. En cambio, Freud veía la mente como compuesta por procesos análogos y dinámicos. Segundo, Freud observó que la mente consistía en mucho más que la conciencia. Existía, debajo de la conciencia, una vasta subestructura, cuyo funcionamiento debía ser explorado y entendido, antes de que pudiéramos dar sentido al cerebro volitivo.

En consecuencia, el objetivo del psicoanálisis se convirtió en desarrollar un método, y en último término derivar de dicho método una teoría [y terapia] que permitiría a la ciencia explorar y comprender la naturaleza dinámica y la estructura inconsciente de la mente. Es ampliamente conocido que Freud procedió a utilizar este método clínicamente puro, liberado de las restricciones neurocientíficas, desde 1895 hasta 1939. Este trabajo pionero nos dejó un legado substancial, incluyendo una serie de modelos teóricos sobre la organización básica de la mente, a lo que actualmente nos referimos como “metapsicología”.

Algunos psicoanalistas, haciendo una lectura errada de Freud, argumentan la necesidad de continuar el trabajo teórico del psicoanálisis, con el fin de mantener distancia de la neurociencia. La idea detrás de esta perspectiva parece ser evitar el uso de métodos neurocientíficos –sin importar cuánto éstos avancen– y apearse a una aproximación exclusivamente psicológica. Estos son autores que se preguntan si “acaso el estudio de la neurociencia contribuye de alguna manera a la comprensión o el desarrollo del psicoanálisis como teoría o práctica... si acaso la neurociencia es de valor para el psicoanálisis *per se*” (Blass & Carmeli, 2007, p. 34; para una opinión similar, ver Karlsson, 2010, pp. 40-64). Los proponentes de este punto de vista (afortunadamente en nuestra opinión), aparecen como una minoría en disminución<sup>7</sup>, pero debemos reconocer que

aún hay colegas que creen que el psicoanálisis no tiene nada que aprender de las neurociencias, *en principio*. (Extrañamente, ellos sí parecen pensar que la neurociencia tiene algo que aprender del psicoanálisis.)

Independientemente de estas preguntas teóricas –o ideológicas–, la pregunta *técnica* permanece. Si acaso la neurociencia se ha desarrollado suficientemente como disciplina, de modo de poder contribuir a la teoría psicoanalítica, o, si acaso las limitaciones metodológicas, y las limitaciones del conocimiento de la neuropsicología, a las que se refirió Freud, ¿perduran aún? La respuesta a esta pregunta parece ser positiva, si consideramos los enormes avances técnicos y metodológicos de las neurociencias en las últimas décadas. A continuación ofrecemos un breve resumen histórico de dichos avances.

La electroencefalografía (EEG) fue introducida alrededor del 1930 (Berger, 1929) sin ser totalmente explotada hasta después de la guerra. Esta herramienta representa una capacidad, más bien cruda, de medir y observar aspectos dinámicos de la actividad del cerebro, bajo condiciones funcionales cambiantes. El posterior desarrollo de potenciales de eventos relacionados (ERPs) en los 60 (Sutton, Braren, Zubin, & John, 1965; Sutton, Tueting, Zubin, & John, 1967; Walter, Cooper, Aldridge, McCallum, & Winter, 1964; para una revisión reciente ver Luck, 2005) permitió avances substanciales por sobre la técnica básica del EEG, por medio del control experimental y la posibilidad de generar procedimientos de promediación. El reciente desarrollo de la magnetoencefalografía (MEG) representa un nuevo avance substancial, permitiendo el estudio de dinámicas neuronales asociadas con eventos mentales en el nivel del milisegundo, con precisión anatómica en aumento.

En otro campo, después de la segunda guerra mundial, se produjeron tremendos desarrollos en neuropsicología, utilizando el método de lesión de un modo novedoso que adaptaba sus limitaciones inherentes a la naturaleza dinámica de la mente. Alexander Luria, en particular, desarrolló el método conocido como “localización dinámica” (Luria, 1966, 1973; see Kaplan-Solms & Solms, 2000, pp. 39-34; Solms & Turnbull, 2002, pp. 64-66). Este método permitió al investigador identificar las constelaciones de estructuras cerebrales que interactúan dando origen a sistemas funcionales, en que cada estructura contribuye con una función componente elemental, al todo, psicológicamente complejo. Sobre estas bases, la neuropsicología moderna ha logrado un buen desarrollo de la comprensión de la mayoría de las funciones mentales básicas. Esto se aplica especialmente a las funciones cognitivas.

<sup>7</sup> Conferencia-Debate, British Psychoanalytical Society, London, 2008.

Mayores avances técnicos siguieron con el advenimiento de la tomografía computarizada en los años 1970, lo que permitió la localización precisa de una lesión cerebral, con el paciente aún con vida. Esto fue seguido por imágenes de resonancia magnética (MRI). Y desde la década de los años 1990 en adelante, las neuroimágenes funcionales (resonancia magnética funcional, fMRI; tomografía de emisión de positrones, PET; y tomografía computarizada de emisión de fotones individuales, SPECT) hicieron posible *observar directamente* los procesos neurodinámicos en personas sanas, bajo condiciones psicológicas cambiantes.

Este breve resumen parece sugerir que hoy en día *sí disponemos* de métodos neurocientíficos que permitan estudiar la naturaleza dinámica de la mente e identificar la organización neuronal de su subestructura inconsciente. Cada uno de estos métodos tiene sus limitaciones, tal como cualquier método, y sin duda vendrán futuros avances –pero el paisaje de la investigación científica en este campo ha cambiado cierta y radicalmente desde los tiempos de Freud. Por esta razón, parece completamente apropiado reconsiderar si acaso es posible mapear las bases neurológicas de la estructura y funciones de la mente –de acuerdo con el psicoanálisis– utilizando los métodos neurocientíficos disponibles. En nuestra opinión, Freud habría considerado esto como un desarrollo completamente legítimo y bienvenido de su trabajo pionero. Dicho punto de vista es reflejado por el creciente número de libros que aborda este asunto (e.g., Bazan, 2007; Bernstein, 2011; Corrigan & Wilkinson, 2003; Cozolino, 2002; Doidge, 2008; Fotopoulou, Pfaff, & Conway in press; Kaplan-Solms & Solms, 2000; Mancina, 2006; Northoff, 2011; Peled, 2008; Shevrin, Bond, Brakel, Hertel, & Williams, 1996; Solms & Turnbull, 2002).

## 2. BASES FILOSÓFICAS DEL NEUROPSICOANÁLISIS

Si tuviéramos que articular nuestros modelos psicoanalíticos de la mente con lo que se sabe acerca de la estructura del cerebro, estaríamos de inmediato confrontados con el problema filosófico de cómo mente y cerebro se relacionan; en otras palabras, el problema “mente-cuerpo”. Esto abre enormes preguntas filosóficas. ¿Estamos reduciendo la mente al cerebro? ¿Estamos explicando convincentemente la mente, o simplemente estamos correlacionando el funcionamiento de mente y cerebro? Y si estuviéramos meramente correlacionándolos, ¿cuál será la base causal de esta correlación aparentemente obligatoria? Si la relación es jerárquica, ¿acaso el psicoanálisis estudia sólo epifenómenos del funcionamiento cerebral? ¿O

es la mente una propiedad emergente del cerebro? (Chalmers, 1995, 1996; Churchland, 1986; Searle, 1980; ver también para una revisión básica de estos temas, Solms, 1997a; Solms & Turnbull, 2002, pp. 45-66).

En este campo es tremendamente importante tener claridad respecto de cómo la relación mente y cerebro es conceptualizada. Nosotros favorecemos una conceptualización (compartida por Freud) que permite pensar al neuropsicoanálisis como un todo. Esta aproximación es denominada convencionalmente “monismo de aspecto dual” (ver Solms, 1997a; Solms & Turnbull, 2002, pp. 56-58).

Freud señala –muy claramente en varios lugares– que la naturaleza real de la mente es inconsciente (para una revisión ver Solms, 1997a). Él utiliza la frase “la mente *en sí misma*”, refiriéndose directamente a la filosofía de Kant. Para Kant, nuestro ser subjetivo, la cosa que percibimos cuando miramos hacia nuestro interior no es la mente *en sí misma*: la mente en sí misma no puede ser percibida directamente. Nosotros sólo podemos conocer la mente vía nuestra conciencia fenoménica, la cual provee una *representación* indirecta e incompleta del aparato mental y su funcionamiento. La naturaleza ontológica real de la mente es algo epistemológicamente incognoscible: se ubica necesariamente detrás de, y da origen a, la percepción consciente. Podemos, por supuesto, *inferir* su naturaleza desde nuestras observaciones conscientes, y de este modo “*expandir*” los límites de la conciencia, lo cual es el objetivo del método psicoanalítico. Sin embargo nunca podemos conocer *directamente* la mente. Necesariamente, por los motivos anteriormente descritos, debemos recurrir a abstracciones derivadas de inferencias y construir modelos figurativos: metapsicología.

Otras ramas de la psicología poseen limitaciones epistemológicas similares, en la medida de que éstas también intentan describir el funcionamiento interno de la mente en general o algún aspecto de ella. Es el caso de teorías altamente desarrolladas, como los modelos de lectura de ruta-dual (Coltheart, Curtis, Atkins, & Haller, 1993), modelos de sistemas de memoria múltiple (Schacter, 1996; Schacter, Norman, & Koutstaal, 1998), modelos de sistemas visuales divergentes involucrados en percepción y acción (Milner & Goodale, 1993), etc. *Toda* la psicología es, en último término, la construcción de modelos de un tipo u otro. Es solo la escala de la metapsicología freudiana lo que la distingue de los modelos más específicos usados en psicología cognitiva y neurociencia. Es también, parcialmente, por este motivo, que la metapsicología adolece de parte de la especificidad de los modelos cognitivos modernos.

Pero esto no tiene relación en último término con sus limitaciones epistemológicas.

Freud argumentó no sólo que la mente es incognoscible, sino que además es ontológicamente no diferente al resto de la naturaleza. La visión de Kant era que todo en el mundo, tal como lo conocemos, incluyendo nuestra conciencia del mundo exterior, es sólo una representación indirecta de la realidad. Lo que todo neurocientífico hace es sondear más allá de los datos perceptuales, con el fin de obtener un mejor cuadro de lo que Freud denominó “el estado real de cosas” (1940 [1939], p. 196). Este enfoque es común a todas las ciencias naturales, las cuales habitualmente usan ayudas perceptuales artificiales como microscopios, telescopios y máquinas de espectroscopía. El objetivo de las ciencias naturales se reduce, en último término, a construir *modelos* de nuestro universo natural, y de esta manera la mente en sí misma existe en el mismo plano ontológico que el resto de la naturaleza; es sólo una de las cosas que percibimos.

Es sin duda significativo que las presiones evolutivas favorecen a organismos que se desarrollan mejor, es decir, que generan modelos más precisos de la realidad. En un mundo sin visión, el primer animal que desarrolla órganos visuales, será ampliamente aventajado. Aquellos que desarrollen *mejor* visión –por ejemplo visión binocular, un lente con foco ajustable, capacidad de detección de baja luminosidad para condiciones de penumbra, etc.– son aún más aventajados (Dawkins, 1998). Muchos más son aquellos organismos que desarrollaron órganos sensoriales múltiples, cada uno sondeando y tomando muestras, y en último término *representando*, un aspecto diferente del mundo que los rodea. Considerados a lo largo del trayecto evolutivo, los organismos han desarrollado sucesivamente mejores modelos perceptuales de la realidad. Así, el aparato mental humano, en estado normal de funcionamiento, entrega capacidades notablemente efectivas para una locomoción guiada perceptualmente, acción, navegación, selección atencional, identificación de objetos y reconocimiento de objetos. Sin embargo el hecho que el sistema perceptual ofrece sólo representaciones del mundo, puede ser fácilmente demostrado por los extraordinarios errores observados en ilusiones visuales, así como en las alucinaciones psicóticas y en los sueños.

Freud sostuvo que la construcción de modelos físicos no es diferente, en principio, de lo que hacemos en psicoanálisis. Comenzamos con percepciones de nuestro estado interno, para luego formular inferencias sobre la verdadera naturaleza de las cosas que determinan esas percepciones. Nuestra conciencia fenoménica nos da la *impresión* de que las cosas son, desde

una perspectiva externa visuales o auditivas, o que las cosas, desde una perspectiva interna, nos ponen tristes o hambrientos. Pero estas cosas son simplemente *cualidades* de la conciencia. Nuestra ciencia, tal como todas las otras, se esfuerza por abstraer “el estado real de las cosas” que yace detrás de ellas. Freud formalizó todo esto en su idea de que la conciencia posee una “superficie perceptual” interna y externa (Solms, 1997a; Solms & Turnbull, 2002, pp. 18-31). La diferencia entre el psicoanálisis y las ciencias *físicas*, de acuerdo con su relato, es simplemente la superficie perceptual que usamos.

Detrás de ambas superficies perceptuales yace algo distinto, “la realidad misma”, de la cual sólo podemos construir modelos abstractos. Formar mejores modelos de la realidad en ‘sí misma’ es el objetivo de toda ciencia, incluida la ciencia psicoanalítica. Esto puede sorprender a quienes hayan olvidado los orígenes del psicoanálisis: para Freud, su disciplina fue *siempre* una ciencia natural, idéntica *en principio* con las otras ciencias básicas, tales como la física y la química. La mente en sí misma no es ontológicamente diferente de, y no distinta de, el resto del universo.

En suma, Freud fue un monista, desde 1900 hasta 1939. Sin embargo su posición filosófica puede tal vez ser mejor descrita como la de un monismo de doble aspecto (Solms & Turnbull, 2002, pp. 56-58), y en consecuencia él fue un seguidor de Spinoza (cf. Damasio, 2004). De hecho, en su correspondencia, Freud valora el trabajo de Spinoza (para una ampliación ver Damasio, 2004, p. 260), mientras que en sus escritos públicos suele describir su posición en términos kantianos (ver Solms 1997<sup>a</sup>, pp. 687-689).

Si la mente en sí misma es incognoscible, y podemos describirla solamente con modelos abstractos, tal como el modelo de “aparato mental” de Freud, entonces debemos beneficiarnos con que nuestro aparato mental puede ser percibido de “*dos maneras diferentes*”. Si lo miramos con nuestros ojos, vía la superficie perceptual externa, vemos un *cerebro*: húmedo, gelatinoso, lobular, e inmerso dentro de otros tejidos del cuerpo. Si lo observamos con nuestra superficie perceptual internamente dirigida, introspectivamente, observamos estados mentales, como deseo y placer.

Si aceptamos esta aproximación filosófica, parece natural querer hacer uso de ambos puntos de vista para comprender nuestro objeto de estudio, de forma de percibirlo externa e internamente. ¿Por qué querríamos excluir, *a priori*, la mitad de lo que podemos aprender del aspecto de la naturaleza que estamos estudiando? En psicoanálisis adoptamos el punto de vista subjetivo, pues hay cosas que uno puede aprender acerca de la naturaleza del aparato mental desde esta perspectiva,

cosas que uno *jamás* puede ver con los propios ojos, sin importar cuánto se les ayude con instrumentos científicos. La posición filosófica adoptada por otros científicos (ver Solms, 1997a, para las opiniones de Crick, Dennett y Edelman, por ejemplo) excluye esta perspectiva subjetiva. Sin embargo los sentimientos existen, y no son menos reales que visiones y sonidos: ellos representan una parte fundamental de la mente y nos pueden enseñar una gran parte acerca de cómo ésta funciona. Excluirlos *tout court* parece ridículo.

La información que podemos recopilar con nuestros órganos externos al estudiar el aparato mental en su aspecto físico (el cerebro) es evidentemente no menos importante. Desde un punto de vista científico, existe en la actualidad una gran cantidad de ventajas que ofrece el estudio de objetos físicos. Algunos de nuestros colegas psicoanalistas (ej. Blass & Carmeli, 2007; Karlsson, 2010) sostienen una posición contraria, excluyente, posición que es difícil de entender, porque parece irracional negarse a uno mismo el uso de cualquier fuente de datos útil. Más aún, deberíamos recordarnos a nosotros mismos que la naturaleza singular, breve y fugaz de los estados de conciencia generan diversas desventajas. Las propiedades más estables del cerebro físico, en cambio, son más amigables a los requerimientos del método científico. Sin embargo, reiteramos que si uno *correlaciona* la experiencia subjetiva con “la parte húmeda, blanda” de la neurobiología, uno está en una posición mucho más fuerte para desarrollar un modelo más preciso del aparato mental. Así, como con la enseñanza del hombre ciego y el elefante, los errores dependientes del punto de vista se minimizan. En suma, la neurociencia ofrece una segunda perspectiva de la “cosa” incognoscible que denominamos aparato mental, la cosa que Freud intentó describir por primera vez en su metapsicología.

Naturalmente, algunos dentro del psicoanálisis se han vuelto ansiosos acerca de cómo deberían necesitar hacer un cambio en sus teorías, y quizás incluso en su práctica, en virtud de los avances que emergen desde dichas correlaciones neuropsicoanalíticas.

Sin embargo, y paradójicamente, para nosotros el interés ha estado siempre más en la dirección *opuesta*. Temprano en nuestras carreras como neurocientíficos, experimentamos gran frustración en relación con lo poco que éramos capaces de aprender sobre la naturaleza del aparato mental, así como de la vida vivida de la mente, con los métodos disponibles en neurociencia cognitiva y las teorías existentes (en los comienzos de los años 1980). En aquel tiempo (afortunadamente ya pasado), la neurociencia parecía ser ciega al hecho que el cerebro era también un ser sensitivo, capaz de experimentarse a sí mismo, con sentimientos emocionales,

deseos volitivos y una sensación espontánea de agencia. El hecho que estos “mecanismos” cerebrales son endógenamente impulsados y motivados, es decir, que surgen de la naturaleza encarnada del sujeto, afecta substancialmente la manera en que opera el aparato mental. Éstos no son, en nuestra opinión, epifenómenos, o detalles, son características fundamentales de cómo trabaja el cerebro; son lo que distingue al cerebro del pulmón.

### 3. FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DEL NEUROPSICOANÁLISIS

Las bases empíricas del neuropsicoanálisis derivan de los hechos descritos en la primera sección de este artículo, especialmente de la desconfianza de Freud respecto a que la neurociencia de su época fuera capaz de responder las preguntas planteadas por el psicoanálisis.

Hemos señalado, en otro lugar, que los datos subjetivos no ofrecen un fundamento especialmente sólido sobre el cual construir una disciplina científicamente robusta (e.g., Solms & Turnbull, 2002, pp. 294-295). Esto principalmente se debe a la cualidad efímera de la experiencia subjetiva; el hecho de que sólo puede ser reportada indirectamente por un solo observador, y a que muchos aspectos de la vida mental ocurren fuera de ella. Sorprendentemente, incluso esta aparentemente obvia afirmación ha sido discutida por nuestros críticos, señalando que: “parece ser, de acuerdo con Solms y Turnbull (2002, p. 46), que poseemos un mejor acceso a átomos, moléculas, quarks –en otras palabras, los aspectos no perceptibles del mundo– que a la propia percepción de nuestra experiencia subjetiva (Karlsson, 2010, p. 54). Nosotros reconocemos que algunos aspectos de la física nuclear o mecánica cuántica pueden ser difíciles de captar para el observador no especializado. Sin embargo, el esfuerzo conjunto de la comunidad científica, utilizando múltiples métodos y técnicas, junto con las ventajas de la observación exteroceptiva y la posibilidad de replicar experimentos, implica que los físicos han adquirido un nivel de precisión admirable en su comprensión del mundo. Este nivel de sofisticación se evidencia en fórmulas matemáticas que predicen y miden con gran precisión eventos y propiedades físicas (tamaño, masa, carga eléctrica, etc.). Hasta la fecha, ningún aspecto de la vida mental ha podido ser abordado con tal nivel de exactitud.

¿Existen avances neurocientíficos que pudieran impulsar las ciencias de la mente hacia mayores niveles de comprensión científica? El problema mente-cerebro es un desafío más complejo que los problemas abordados por la física. Sin embargo, en las últimas décadas, la

neurociencia ha mostrado adelantos promisorios. Por ejemplo, es necesario destacar los logros técnicos y metodológicos (ya revisados en este artículo), los cuales han permitido avanzar en la comprensión de la mente y su funcionamiento, gracias al abandono del conductismo radical y la progresiva adopción de modelos cognitivos. Así, en los últimos cincuenta años, hemos podido atestiguar un crecimiento dramático en nuestra comprensión de procesos como la memoria episódica (Scoville & Milner, 1957), atención visual (Posner, Cohen, & Rafal, 1982), control ejecutivo (Shallice, 1988), y acción visualmente guiada (Milner & Goodale, 1993).

Como hemos señalado en otro lugar (Turnbull & Solms, 2007, pp. 1083-1084), dichos hallazgos en neurociencia cognitiva tienen una implicancia limitada para el psicoanálisis. En nuestra opinión, los desarrollos que han ocurrido durante las últimas dos décadas en el campo de la neurociencia afectiva poseen mayor importancia (Damasio, 1994, 1999, 2011; LeDoux, 1996, 2000; Panksepp, 1998; Turnbull & Solms, 2007, pp. 1084-1085). Avances en el área de la neuropsicología han sido igualmente relevantes, destacando entre ellos el descubrimiento de las "neuronas espejo" (Gallese, Keysers & Rizzolatti, 2004; Rizzolatti, Fadiga, Gallese & Fogassi, 1996) y los recientes desarrollos en neurociencia social (Cacioppo, Berntson, Sheridan, & McClintock, 2000; Cacioppo, Visser, Pickett, 2005; Decety & Cacioppo, 2011). Finalmente, es necesario no olvidar los numerosos avances en psicoanálisis durante el siglo pasado. Probablemente el más importante es la línea "etológica" de trabajo en apego, separación y pérdida, la cual se extiende desde Harlow (1958) hasta Winnicott (1960), Bowlby (1969), Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) y Fonagy (e.g., Fonagy, Steele & Steele, 1991; Fonagy & Target, 1996).

Sin dudas, un punto de inflexión importante fue la publicación de un par de artículos por Eric Kandel (1998, 1999), los cuales sugirieron posibles líneas de investigación para el neuropsicoanálisis. Tal vez lo más destacado fue el hecho de que estos artículos ofrecieron un invaluable apoyo a la idea misma de neuropsicoanálisis, así como una importante validación desde el ámbito científico, especialmente cuando Kandel obtuvo el Premio Nobel de medicina y fisiología en el año 2000.

Es necesario considerar que los desarrollos individuales en las disciplinas "paternas" del neuropsicoanálisis no han logrado superar la división de estos campos. Sin embargo, a través de las décadas, atrevidos intentos de unificación han ocurrido. El trabajo de Paul Schilder (2007), Mortimer Ostow (1954, 1955), y Edwin Weinstein (Weinstein & Kahn, 1955) es un ejemplo de dicho espíritu unificador. Desafortunadamente, ninguno de

estos tempranos intentos logró florecer como la interdisciplina que conocemos hoy, quizás porque ellos se encontraron con las mismas dificultades (de recursos, intenciones y oportunidades) que Freud experimentó (ver Turnbull, 2004, para una entrevista con Ostow sobre este tema).

En retrospectiva, es posible sugerir que una de las limitaciones más importantes fue la falta de una neuropsicología dinámica propiamente desarrollada, la cual sólo apareció en los 70s con el trabajo de Luria (1966, 1973; para una revisión ver Kaplan-Solms & Solms, 2000, pp. 26-43; Solms & Turnbull, 2002, pp. 25-27). El segundo punto de inflexión vino a ocurrir en los 90s, veinte años después, con el desarrollo de una neurociencia afectiva (Damasio, 1994, 1999; Panksepp, 1998), la cual alineó la neurociencia con temas de interés al psicoanálisis, permitiendo compartir hallazgos no sólo en relación a procesos cognitivos, sino también en torno a dominios psicodinámicos centrales como la emoción y el impulso [*drive* en el texto original]<sup>8</sup>. Discutiremos este punto en detalle más adelante.

El trabajo que catalizó nuestro interés actual en neuropsicoanálisis comenzó en este contexto, cuando uno de nosotros empezó a investigar pacientes neurológicos usando herramientas psicoanalíticas convencionales (Kaplan-Solms & Solms, 2000). ¿Por qué este enfoque resultó tan influyente para el neuropsicoanálisis? Básicamente porque involucraba un método clínico que continuaba directamente el trabajo realizado por Freud. Dicho método requiere muy pocos cambios en la forma de trabajar, y poco entrenamiento adicional por parte del analista, sin embargo ofrece acceso a la experiencia subjetiva, o vida mental, del paciente (neurológico) de la misma forma en que el psicoanálisis recolecta información sobre pacientes psiquiátricos (o normales).

Esto nos permite realizar observaciones directas respecto a los correlatos neurales de conceptos metapsicológicos, dentro de un marco metodológico válido. Todos nuestros conceptos y teorías metapsicológicas

<sup>8</sup> *Nota de los traductores:* Distintos autores han utilizado diversos términos, como impulso, instinto o incluso empuje, aludiendo a las diversas acepciones que la palabra "drive" permite. Para efectos de esta traducción utilizaremos el término *impulso* debido a que los sistemas motivacionales, a los cuales aluden los autores, tienen como principal función movilizar al organismo en su interacción con el ambiente. Sin embargo, la idea de *instinto* es también parcialmente correcta, en el sentido de que estos sistemas motivacionales son innatos y en gran parte automáticos.

sobre la estructura y funciones de la mente son operacionalizadas en un marco clínico/psicoanalítico. El trabajo analítico con pacientes neurológicos es, por lo tanto, una forma ideal de asegurar que estamos estudiando las mismas “cosas” que Freud estudiaba, aunque desde una perspectiva neurológica.

Quisiéramos añadir una segunda razón de por qué el trabajo clínico en neuropsicoanálisis es más efectivo utilizando población neurológica y no psiquiátrica. Esto principalmente se debe a las ventajas metodológicas de trabajar con pacientes que poseen lesiones cerebrales focales. Primero, muchos de estos sujetos son, pre-mórbidamente, ejemplos típicos de humanidad, lo cual permite controlar las posibles alteraciones del desarrollo tan comunes en trastornos psiquiátricos (Bentall, 2003, 2009). Segundo, y quizás más importante, esta población permite correlacionar nuestras inferencias psicoanalíticas con hipótesis neurocientíficas. Las lesiones focales ofrecen una mayor precisión en comparación a manipulaciones farmacológicas, especialmente debido a que estas últimas exigen considerar todas las peculiares interacciones de las dinámicas de neurotransmisión. Es más, debido a los avances en imagenología estructural, es posible identificar las bases neurales de los fenómenos clínicos observados en pacientes neurológicos con alto grado de precisión científica, un método adecuado para establecer correlaciones clínico-anatómicas (Heilman & Valenstein, 1979; Kertesz, 1983; Kolb & Whishaw, 1990; Lezak, Howieson, & Loring, 2004).

En resumen, por medio de la investigación de pequeños grupos pacientes (Kaplan-Solms & Solms, 2000) hemos desarrollado un método que ofrece un respetable grado de control experimental, razonable grado de localización neuroanatómica, excelente validez de constructo, y una ventana de observación directa a la vida subjetiva del cerebro en un encuadre naturalístico.

Basándonos en este enfoque hemos sido capaces de construir un modelo preliminar sobre cómo nuestros conceptos metapsicológicos más básicos podrían correlacionarse con la anatomía cerebral y con el conocimiento actual de la organización funcional del cerebro. Consideremos el siguiente ejemplo. En Kaplan-Solms and Solms (2000) describimos observaciones psicoanalíticas sobre un pequeño grupo de pacientes con lesiones parietales derechas. Ellos exhibían un extraordinario nivel de autoengaño; se encontraban paralizados (del hemicuerpo izquierdo) pero insistían en no estarlo. En algunos casos explicaban su parálisis por medio de racionalizaciones flagrantes (“El brazo se cansó porque hice ejercicio esta mañana”), o desarrollaban delirios más complejos, como que el brazo paralizado

no les pertenecía a ellos sino al entrevistado, o a un pariente (ver Aglioti, Smania, Manfredi, & Berlucchi, 1996; Feinberg, 2001; Ramachandran & Blakeslee, 1998). Neurocientíficos cognitivos han tradicionalmente explicado este fenómeno clínico como producto de déficits cognitivos, más específicamente como un daño a “módulos” de inferencia cognitiva (para una revisión, ver Nardone, Ward, Fotopoulou, & Turnbull, 2007; Turnbull, Jones, & Reed-Screen, 2002; Turnbull, Owen, & Evans, 2005). Sin embargo, cuando estudiamos a estos pacientes psicoanalíticamente observamos un patrón de funcionamiento psicológico que no era del todo modular en naturaleza, y que no podía ser descrito con precisión como “déficit”. Lo que observamos eran fenómenos dinámicos, donde las fuerzas interactuantes primarias claramente giraban en torno a estados emocionales. Es más, estas dinámicas emocionalmente determinadas causaban que importantes aspectos de los procesos cognitivos involucrados se volvieran inconscientes. Por medio de la intervención psicoanalítica de estas dinámicas era posible revertir estos procesos trayendo las cogniciones reprimidas de vuelta a la conciencia. Esto demostró empíricamente la validez de nuestras conclusiones, exigiendo que investigadores re-conceptualizaran radicalmente la naturaleza de este fenómeno.

Kaplan-Solms y Solms (2000) concluyeron que el autoengaño en lesiones parietales derechas podría atribuirse a organizaciones defensivas narcisistas, por medio de las cuales dichos pacientes evitaban afectos depresivos mediante el uso de defensas primitivas. Esta regresión al narcisismo parecía ser atribuible a la pérdida de la capacidad para relaciones objetales totales (Kaplan-Solms & Solms, 2000, pp. 148-199). Dichos pacientes también mostraban déficits en procesos cognitivos relacionados con la representación del espacio. Por supuesto es necesario responder la pregunta de por qué estos déficits deberían ser típicos de lesiones derechas. Una posible explicación es la pérdida de sistemas de regulación emocional mediados por la convexidad derecha, generando así una disrupción en la capacidad de tolerar afectos negativos intensos (Fotopoulou, Conway, Solms, *et al.*, 2008; Fotopoulou, Conway, Tyrer, *et al.*, 2008; Fotopoulou, Solms, & Turnbull, 2004; Turnbull, Jones, & Reed-Screen, 2002; Turnbull, Owen, & Evans, 2005). Estos hallazgos pueden ser considerados como evidencia de la relación entre representaciones espaciales concretas (de fronteras del self/objeto) y la maduración de relaciones objetales. También apunta al correlato neural de lo que en psicoanálisis es referido como representaciones de “objeto-total”, fundamento metapsicológico del amor objetal maduro.

Si bien este enfoque, que utiliza métodos clínicos psicoanalíticos en el estudio de pacientes neurológicos, ofrece muchas ventajas, asimismo tiene limitaciones. Las observaciones clínicas permiten un limitado control experimental y son susceptibles a sesgos confirmatorios (Kahneman, 2003), lo cual hace que éste sea un método poco sólido para determinar con precisión los mecanismos causales.

Estudios experimentales han continuado estas observaciones clínicas, ofreciendo mayor evidencia empírica y refinamiento de las hipótesis mencionadas. Varias publicaciones (Fotopoulou, Conway, Solms, *et al.*, 2008; Fotopoulou, Conway, Tyrer, *et al.*, 2008; Fotopoulou, Solms & Turnbull, 2004; Nardone *et al.*, 2007; Tondowski, Kovacs, Morin, & Turnbull, 2007; Turnbull, Jones, & Reed-Screen, 2002; Turnbull, Owen, & Evans, 2005) han demostrado conclusivamente la poderosa influencia de las emociones y cogniciones inconscientes (y asociados procesos defensivos) en las neurodinámicas que subyacen a las falsas creencias de pacientes con lesiones parietales derechas. Por ejemplo, dichos pacientes presentan una excesiva atención a palabras que refieren a parálisis o discapacidad, a pesar de negar que se encuentran discapacitados o paralizados (Nardone *et al.*, 2007).

Estas líneas de trabajo han sido una contribución importante en neurología conductual, llevando estas ideas neuropsicoanalíticas más allá de su propio campo de interés. Como resultado de estos esfuerzos, un punto de vista psicoanalítico es ahora incluido en las conceptualizaciones de este fenómeno en revistas neurocientíficas dominantes, y la influencia de psicoanalistas a las neurociencias se ha extendido, aparentemente por primera vez en la historia (e.g., Carhart-Harris & Friston, 2010; Fotopoulou, Conway, Tyrer, *et al.*, 2008; Fotopoulou, Solms, & Turnbull, 2004; Fotopoulou, Pernigo, Maeda, Rudd, & Kopelman, 2010; McKay & Cipolotti, 2007; McKay, Langdon & Coltheart, 2007a, 2007b; Solms, 2000; Turnbull, Berry, & Evans, 2004; Turnbull, Jenkins, & Rowley, 2004; Turnbull, Owen, & Evans, 2005; Turnbull & Solms, 2007).

Simultáneamente, observaciones psicoanalíticas sobre cómo la mente es alterada por lesiones a diferentes partes del cerebro han permitido comenzar a construir un modelo coherente de cómo el aparato mental, comprendido desde el psicoanálisis, es anatómica y fisiológicamente conformado, proveyendo así lo que podría denominarse un punto de vista “físico” en metapsicología psicoanalítica. Hemos logrado notables avances al respecto en relación con la teoría psicoanalítica de los sueños (Solms, 1997b, 2000, 2011), por medio del uso de múltiples métodos convergentes.

En efecto, ha sido enormemente gratificante redescubrir la concepción freudiana de los sueños en los neurodinamismos del cerebro dormido. Tanto así que en 2006, en la conferencia sobre “Ciencia de la Conciencia” llevada a cabo en Tucson, Arizona, un debate formal (Oxford-rules) entre Solms y Hobson, sobre la validez contemporánea científica de la concepción freudiana de los sueños, resultó en un voto de 2-1 a nuestro favor. Si bien dicha demostración de confianza en nuestras propuestas teóricas podría ser considerada simplemente como un fenómeno sociológico, constituye no obstante un apoyo muy importante a la futura viabilidad de nuestra disciplina.

#### 4. ¿QUE NO ES EL NEUROPSICOANÁLISIS?

Hemos descrito qué es el neuropsicoanálisis, en términos de sus fundamentos históricos, premisas filosóficas y evidencia empírica. Queda por definir, mediante la demarcación de los límites del concepto, qué no es el neuropsicoanálisis.

El primer límite es metodológico. Hemos recomendado especialmente el uso del método clínico-anatómico, por medio del cual es posible formular observaciones psicoanalíticas sobre pacientes con lesiones cerebrales focales en un setting clínico. Sin embargo éste es sólo el punto de partida. Hemos sido pioneros en demostrar cómo tales observaciones clínicas pueden ser ampliadas, utilizando herramientas neuropsicológicas. Por ejemplo, como ya ha sido mencionado, el uso de múltiples metodologías convergentes ha permitido establecer la organización neural de los psicodinamismos del sueño. Sin embargo, muchas otras aproximaciones son posibles. Si consideramos un ejemplo extremo, uno podría manipular diferentes neuropéptidos en sujetos experimentales (psicoanalistas), para luego solicitarles describir sus estados subjetivos, haciendo así uso de su experticia introspectiva (con referencia a los conceptos teóricos que utilizamos). Si bien este tipo de enfoque es radical, posee gran potencial, y parece ser sorprendentemente infrautilizado. Si consideramos un ejemplo menos radical, cabe preguntarse por qué no existen aún estudios sistemáticos sobre la manipulación de diferentes neurotransmisores clásicos, usualmente ajustados por la farmacología y utilizados en la práctica psiquiátrica cotidiana (cf. Kline, 1959; Ostow, 1962, 1980; Ostow & Kline, 1959).

Otro tipo de neurociencia –psicoanalíticamente informada– proviene del uso de métodos de neuroimagen en el estudio de, por ejemplo, la teoría freudiana del duelo (Freed, Yanagihara, Hirsch, & Mann, 2009), los aspectos psicodinámicos de la confabulación (Fotopoulou,

Conway, Solms, *et al.*, 2008; Fotopoulou, Conway, Tyrer, *et al.*, 2008; Fotopoulou, Solms & Turnbull, 2004; Turnbull, Berry, & Evans, 2004; Turnbull, Jenkins, & Rowley, 2004) o el testeo de las intuiciones freudianas sobre el sueño (Solms, 1997b, 2000). Podemos preguntarnos, por supuesto, si acaso este tipo de trabajo puede ser llamado “neuropsicoanálisis”, debido a que la recolección de datos utiliza solamente metodologías neurocientíficas y psicológicas, no psicoanalíticas. Sin embargo, ¿importa cómo lo denominemos? En general preferimos adoptar un enfoque amplio, que incorpore un variado número de puntos de vista, de tal forma que el concepto de neuropsicoanálisis refiera a cualquier tipo de trabajo que se encuentre en la frontera psicoanálisis/neurociencia. En ciertas ocasiones esta perspectiva puede involucrar una neurociencia psicoanalíticamente orientada (utilizando métodos neurocientíficos puros para testear hipótesis psicoanalíticamente informadas) o también la investigación psicoanalítica directa de variables neurológicas (lesión cerebral, pruebas farmacológicas, estimulación cerebral profunda, etc.). Lo que une estos enfoques es que ambos son intentos de realizar investigación neuropsicoanalítica.

Existe otra forma de hacer neuropsicoanálisis, la cual se basa completamente en suposiciones, extrapolaciones y conjeturas. Ejemplos clásicos de esta tendencia provienen de psicoanalistas que, luego de leer sobre algún descubrimiento neurocientífico, comentan sobre cómo dicho hallazgo está relacionado con tal o cual fenómeno o teoría psicoanalítica. Ellos luego afirman que tal hallazgo revela los correlatos, o fundamentos biológicos, de algún aspecto de la teoría psicoanalítica.

En nuestra opinión, la especulación de sillón<sup>9</sup> no representa el camino adecuado en nuestro campo. El siglo pasado vio más que suficiente especulación en psicoanálisis, lo cual se refleja en la formación de múltiples “escuelas de saber”, pero muy escaso progreso científico. Sólo por medio de la contrastación de una teoría con la realidad, de tal forma que las predicciones pueden ser aceptadas o rechazadas, es posible decidir qué teoría de la mente es correcta. El “Proyecto” (1950 [1895]) de Freud fue un notable, y temprano, momento de especulación, motivo por el cual él mismo se resistió a su publicación, describiéndolo como una “aberración”.

Un último ejemplo sobre lo que no es neuropsicoanálisis merece ser mencionado aquí. Neuropsicoanálisis

no es (en nuestra opinión) una “escuela” de psicoanálisis, en la forma de cómo consideramos las escuelas freudiana, kleiniana, Intersubjetiva o de Psicología del Self. Neuropsicoanálisis, creemos, puede ser mucho más apropiadamente conceptualizado como una conexión entre el psicoanálisis, en general, y las neurociencias. Alternativamente, podría ser descrito como un intento de insertar al psicoanálisis en las neurociencias, como un miembro de las familias de la neurociencia, el que estudia el aparato mental desde un punto de vista subjetivo.

Finalmente, nos gustaría aclarar que neuropsicoanálisis (o la neurociencia en general) no es un tribunal para el psicoanálisis. El psicoanálisis no puede mirar hacia otras disciplinas científicas para determinar si ha cometido errores en el uso de métodos, teoría o práctica. No obstante, esto no significa que la neurociencia no aporte información a considerar respecto a proposiciones equivocadas del psicoanálisis.

Hemos sido criticados (Karlsson, 2010, pp. 50-51) por no ofrecer ejemplos concretos sobre dichas proposiciones. Así, tomando un ejemplo contundente, existe abundante evidencia en neurobiología en relación con la existencia lo que se denomina como empuje o impulso (“drive”) (Panksepp, 1998; Pfaff, 1999; Rolls, 1999). Para algunos estudiantes de psicoanálisis la teoría del impulso debería ser rechazada como anticuada e inapropiada (Kardiner, Karush, & Ovesy, 1966; Kohut, 2009; Siegel, 1996). ¿Acaso las recientes observaciones neurocientíficas invalidan esta conclusión psicoanalítica? Posiblemente no, pero son altamente importantes para la evolución de nuestro pensamiento. Puede ser que el término impulso [“drive”] esté siendo usado de forma distinta entre psicoanalistas y neurcientíficos (Fotopoulou, Pfaff, & Conway, en prensa), o quizás el concepto de impulso [“drive”] es más importante para ciertos aspectos de la vida mental que otros, o quizás es la taxonomía psicoanalítica la que necesita ser revisada. Otras interpretaciones son posibles. Sin embargo, parece ser adecuado sugerir que la comunidad psicoanalítica necesita reconsiderar datos que los han llevado a rechazar esta teoría, investigando si acaso los impulsos [“drive”] juegan un rol más substancial en la vida mental de lo pensado.

Claramente ésta no es toda la historia, sino simplemente su comienzo. Una vez que hemos empezado a formularnos estas preguntas, basados en nuestra lectura de la teoría del impulso [“drive”] en neurobiología, debemos testear nuestras conclusiones usando nuestras técnicas psicoanalíticas. Esto llevará a nuevas observaciones, no sólo de fenómenos psicoanalíticos que no hemos percibido antes, sino también de posibles

<sup>9</sup> Nota de los traductores: Los autores usan la imagen de *armchair speculation* para enfatizar esta tendencia, donde psicoanalistas teorizan desde su sillón, careciendo de una actitud experimental hacia el problema



limitaciones o errores en las concepciones neurocientíficas utilizadas. Es más que probable que los neurocientíficos conductuales, faltos de acceso a muchos datos de la experiencia subjetiva, hayan ignorado algo importante sobre los impulsos ["drives"].

En nuestra opinión, la interface entre psicoanálisis y neurociencia posee más bien una naturaleza dialéctica. Como analistas, podemos aprender algo nuevo sobre el cerebro que sea de interés para el psicoanálisis. Podemos pensar sobre eso y guardarlo en algún rincón de nuestras mentes, considerarlo como posibilidad, pero, sobre todo, testarlo psicoanalíticamente e investigar su utilidad clínica. De esta forma, el tribunal final para el psicoanálisis continúa siendo el setting psicoanalítico: observaciones psicoanalíticas sobre seres humanos reales en una situación clínica convencional. El riesgo del reduccionismo parece siempre ir en dirección de lo físico, el cual es en sí un interesante fenómeno neuropsicoanalítico. Pero los neurocientíficos de hoy miran al psicoanálisis en busca de observaciones y teorías interesantes, las cuales cada vez más aplican a su trabajo. Ellos también adoptan dichas teorías de forma natural, cuando parecen apropiadas a sus trabajos (Feinberg, 2001; Ramachandran & Blakeslee, 1998) para después seguir adelante.

## 5. EL FUTURO

En ciencias existe una larga historia de sorprendente creatividad en los límites entre disciplinas (Watson & Crick, 1953; en relación con una discusión sobre las bases psicológicas de dicha creatividad, ver Bowman & Turnbull, 2009). Consistente con esto, nuestro campo interdisciplinario ha abierto nuevas y productivas vetas de investigación. Sin dudas esto continuará ocurriendo, en formas difíciles de predecir. Sin embargo, queremos esbozar un perfil general de la forma en cómo nos gustaría que el campo avanzara. Nuestra propia visión se caracteriza por una investigación colaborativa de fenómenos de interés común, utilizando el rigor asociado a toda exploración científica, pero también respetando las herramientas metodológicas (con todas sus ventajas y desventajas) asociadas a cada campo específico. Un resultado ideal para el neuropsicoanálisis sería evitar cualquier sugerencia de ser una actividad de sillón, o un campo basado en la especulación y no trabajo empírico. Es más, imaginamos una interdisciplina en la cual la adquisición de conocimiento sea bidireccional (el psicoanálisis informando la neurociencia y viceversa), y preserve el profundo respeto por la experiencia subjetiva, la cual es el sello del psicoanálisis. Tenemos confianza que éste será el resultado

para nuestro campo porque, así como Freud señaló a Einstein 83 años atrás, "No hay tema más grande, fértil y misterioso, digno de cualquier esfuerzo del intelecto humano, que la vida de la mente" (citado en Grubrich-Simitis, 1995, p. 115).

## REFERENCIAS

1. Aglioti S, Smania N, Manfredi M, Berlucchi G. (1996). Disownership of the left hand and objects related to it in a right brain damaged patient. *NeuroReport*, 8: 293-296
2. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
3. Bazan A. (2007). *Des fantômes dans la voix. Une hypothèse neuropsychanalytique sur la structure de l'inconscient*. Collection Voix Psychanalytiques. Montreal: Editions Liber
4. Bentall R. (2003). *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. London: Penguin
5. Bentall R. (2009). *Doctoring the Mind*. London: Allen Lane
6. Berger H. (1929). *Über das Elektroencephalogramm des Menschen*. *Archives für Psychiatrie Nervenkrankheiten*, 87: 527-570
7. Bernstein WM. (2011). *A Basic Theory of Neuropsychoanalysis*. London: Karnac
8. Blass R, Carmeli Z. (2007). The case against neuropsychoanalysis. On fallacies underlying psychoanalysis' latest scientific trend and its negative impact on psychoanalytic discourse. *International Journal of Psychoanalysis*, 88 (1): 19-40
9. Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press
10. Bowman C, & Turnbull O. H. (2009). Schizotypy and flexible learning: A pre-requisite of creativity. *Philoctetes*, 2: 5-30
11. Cacioppo JT, Berntson GG, Sheridan JF, McClintock MK. (2000). Multilevel integrative analyses of human behavior: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 126: 829-843
12. Cacioppo JT, Visser PS, Pickett CL. (Eds.) (2005). *Social Neuroscience: People Thinking about Thinking People*. Cambridge, MA: MIT Press
13. Carhart-Harris RL, Friston KJ. (2010). The default-mode, ego-functions and free-energy: A neurobiological account of Freudian ideas. *Brain*, 133: 1265-1283
14. Chalmers DJ. (1995). The puzzle of conscious experience. *Scientific American*, 273 (6): 80-86
15. Chalmers DJ. (1996). *The Conscious Mind: In Search of a Fundamental Theory*. New York: Oxford University Press
16. Churchland P. (1986). *Neurophilosophy: Toward a Unified Science of the Mind-Brain*. Cambridge, MA: MIT Press
17. Coltheart M, Curtis B, Atkins P, Haller M. (1993). Models of reading aloud: Dual-route and parallel distributed processing approaches. *Psychological Review*, 100: 589-608
18. Corrigan J, Wilkinson H. (2003). *Revolutionary Connections: Psychotherapy and Neuroscience*. London: Karnac
19. Cozolino L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy*. New York: W.W. Norton
20. Damasio A. (1994). *Descartes Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. London: Picador
21. Damasio A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. London: Heinemann
22. Damasio A. (2004). *Looking for Spinoza*. London: Vintage
23. Damasio A. (2011). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. London: Heinemann
24. Dawkins R. (1998). *Unweaving the Rainbow*. London: Penguin

25. Decety J, Cacioppo JT. (2011). *Handbook of Social Neuroscience*. New York: Oxford University Press
26. Doidge N. (2008). *The Brain That Changes Itself*. New York: Penguin
27. Feinberg TE. (2001). *Altered Egos: How the Brain Creates the Self*. Oxford: Oxford University Press
28. Finger S. (1994). *Origins of Neuroscience: A History of Explorations into Brain Function*. New York: Oxford University Press
29. Fonagy P, Steele H, Steele M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62: 891-905
30. Fonagy P, Target M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77: 217-233
31. Fotopoulou A, Conway MA, Solms M, Tyrer S, Kopelman M. (2008). Self-serving confabulation in prose recall. *Neuropsychologia*, 46: 1429-1441
32. Fotopoulou A, Conway M. A., Tyrer S, Birchall D, Griffiths P, Solms M. (2008). Is the content of confabulation positive? An experimental study. *Cortex*, 44: 764-772
33. Fotopoulou A, Pernigo S, Maeda R, Rudd A, Kopelman MA. (2010). Implicit awareness in anosognosia for hemiplegia: Unconscious interference without conscious re-representation. *Brain*, 133: 3564-3577
34. Fotopoulou A, Pfaff D, Conway MA. (in press). *From the Couch to the Lab: Trends in Neuropsychoanalysis*. Oxford: Oxford University Press
35. Fotopoulou A, Solms M, Turnbull OH. (2004). Wishful reality distortions in confabulation. *Neuropsychologia*, 42: 727-744
36. Freed PJ, Yanagihara TK, Hirsch J, Mann JJ. (2009). Neural mechanisms of grief regulation. *Biological Psychiatry*, 66 (1): 33-40
37. Freud S. (1891). *On Aphasia*. London: Imago, 1953
38. Freud S. (1914). *On narcissism: An introduction*. *Standard Edition*, 14
39. Freud S. (1915). *The unconscious*. *Standard Edition*, 14
40. Freud S. (1920). *Beyond the Pleasure Principle*. *Standard Edition*, 18
41. Freud S. (1940 [1939]). *An Outline of Psycho-Analysis*. *Standard Edition*, 23: 141-207
42. Freud S. (1950 [1895]). *Project for a scientific psychology*. *Standard Edition*, 1: 175
43. Grubrich-Simitis I. (1995). "No greater, richer, more mysterious subject ... than the life of the mind": An early exchange of letters between Freud and Einstein. *International Journal of Psychoanalysis*, 76: 115-122
44. Gallese V, Keysers C, Rizzolatti G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Science*, 8: 396-403
45. Harlow H. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13: 673-685
46. Heilman KM, Valenstein E. (1979). *Clinical Neuropsychology*. Oxford: Oxford University Press
47. Kahneman D. (2003). A perspective on judgement and choice. *American Psychologist*, 58: 697-720
48. Kandel ER. (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155: 457-469
49. Kandel ER. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156: 505-524
50. Kaplan-Solms K, Solms M. (2000). *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis: Introduction to a Depth Neuropsychology*. London: Karnac
51. Kardiner A, Karush A, Ovesey L. (1966). A methodological study of Freudian theory I: Basic concepts. *International Journal of Psychiatry*, 2 (5): 489-544
52. Karlsson G. (2010). *Psychoanalysis in a New Light*. Cambridge: Cambridge University Press
53. Kertesz A. (1983). *Localisation in Neuropsychology*. New York: Academic Press
54. Kline NS. (1959). *Major Problems and Needs in Psychopharmacology Frontiers*. Boston, MA: Little Brown
55. Kohut H. (2009). *The Restoration of the Self*. Chicago, IL: Chicago University Press
56. Kolb B, Whishaw IP. (1990). *Fundamentals of Human Neuropsychology*. New York: Freeman
57. LeDoux J. (1996). *The Emotional Brain*. New York: Touchstone
58. LeDoux J. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23: 155-184
59. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. (2004). *Neuropsychological Assessment (4th edition)*. New York: Oxford University Press
60. Luck S. (2005). *An Introduction to the Event-Related Potential Technique*. Cambridge, MA: MIT Press
61. Luria AR. (1966). *Higher Cortical Function in Man*. New York: Basic Books
62. Luria AR. (1973). *The Working Brain*. Aylesbury: Penguin
63. Mancina M. (2006). *Psychoanalysis and Neuroscience*. Milan: Springer
64. Mayberg HS, Lozano AM, Voon V, McNeely HE, Seminowicz D, Hamani C, *et al.* (2005). Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Neuron*, 45 (5): 651-660
65. McKay R, Cipolotti L. (2007). Attributional style in a case of Cotard delusion. *Consciousness and Cognition*, 16: 349-359
66. McKay R, Langdon R, Coltheart M. (2007a). Jumping to delusions? Paranoia, probabilistic reasoning and need for closure. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12 (4): 362-376
67. McKay R, Langdon R, Coltheart M. (2007b). Models of misbelief: Integrating motivational and deficit theories of delusions. *Consciousness and Cognition*, 16: 932-941
68. Milner AD, Goodale MA. (1993). Visual pathways to perception and action. *Progress in Brain Research*, 95: 317-337
69. Nardone IB, Ward R, Fotopoulou A, Turnbull OH. (2007). Attention and emotion in anosognosia: Evidence of implicit awareness and repression? *Neurocase*, 13 (5): 438-445
70. Northoff G. (2011). *Neuropsychoanalysis in Practice: Brain, Self and Objects*. Oxford: Oxford University Press
71. Ostow M. (1954). A psychoanalytic contribution to the study of brain function. 1: The frontal lobes. *Psychoanalytic Quarterly*, 23: 317-338
72. Ostow M. (1955). A psychoanalytic contribution to the study of brain function. 2: The temporal lobes. 3: Synthesis. *Psychoanalytic Quarterly*, 24: 383-423
73. Ostow M. (1962). *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Basic Books
74. Ostow M. (1980). *The Psychodynamic Approach to Drug Therapy*. New York: Van Nostrand Reinhold
75. Ostow M, Kline NS. (1959). The psychic actions of reserpine and chlorpromazine in psychopharmacology frontiers. In: *Major Problems and Needs in Psychopharmacology Frontiers*, ed. NS Kline. Boston, MA: Little Brown
76. Panksepp J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford: Oxford University Press
77. Peled A. (2008). *Bridging the Gap Between Neuroscience, Psychoanalysis and Psychiatry*. New York: Routledge
78. Penfield W, Boldrey E. (1937). Somatic motor and sensory representation in the cerebral cortex of man as studied by electrical stimulation. *Brain*, 60: 389-443
79. Penfield W, Rasmussen T. (1950). *The Cerebral Cortex of Man. A Clinical Study of Localization of Function*. New York: Macmillan

80. Pfaff DW. (1999). *Drive: Neurobiological and Molecular Mechanisms of Sexual Motivation*. Cambridge, MA: MIT Press
81. Posner MI, Cohen Y, Rafal RD. (1982). Neural systems control of spatial orienting. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences*, 298: 187-198
82. Ramachandran VS, Blakeslee S. (1998). *Phantoms in the Brain: Human Nature and the Architecture of the Mind*. London: Fourth Estate
83. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3: 131-141
84. Rolls ET. (1999). *The Brain and Emotion*. Oxford: Oxford University Press
85. Schacter DL. (1996). *Searching for Memory*. New York: Basic Books
86. Schacter DL, Norman KA, Koutstaal W. (1998). The cognitive neuroscience of memory. *Annual Review of Psychology*, 49: 289-318
87. Schilder P. (2007). *Brain and Personality: Studies in the Psychological Aspects of Cerebral Neuropathology and the Neuropsychiatric Aspects of the Motility of Schizophrenics*. Whitefish, MT: Kessinger Publishing
88. Scoville WB, Milner B. (1957). Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 20: 11-21
89. Searle JR. (1980). *Minds, brains and programs*. *Behavioral and Brain Sciences*, 3: 417-457
90. Shallice T. (1988). *From Neuropsychology to Mental Structure*. Cambridge: Cambridge University Press
91. Shevrin H, Bond JA, Brakel LA, Hertel RK, Williams WJ. (1996). *Conscious and Unconscious Processes: Psychodynamic, Cognitive and Neurophysiological Convergences*. New York: Guilford Press
92. Siegel AM. (1996). *Heinz Kohut and the Psychology of the Self*. London: Routledge
93. Solms M. (1997a) What is consciousness? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45: 681-703
94. Solms M. (1997b). *The Neuropsychology of Dreams*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
95. Solms M. (1998). Before and after Freud's "Project." In: *Neuroscience of the Mind on the Centennial of Freud's Project for a Scientific Psychology*, ed. R. Bilder & F. LeFever. New York: The New York Academy of Sciences. (*Annals of the New York Academy of Sciences*, 843: 1-10.)
96. Solms M. (2000). Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behavioral and Brain Sciences*, 23: 843-850
97. Solms M. (2001). The interpretation of dreams and the neurosciences. *Psychoanalysis and History*, 3: 79-91
98. Solms M. (2002). An introduction to the neuroscientific works of Sigmund Freud. In: *The Pre-Psychoanalytic Writings of Sigmund Freud*, ed. G. van de Vijver & F. Geerardyn. London: Karnac
99. Solms M, Saling M. (1986). On psychoanalysis and neuroscience: Freud's attitude to the localizationist tradition. *International Journal of Psychoanalysis*, 67: 397-416
100. Solms M, Turnbull O. (2002). *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. New York: Other Press
101. Sulloway FJ. (1979). *Freud: Biologist of the Mind*. Bungay: Chaucer Press
102. Sutton S, Braren M, Zubin J, John ER. (1965). Evoked-potential correlates of stimulus uncertainty. *Science*, 150 (3700): 1187-1188
103. Sutton S, Tueting P, Zubin J, John ER. (1967). Information delivery and the sensory evoked potential. *Science*, 155 (3768): 1436-1439
104. Tondowski M, Kovacs Z, Morin C, Turnbull OH. (2007). Hemispheric asymmetry, and the diversity of emotional experience in anosognosia. *Neuropsychology*, 9: 67-81
105. Turnbull OH. (2001). The neuropsychology that would have interested Freud most. *Neuropsychology*, 3 (1): 33-38
106. Turnbull OH. (2004). Founders of neuro-psychoanalysis: Interview with Mortimer Ostow. *Neuropsychology*, 6 (2): 209-216
107. Turnbull OH, Berry H, Evans CEY. (2004). A positive emotional bias in confabulatory false beliefs about place. *Brain & Cognition*, 55: 490-494
108. Turnbull OH., Jenkins S, Rowley ML. (2004). The pleasantness of false beliefs: An emotion-based account of confabulations. *Neuropsychology*, 6 (1): 5-1
109. Turnbull OH, Jones K, Reed-Screen J. (2002). Implicit awareness of deficit in anosognosia: An emotion-based account of denial of deficit. *Neuropsychology*, 4 (1): 69-86
110. Turnbull OH, Owen V, Evans CEY. (2005). Negative emotions in anosognosia. *Cortex*, 41: 67-75
111. Turnbull O, Solms M. (2003). Depth psychological consequences of brain damage. In: *A Textbook of Biological Psychiatry*, ed. J. Panksepp. New York: Wiley, pp. 571-596
112. Turnbull O, Solms M. (2007). Awareness, desire, and false beliefs: Freud in the light of modern neuropsychology. *Cortex*, 43: 1083-1090
113. Walter WG, Cooper R, Aldridge VJ, McCallum WC, Winter AL. (1964). Contingent negative variation: An electric sign of sensorimotor association and expectancy in the human brain. *Nature*, 203: 320-384
114. Watson JD, Crick FHC. (1953). Molecular structure of nucleic acids: A structure for deoxyribose nucleic acid. *Nature*, 171: 737-738
115. Weinstein EA, Kahn RL. (1955). *Denial of Illness: Symbolic and Physiological Aspects*. Springfield, IL: Charles C Thomas
116. Winnicott DW. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41: 585-595

ENSAYO

# PSICOLOGÍA BUDISTA: LOS CAMINOS DE LA EGÓLISIS

(Rev GPU 2013; 9; 2: 166-172)

César Ojeda<sup>1</sup>

**¿Qué hace tan atractivo al budismo para disciplinas como la psicología y la psicoterapia? La respuesta es simple, clara y directa: lo que lo hace atractivo es que tiene que ver con el sufrimiento humano. La búsqueda de serenidad, sosiego y sabiduría en la experiencia de existir, es decir, de una vida sin sufrimiento ni congoja, aparece como un objetivo obvio y deseado universalmente. Sin embargo el sufrimiento es inevitable. ¿Qué podemos entonces hacer? Si no podemos suprimirlo, debemos canalizarlo, darle una orientación y quizás un sentido. ¿Cómo hacerlo? En la vida diaria de cualquier persona que habite en grandes ciudades o que ejerza cualquier actividad laboral inserta en la dinámica de las relaciones comerciales que nos rigen, la respuesta está a la vista: creando una identidad fuerte, obteniendo poder, dinero, estatus y consumiendo. Para ello la eficiencia, la competencia, la eficacia, la rapidez y la productividad serían el camino. Sin embargo esa no es la única respuesta. Hay otras, aunque no es difícil percatarse de la capacidad de nuestra cultura, afanada en una extraña, abusiva y autodestructiva idea de desarrollo, para “recuperar” y “asimilar” a las formas de concebir la vida humana que la contradicen. Efectivamente, en lo que convoca a este artículo, el budismo puede rápidamente ser transformado en una moda o en un producto de consumo.**

Lo que aquí intentaremos es saltarnos todas esas complejidades sociológicas y políticas, no por considerarlas irrelevantes sino porque la reflexión sobre ellas requiere entender previamente de lo que estamos hablando. Para ello iremos directamente a las enseñanzas fundamentales del el Buda Siddharta Gautáma, mencio-

nando seis primeros pasos para su comprensión. Tal vez el hábito filosófico de ir a las fuentes sigue siendo un buen consejo metodológico. Debo agradecer a David y Caroline Brazier, cuyos libros y amabilidad han sido una poderosa guía para intentar comprender las bases de esta especial forma de concebir y vivir la existencia humana.

<sup>1</sup> Médico-Psiquiatra. Prof. Agregado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

## PRIMER PASO

El budismo no es *sólo* una práctica, sino que es una práctica que está fundada en diversas enseñanzas orales y escritas (*Sūtras*).

La expresión *buddha* significa en sánscrito, 'inteligente', 'iluminado'. Deriva del verbo *budh* que significa 'despertar, prestar atención, darse cuenta, entender, recuperar la conciencia después de un desmayo'. Según el budismo, Buda es la denominación que reciben aquellos individuos que han realizado su naturaleza *bodhi*. Las ideas de "poner a la luz", de "claridad y distinción" y de otras metáforas visuales, tienen en la filosofía occidental un gran recorrido. Basta recordar que *theorein* en griego significa "mirar atentamente". Antes de ese despertar iluminado, estamos dormidos o ciegos. Necesitamos mirar, descorder el velo que cubre lo que hay para hacerlo presente, para dejarlo a la luz y rescatarlo del olvido. Tal vez el concepto más conmovedor de "verdad" esté expresado en la palabra griega *aletheia*, que significa suprimir el olvido (*lethe*), o si se quiere, recordar. Recordar lo que sabemos desde siempre, pero que se nos ha ocultado a la mirada.

Estas sincronías entre el budismo y la filosofía griega clásica no son casuales. El Buda vivió entre los siglos V y IV a.C., periodo en el que también se fundan las bases de la cultura occidental en Grecia. La tradición oral de la enseñanza de el Buda fue plasmada varios siglos después en textos escritos llamados *Sūtras*, originalmente en el idioma Pali, una de las más antiguas lenguas indoeuropeas. Más adelante fueron traducidas al Sánscrito. Con el nombre de "lenguas indoeuropeas" se conoce a la mayor familia de lenguas del mundo en número de hablantes. La familia indoeuropea, a la que pertenecen la mayoría de las lenguas de Europa y Asia meridional, incluye más de 150 idiomas, hablados por alrededor de 3.000 millones de personas (alrededor de un 45% de la población mundial). La posición del sánscrito en la cultura de la India y del sudeste asiático es similar a la del latín y el griego en Europa. Literalmente, sánscrito quiere decir 'perfectamente hecho' (*sam*= 'completamente'; *kritá*= 'hecho, obra').

Siddharta Gautáma es considerado "el Buda de nuestra era", y sus enseñanzas fueron recogidas inicialmente en el "Canon Pali". Es necesario recalcar que "Buda" no es un nombre propio sino un adjetivo (iluminado) y esa es la razón por la cual se dice "el Buda". Es necesario señalar, además, que el budismo es una "religión" no-teísta, lo que no se ajusta bien a la concepción occidental de lo que designamos con la

expresión "religión". En el budismo, estrictamente no hay dios. Se trata de un asunto vinculado al ser humano y a la naturaleza toda. Por lo mismo, el Buda es tan sólo un ejemplo, un guía y un maestro para aquellos seres que deben recorrer la senda por su cuenta, lograr el despertar espiritual y ver la verdad y la realidad tal como son. Se trata del entendimiento de la verdadera naturaleza de la mente y del mundo, y tal entendimiento puede ser descubierto por cualquiera si realiza el camino adecuado.

Sin embargo, desde tiempos inmemoriales el pensamiento occidental de raíz greco-romana ha pensado que la realidad como tal es inaccesible para el ser humano. Esta convicción no procede sólo de los constructivismos radicales de nuestra época ni de lo que confusamente se ha llamado posmodernidad, sino que se remonta a Platón y, en el periodo de la modernidad, a Kant, Descartes y otros. Basta recordar la distinción kantiana entre "fenómeno" (lo accesible) y "noúmeno" (la cosa "en sí" inaccesible).

## SEGUNDO PASO

La vida de Siddharta refleja simbólicamente el origen de sus postulados experienciales. La sabiduría tiene que ver con la experiencia.

Como señalamos, el príncipe Siddharta Gautáma nació en el siglo V a.C. Su madre murió al nacer él. Los primeros 29 años de su vida transcurrieron completamente ajenos a toda actividad espiritual. Siempre vivió con su familia, se casó y tuvo al menos un hijo. Su vida estuvo rodeada de enorme lujo y comodidad. Recibió la mejor educación y formación posibles en su tiempo. A esa edad comenzó a sentir curiosidad por conocer cómo eran las cosas en el mundo exterior y pidió permiso a su padre para satisfacer su deseo. Suddhodana, su padre, accedió, pero preparó la salida de su hijo ordenando que despejaran las calles de toda visión que pudiera herir la sobreprotegida conciencia del príncipe. No obstante, sus cuidadosos arreglos fracasaron pues Siddharta, aclamado por la multitud a su paso por las calles, no pudo dejar de percibir el dolor bajo sus formas más agudas, en lo que se ha llamado "Los Cuatro Encuentros": los tres primeros, la enfermedad, la vejez y la muerte. El cuarto, un asceta, cuyo significado es diferente a los tres primeros como veremos oportunamente.

Siddharta se dio cuenta que también él, como cualquier persona, estaba sujeto al mismo sufrimiento y su ánimo se tornó sombrío, pues se preguntaba cómo alguien puede vivir en paz y felicidad si esto es lo que

depara la vida. Si envejecer, enfermar y morir es lo que todo ser humano debe enfrentar, y todos ellos constituyen sufrimiento, el sufrimiento es entonces inevitable<sup>2</sup>. Es fácil reparar en que estas situaciones paradigmáticas de sufrimiento apuntan a la finitud del ser humano, a su existir destinado a dejar de ser. Siddharta, consternado por lo que había visto, comprendió que había permanecido apartado, separado de la vida de los seres humanos, encapsulado en un mundo falso y, por lo mismo, que su naturaleza había permanecido adormecida. Tomó entonces una decisión radical: abandonar a su padre, a su esposa y a su pequeño hijo y, junto con ello, todas las comodidades del palacio. Se propuso seguir el camino del asceta en su versión más radical, y adoptar la vida de los monjes que vivían como mendigos y carentes de todo bien material.

### TERCER PASO

Las Cuatro Nobles Verdades son: *Dukkha*, *Samudaya*, *Nirodha* y *Marga*

Después de una larga búsqueda y de sufrimientos producto del hambre, el frío, el dolor y la enfermedad, Siddharta comprendió e hizo carne en su conciencia cuatro fenómenos que explican el modo en que los seres humanos experimentamos la vida. Estos fenómenos se le presentaron en una noche confusa y desesperada, claramente, de manera súbita y todos juntos. Han sido llamados desde siempre las “Cuatro Nobles Verdades”. Quien no parta de estas premisas no podrá entender lo que el budismo es. Sin embargo, “premisas” no es la palabra adecuada, pues eso supondría algo así como “postulados conjeturales”. De lo que se trata aquí es de fenómenos experimentados por cualquiera y que tienen evidencia por sí mismos. No obstante, en otro nivel, los seres humanos vivimos de postulados y valoraciones axiomáticos que están presentes en nuestras vidas de manera arrolladora y poderosa, de modo inadvertido la mayor parte de las veces, y que no son objeto de pregunta alguna. Tal vez de lo que se trata es de evaluar cuáles son las experiencias que nos permiten comprender mejor la manera en que nuestras vidas transcurren.

<sup>2</sup> El escritor húngaro Sandor Marai dice: “...hay tres hechos que el libre albedrío del hombre no puede cambiar: el nacimiento, la muerte y el amor... Estos tres hechos son más poderosos que cualquier fuerza y voluntad humana”. *La Gaviota*. Ediciones Salamandra, Barcelona, 2011.

### Dukkha

En sánscrito *Dukkha* significa principalmente “sufrimiento”, y la primera Noble Verdad sostiene que en la vida de los seres humanos el sufrimiento es inevitable. No se puede vivir sin sufrir. Naturalmente no todos los sufrimientos son permanentes ni iguales, pero una vida sin sufrimiento es inimaginable.

*“La noble verdad Dukkha, aflicción, es ésta: el nacimiento, el envejecimiento, el enfermar, la muerte, la pena, la lamentación, el dolor, la depresión y la agitación, son Dukkha. Dukkha está asociado con lo que no se desea, separado de lo que sí se desea, no siendo posible alcanzar lo que se quiere”.*

(Samyutta Nikaya 61.11.5)  
(Tercera sección de los *Pali Sutras*)

Sin embargo, los seres humanos no experimentan el sufrimiento como una entidad específica, sino que, en cada caso, éste toma la forma de profundas y estremecedoras emociones: el daño físico nos hace retorcernos de dolor, el daño moral de indignación; el peligro, de miedo o terror, la idea de la muerte, de angustia, la pasión amorosa, de desesperación. Cuando digo “retorcernos” estoy pensando en una violenta torsión deformante de todo nuestro ser. Dicho brevemente, el Buda pensaba que el sufrimiento despierta potentes reacciones emocionales a través de las cuales buscamos formas de evitación y alivio de tal sufrimiento. A tales reacciones emocionales las denominó “*Samudaya*”, la segunda Noble Verdad.

### Samudaya

*“La noble verdad de Samudaya, como respuesta a la aflicción, es ésta: es la sed por la re-creación que está asociada a la codicia, ambición, afán de riqueza y avaricia. Esplende dondequiera el placer sea encontrado. Es sed por el placer de los sentidos, por deseo y por evitación”*

(Samyutta Nikaya 56.11.6)

Esto parece simple y claro, pero es necesario precisar un par de términos. Al usar la expresión “sed”, el Buda se refiere a un estado de gran intensidad que sólo busca saciarse (cese del sufrimiento). La traducción al inglés de la palabra sánscrita *Trishna* suele ser una expresión que nos es familiar en el terreno de las adicciones: “craving”. Por su parte la “re-creación” se refiere a intentar volver a ser la persona que creemos ser antes del sufrimiento, una especie de “normalización”, “reafirmación”

y “estabilización” de lo que suponemos nos define de manera sustantiva.

El sufrimiento que impulsa la búsqueda de alivio, como señalamos, posee una gran intensidad emocional. ¿Qué queremos? Queremos ser eternos, queremos una juventud eterna, queremos la ausencia de enfermedad, de pérdidas, de depresión y de agitación. Es decir, queremos permanencia, infinitud, seguridad y estabilidad. Sabemos que esto es imposible, pero de diversas maneras insistimos en ello. Esta imposibilidad es la fuente fundamental del sufrimiento y las emociones generadas por esa situación pueden canalizarse en dos direcciones principales: la primera se dirige hacia la adicción que busca el alivio inmediato; la segunda se dirige al encauzamiento del sufrimiento hacia el camino noble. La adicción es el apego a las cosas, situaciones y personas que alivian nuestro sufrimiento (poder, dinero, sexo, bienes, sustancias, alimentos, personas, etc.); si así ocurre, nos adherimos a esas cosas, situaciones y personas, y nos hacemos dependientes de ellas, de tal modo que su falta nos produce también sufrimiento, con lo que se cierra el circuito de la adicción. El conjunto de patrones de evitación del sufrimiento, repetidos incontables veces y formando un complejo entramado va tomando el aspecto de algo determinado, sólido y estable. A eso el budismo lo llama *self*<sup>3</sup>. Es decir, el *self* es una cárcel parecida al palacio del Buda que nos impide ver lo que hay *allá, lo otro que es por sí mismo y no está referido a nosotros*. Así, el *self* y su inevitable autorreferencia es la adicción suprema o “la máxima prisión”.

### Nirodha

La segunda dirección de la energía liberada por el sufrimiento, es decir, la orientada hacia el camino noble, está contenida en la tercera noble verdad: *Nirodha*.

*“El contenido de la noble verdad Nirodha es éste: Es el completo control de esa sed. Es desasirse, liberarse y rehusar morar en el objeto de ese deseo” [desapegarse]*

(Samyutta Nikaya 61.11.7)

El control y la canalización de esa energía requiere liberarse de las cosas y situaciones de las que

somos adictos, dejar de habitar en ellas, entendiendo que este habitar procede de “hábito” que, entre otros efectos, nos esconde la naturaleza adicta que los subyace, tomando una apariencia inocente e ingenua. Sin embargo, basta con ofrecer obstáculo a alguno de nuestros hábitos para que podamos apreciar la potencia que subyace a ellos. Al liberarse de ese morar, el sufrimiento se vuelve a hacer evidente: es esa energía la que el budismo nos propone canalizar, conducir y domar para así arribar a la cuarta Noble Verdad: *Marga*<sup>4</sup>.

### Marga

*“La noble verdad Marga, el camino justo (el camino del medio), es ésta: es el noble camino de ocho ramas, a saber, la visión justa, el pensamiento justo, el discurso justo, la acción justa, el modo de vida justo, el esfuerzo justo, la conciencia justa y la justa focalización (samadhi)”*

La expresión “justo” podría también ser expresada como “correcta”, siempre y cuando podamos advertir que no se trata sólo de una “medida” adecuada, sino de un valor ético y moral. Lo “justo” es aquello que hace “justicia” a la medida de cada cosa, que la deja fluir desde sí misma. Y, en segundo lugar, que no se trata de algo que nosotros le imponemos a las cosas por un acto magnánimo o generoso, sino que está en ellas mismas. Por su parte, la “conciencia justa” es lo que se conoce como *mindfulness* (en sánscrito = *smriti*) que quiere decir “percibir sin atrapar”; abarcar un objeto con “atención reverente”.

### CUARTO PASO

Nuestra estructura mental permite que tomemos el camino de la adicción o el camino de la vida justa.

¿Cuál es la estructura de la mente que nos propuso el Buda? Tal vez es en este punto donde se nos hace evidente que nuestros conceptos acerca de la mente pueden perfectamente ser ilusorios. La mente para el Buda es un punto, una virtualidad: aquella en la que se intersectan las aferencias sensoriales. Descartes y muchos otros han pensado lo mismo: la mente se configura, se estructura y se establece sobre la base de las aferencias

<sup>3</sup> Podría objetarse que la psicología del yo (Hartmann) y la Psicología del Self (Kohut) entienden por ambos conceptos algo diferente. Efectivamente, pero aquí no estamos intentando una psicología comparada, sino exponiendo los conceptos de el Buda Siddharta Gautáma.

<sup>4</sup> La expresión en inglés para este proceso de canalización es “harnessing”.

del ambiente y los otros. Todos sabemos que esas afecciones provienen de los cinco órganos de los sentidos. Sin embargo, ¿qué es un órgano sensorial? Es algo que *recibe*, o en palabras de el Buda, que es *visitado*: nuestro oído es visitado por los sonidos, nuestros ojos por luces, colores y formas; nuestro gusto por sabores, nuestro olfato por olores, y así sucesivamente. La diferencia esencial es que para el Buda los sentidos no son cinco, sino seis. El sexto es *mano-vijnana*, el que es visitado por pensamientos, sentimientos, fantasías y recuerdos. Es decir, lo que nosotros llamamos mente “consciente”, es un órgano de los sentidos más. Hay en esto una cierta sorpresa: Si vemos un árbol, es evidente que no decimos que ese árbol lo hemos generado, que somos ese árbol, y por lo mismo que nos pertenece. Pero sí lo decimos de nuestros pensamientos, recuerdos, fantasías y sentimientos, suponiendo que los creamos y que guardamos señorío sobre ellos. Un simple ejercicio puede ayudarnos a comprobar lo dicho: Siéntese veinte minutos en un café y ponga en la mesa una hoja con seis columnas, correspondientes a cada uno de los órganos de los sentidos más la “mente”. Ponga un tic cada vez que se dé cuenta que algo escuchó, que algo vio, que algo recordó, que algo sintió (cenestésicamente), que algo olió, que algo pensó, que algo le dolió, que algo degustó, y así sucesivamente. Al cabo de ese tiempo, mire la hoja y pregúntese qué, de todo eso, fue planificado o guiado voluntariamente. Comprobará que todo eso, incluidos los contenidos mentales y corporales “le” llegaron. Los experimentamos en primera persona, es cierto, pero no somos propietarios de lo que a esa experiencia llega.

## QUINTO PASO

Construcción y desconstrucción.

### Naga

Las nagas son serpientes semidivinas hindúes con cara humana, generalmente de mujer. Solían encontrarse como serpientes de agua en una región acuosa de Pakistán. Son seres de sangre fría que poseen bonitas escamas y ojos grandes y brillantes, casi luminiscentes, y que pueden medir de 3 a 6 metros. Las nagas tienen un gran encanto, cualidad que las hace muy poderosas sin necesidad de recurrir a la violencia. Son enormemente inteligentes, sabias y pacientes. Preparan en su territorio trampas para los intrusos, a los que primero atacan con magia, y una vez agotados sus poderes, atacan con su mordedura venenosa.

Un interesante Sutra (Vammika Sutta, MN 23) llamado “El Hormiguero”, se refiere a un sueño de uno de los seguidores de el Buda, llamado Kassapa. Lo más sorprendente es la forma en que el Buda interpreta este sueño. Kassapa está frente al hormiguero. Con un cuchillo penetra en la colina que lo forma, y encuentra, por orden, los siguientes objetos: una barrera, un sapo, un tenedor, una coladora, una tortuga, un hacha y un tronco, un pedazo de carne y, finalmente, a Naga, la serpiente. El Buda interpreta que el hormiguero representa el cuerpo y su estructura de cambio e impermanencia. El cuchillo representa la sabiduría que permite disecar en búsqueda de la verdad y cortar las construcciones ilusorias, traspasando cada una de las capas de la mente y liberando la energía subyacente a cada una de ellas al separarlas de los adormecedores hábitos. La barrera representa la negación, el rehusar a mirar y la completa resistencia a darse cuenta de los hábitos y la evitación de todo autoexamen, pretendiendo que todo está bien. El sapo es la desesperación debida a la rabia y el resentimiento, que yace oculto y camuflado. El tenedor representa la indecisión, la falta de compromiso, sin el cual ningún progreso espiritual es posible. El colador representa lo que retiene del flujo del río las cinco impurezas o estorbos: el hedonismo, la pereza, la hostilidad, la preocupación paralizante y la duda enfermiza. La tortuga representa la creación de un self protector y duro como la carcasa de este animal. El hacha y el tronco simbolizan la acción de buscar con violencia y poder un objeto al cual alcanzar y adherirse. La carne, por su parte, representa a la lujuria.

El noveno y último elemento encontrado en el hormiguero es el más profundo y fundamental. En su sueño Kassapa descubre a la serpiente Naga, que, por una parte, representa la energía y la sanación (como el símbolo de la medicina), la liberación de los apegos y la espiritualidad; y por otra, representa un gran peligro: el veneno. Es decir, la serpiente Naga puede ser curativa o destructiva. Dicho con otras palabras, en el fundamento de nuestra mente hay un solo principio de energía que puede ser derivado hacia la sanación o hacia la destrucción.

Dukkha, el sufrimiento, genera angustia y libera energía, y esa energía es Naga, en el sentido de que puede ser derivada hacia el camino de la creación de un self defensivo, armado sobre la base de adicciones, apegos y escapes que están condenados al fracaso —puesto que el sufrimiento es inescapable—, o canalizarse y orientarse hacia Marga y la iluminación, es decir, hacia el Camino Óctuple. Es en este camino donde la ética budista se hace evidente



## SEXTO PASO

## La ética y la práctica.

El noble sendero óctuple es considerado como la vía que lleva a la capacidad de disminuir y convivir con *Dukkha* (sufrimiento). El punto esencial es el esfuerzo por cesar en el deseo de apropiación y de ver “lo otro” (naturaleza, personas, pensamientos, emociones y situaciones), efectivamente como no-yo, como no-self y permitir que todo ello emerja en su naturaleza propia. Somos una parte de la totalidad de lo que hay, pero no somos dueños de nada. Lo que hace más difícil la comprensión de esta idea es nuestra arraigada convicción de que tenemos un mundo interno que nos pertenece y que es lo que nosotros somos. Otro tanto ocurre con el cuerpo. ¿Cómo podemos ser dueños de un cuerpo que está formado por átomos tan antiguos como los que estuvieron presentes en los inicios del universo? Los elementos del noble camino óctuple se subdividen en tres aspectos: sabiduría, conducta ética y entrenamiento de la mente (o meditación). En todos los elementos del noble camino, la palabra “correcta” o “recta” [justa] es una traducción de la palabra “sammā” que significa ‘plenitud’, ‘coherencia’, ‘perfección’ o ‘ideal’.

SABIDURÍA (*paññā*)

- 1) Visión o comprensión correcta
- 2) Pensamiento o determinación correcta

CONDUCTA ÉTICA (*shila*)

- 3) Hablar correcto
- 4) Actuar correcto
- 5) Medio de vida correcto

ENTRENAMIENTO DE LA MENTE (*Samādhi*)

- 6) Esfuerzo correcto
- 7) Atención consciente correcta
- 8) Concentración, meditación o absorción correcta

## EL CAMINO ÓCTUPLE

- 1) *La visión o comprensión correcta* se refiere al entendimiento y comprensión de las Cuatro Nobles Verdades del budismo. En el Mahāsatipatthāna Sutta, el Buda explica esta faceta:

- a) entender el sufrimiento (el sufrimiento existe)
- b) entender su origen (el deseo es el origen del sufrimiento)
- c) entender su extinción (el cese del deseo erradica el sufrimiento)

- 2) *El pensamiento o determinación correcta* son a veces traducidos como ‘intención’, ‘motivación’, ‘aspiración’ o ‘nuestra voluntad para cambiar’. Correcto pensamiento es la intención de *nekkhamma*, es decir, la renuncia al camino mundano. Es dejar que las cosas fluyan bajo la convicción que nada es constante. Además implica la intención de buena fe y voluntad de no violencia hacia los organismos vivos. Se aparta así de la crueldad, tendiendo a la bondad y a la compasión.
- 3) *La conducta ética (shila)* incluye el *hablar correcto*, que consiste en abstenerse de mentir, del hablar calumnioso y difamador, del hablar irrespetuoso y del hablar frívolo. Absteniéndose de participar en formas de hablar malas y dañinas significa que uno naturalmente tiene que decir la verdad, tiene que usar palabras amigables y benevolentes, placenteras y amables, significativas y útiles.
- 4) *El actuar correcto*. Implica una serie de abstenciones: abstenerse de tomar la vida, de tomar lo que no es dado, es decir, de robar y abstenerse de conductas sensuales inapropiadas y dañinas
- 5) *El medio de vida correcto* consiste en que el sustento o modo de subsistencia está basado en el concepto de *ajimsā* o inofensividad, el que esencialmente declara que no debería optarse por oficios o profesiones en los que, de forma directa o indirecta, se dañe a otros seres vivos o sistemas. Tampoco deben comerciarse armas letales, bebidas tóxicas y venenos. Menos aún comerciar con humanos: caben aquí el comercio de esclavos, la prostitución, la corrupción, estafas, engaños y robos; la intriga y la persuasión que subvalora, y la obtención de ganancias con las ganancias.
- 6) *El esfuerzo correcto* es parte de lo que se puede agrupar en el concepto de *entrenamiento de la mente* o *samādhi*. Esta palabra sánscrita ha recibido una variedad de traducciones. Básicamente, las principales son: ‘meditación’, ‘concentración’, ‘disciplina mental’, ‘cultivo de la mente y el corazón’ y ‘estar presente’. El esfuerzo correcto es mental. Involucra el esfuerzo continuo y la práctica consciente para, en esencia, mantener la mente libre de pensamientos que podrían perjudicar la habilidad

para realizar o poner en práctica los otros elementos del Noble Camino. Por ejemplo, desearle el mal a otro organismo contradice el precepto –contenido en el pensamiento correcto– de desear lo mejor para los demás. Este elemento se refiere al proceso de intentar desarraigar tales pensamientos malsanos y reemplazarlos. El esfuerzo correcto también ha sido llamado *diligencia o energía correctas* consistentes en prevenir lo insano que no ha surgido todavía; esforzarse en destruir lo insano que ha venido, esforzarse en producir lo sano que no ha surgido todavía y esforzarse en cultivar lo sano que ha venido.

- 7) *La atención consciente* trata en detalle acerca de la contemplación atenta y consciente y se refiere a la práctica de mantener la mente en el instante presente. Básicamente consta de *kayanupassana*, que es la atenta, reverente y consciente contemplación del cuerpo; *vedananupassana* que es la atenta, reverente y consciente contemplación de la percepción del entorno; *cittanupassana* que es la atenta, reverente y consciente contemplación de la mente y, *dhammanupassana* que es la atenta, reverente y consciente contemplación de los pensamientos
- 8) *La concentración, meditación o absorción correcta* tiene tres niveles:
  - a) Primer nivel (*pathamajjhana*): Si se logra tomar distancia de la sensualidad o placer de los sentidos, la persona entra en la primera absorción (*jhāna*) consistente en éxtasis (*pīti*)

y felicidad, acompañados por el pensar discursivo y verbal (*vitakka y vicara*).

- b) Segundo nivel (*dutiyajjhana*): Tranquilizando y relajando la mente, una persona entra en la segunda absorción (*jhāna*) consistente en éxtasis (*pīti*) y felicidad (*sukha*) que nacen de la concentración en la propia conciencia (*ekaggata*) libre del pensar discursivo y verbal (*vitakka y vichara*).
- c) Tercer nivel (*tatiyajjhana*): La persona se mantiene ecuánime, atenta, consciente, físicamente sensitiva. Entra y se mantiene ecuánime y contemplativa; como alguien que tiene una “morada placentera”
- d) Cuarto nivel (*catutthajjhana*): Con el abandono del placer y el dolor... como con la desaparición anterior del éxtasis y del estrés... la persona entra y se mantiene en la pureza, en la ecuanimidad (*upeksa*) y en la contemplación: Desaparecen el placer y el dolor.

#### BIBLIOGRAFÍA INTRODUCTORIA RECOMENDADA

1. Brazier C. *Buddhist Psychology*. Constable-Robinson, London, 2003
2. Brazier D. *Beyond Carl Rogers*. Constable, London 1993
3. Brazier D. *Zen Therapy*. Constable. London, 1995
4. Brazier D. *Love and its Disappointment*. O-Books, UK, 2009
5. Brazier C. *Other-Centred Therapy: Buddhist Psychology in Action*. O Books, UK, 2009
6. Batchelor S. *Buddhism without beliefs. A contemporary Guide to Awakening*. Riverhead books, New York, 1997
7. Selecciones del Canon Pali. [www.librosbudistas.com](http://www.librosbudistas.com)

ENSAYO

# EL PROBLEMA DE LA MUERTE EN EL ESTOICISMO ROMANO: EPÍCTETO, SÉNECA Y MARCO AURELIO

(Rev GPU 2013; 9; 2: 173-177)

William Vargas<sup>1</sup>

La muerte acompaña al hombre desde siempre. La preocupación por su acaecimiento ha dado pie para que la filosofía, desde hace muchos siglos, se preocupara por educar y preparar al hombre, aferrado a la vida y al futuro, para la llegada del fin de la vida. En este sentido se pronuncia la ética estoica, principalmente durante la llamada etapa tardía y a través de sus grandes exponentes romanos: Epícteto, Séneca y Marco Aurelio. Epícteto nos instruye respecto de lo inevitable de la muerte y nos exhorta a prepararnos día a día para llegar a su encuentro viviendo plenamente. Para Séneca la valoración del tiempo como un bien precioso, su buena administración y el buen provecho que logremos sacar de él son fundamentales para estar preparados para la muerte. Marco Aurelio, por su parte, insiste en que la vida se limita, para cada uno de nosotros, al tiempo presente pues el futuro es incierto.

*“Como las generaciones de las hojas así son las de los hombres... Sí, tus amados hijos no son sino pobres hojas, hojas son también esos hombres que te aclaman con sinceridad aparente y te alaban, o bien, al contrario, te maldicen y te molestan en secreto con sus reproches y sátiras; hojas igualmente aquellos que después de tu muerte evocarán tu recuerdo. Todas estas hojas que nacen con la primavera, el viento después las echa a tierra: enseguida el monte las reemplaza con otras. Pero el destino común es el de no durar más que un momento y tú en todo temes y deseas como si todo fuese eterno. Todavía un poco más de tiempo y tú cerrarás los ojos, y aquel que te haya conducido a la tumba será pronto llorado por otro a su vez.” (Marco Aurelio)*

## INTRODUCCIÓN

La muerte acompaña al hombre desde siempre. A pesar de los innumerables cambios producidos en la sociedad, y en su visión de este suceso, la muerte ha permanecido allí, inmutable e ineludible. No obstante,

hay acuerdo entre diversos autores de que en la sociedad actual ha ocurrido un cambio, tanto en la percepción de lo relativo a la muerte y el morir como en la preparación y la actitud del individuo hacia ella (1). Por ejemplo, con frecuencia se han descrito los fenómenos que han conducido a la sociedad en general,

<sup>1</sup> Médico Residente de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico de Barcelona. España.

y al personal sanitario en particular, a comprender el significado de la muerte como angustia, derrota y castigo (2-4). Aunque podría pensarse que el intento más o menos generalizado de huir de la muerte es propio de nuestros tiempos, la preocupación por su acaecimiento ha dado pie para que la filosofía, desde hace muchos siglos, se preocupara por educar y preparar al hombre, aferrado a la vida y al futuro, para la inexorable llegada del fin de la vida. En este sentido se pronuncia la ética estoica, principalmente durante la llamada etapa tardía y a través de tres de sus grandes exponentes romanos: Epícteto, Séneca y Marco Aurelio. En este breve escrito nos proponemos revisar algunas de sus reflexiones.

## EPÍCTETO (5)

El punto de partida de la doctrina estoica es el de que entre todas las cosas del mundo hay algunas que dependen de nosotros y otras que no. De nosotros dependen nuestros juicios y opiniones, nuestros movimientos y deseos, nuestras inclinaciones y nuestras aversiones; en resumen: todos nuestros actos. En cambio, aquellas cosas que no dependen de nosotros son el cuerpo, los bienes materiales, la fama, las dignidades y honores, es decir, todas aquellas cosas que no entran en el ámbito de nuestros propios actos. Para Epícteto las cosas que dependen de nosotros son libres por su misma naturaleza, pues nada puede detenerlas ni levantar ante ellas obstáculos; en cambio, las que no dependen de nosotros son débiles, esclavas, sujetas a mil circunstancias e inconvenientes y ajenas por completo a nuestro control.

Epícteto pone al cuerpo entre aquellas cosas que no nos pertenecen. El cuerpo es algo sobre lo cual no tenemos un control absoluto, pues está "sujeto a mil circunstancias". Por otra parte, la enfermedad y la muerte se encuentran dentro de estas innumerables circunstancias e inconvenientes, no siempre previstos, que afectan al cuerpo, y que, como dijimos, no dependen de nosotros. Por lo tanto, si no queremos que nuestros deseos se frustren no deberíamos desear sino aquello que dependa de nosotros. Sólo nuestros actos dependen de nosotros por entero, y los actos que benefician el cuidado del cuerpo y su salud son buenos y deseables pero no son una garantía para no padecer enfermedad ni librarse de la muerte. La salud preciada y la vida misma, como cualquier bien que no depende de nosotros, son frágiles y están sujetas a cambios que pueden ser drásticos e inesperados.

Epícteto aborda el problema de la muerte poniendo en evidencia el hecho de que entre sus contemporáneos ya existía el temor de nombrarla, como si su sola mención fuese cosa de augurio funesto, aunque, según

el filósofo, negar la presencia y la llegada infalible de nuestro fin y anhelar la vida eterna pretendiendo escapar de la muerte sea una locura, pues esto equivaldría a pretender que dependiesen de nosotros las cosas que no pueden hacerlo, y que fuese nuestro y sujeto a nuestra voluntad lo que de ningún modo nos pertenece. En este sentido, cabe recordar que, según la ética estoica, si tomamos por libres las cosas que por su naturaleza son esclavas y por propias las que dependen de otros, no encontraremos más que obstáculos, turbación y tristeza.

Epícteto nos dice que así como las espigas nacen para ser segadas una vez que han madurado, y a nadie se le ocurre dejarlas en los campos como si fuesen cosas sagradas e intangibles, el hombre debe saber que también su vida será segada. Quien vive con sensatez sabe que no existe la posibilidad de no morir, ya que para el hombre no morir sería como para la espiga no ser segada. Simplemente somos hombres: una parte del universo como una hora es una parte del día, y así como cada hora llega y pasa, nosotros debemos pasar también, pues el hombre es un ser mortal.

Aquel autor va más allá aún, y nos invita a valorar cada bien material, cada cosa provechosa, todo aquello que nos cause satisfacción y alegrías, comenzando por las más insignificantes, pero teniendo presente que en cualquier momento podemos dejar de tenerlos. Así, por ejemplo, si estimamos una vasija de barro no debemos dejar de recordar que se trata simplemente de una vasija de barro, de modo que el día que se rompa no nos invada el dolor. Si fuera un hijo o una mujer en quien depositamos nuestro amor debemos repetirnos y tener siempre presente que amamos a un ser mortal, así, si la muerte nos los arrebatara, nuestro pesar será mucho menor.

Aun cuando sabemos que moriremos, pareciera ser que nunca estamos preparados para ello y a pesar de que cada día de vida que pasamos es un paso más hacia la muerte, intentamos obviar el hecho. Epícteto nos vuelve a ilustrar la inminencia de nuestra muerte: así como los tripulantes de un barco que durante el viaje por mar bajan de la nave cuando ésta se detiene en un puerto, sin que distraigamos la atención para la menor señal que haga el capitán conminándonos a volver a bordo, del mismo modo, en el viaje de la vida, cuando el capitán llama hay que abandonar cuanto hemos adquirido, mujer e hijos inclusive, y correr hacia el barco sin volver la vista atrás. Y con más razón hay que estar preparado cuando se es viejo, porque entonces no debíamos alejarnos en demasía, no vaya a ser que de pronto seamos llamados a zarpar y no estemos en disposición de acudir rápidamente.

Las enseñanzas de Epícteto nos instruyen respecto de lo inevitable de la muerte y nos exhortan a prepararnos para ella. Hay que vivir plenamente, pero sabiendo que somos seres perecederos y que por tanto moriremos. El desafío es estar preparado para cuando nos llegue el momento.

## SÉNECA (6)

En *Sobre la brevedad de la vida* Séneca nos pone frente al problema de la muerte. En esta obra le escribe a Paulino respecto de cómo los mortales se quejan de la malignidad de la naturaleza que nos creó para una vida tan breve, y cómo el tiempo transcurre tan raudo que nos la arrebatara prontamente. Pero no es que dispongamos de poco tiempo sino que perdemos mucho, afirma Séneca. Si consideramos que así como las riquezas y bienes, por módicos que sean, serán bien administrados por un guardián prudente, podemos extrapolarlo a que una vida es hartamente suficiente para quien bien dispone de ella.

Al igual que Epícteto, Séneca hace hincapié en que el error del hombre es que no piensa de sí mismo como un ser que caduca, y por ello vive como si la vida tuviera que durar por siempre. Esto le hace vivir como si el tiempo fuera algo sobrado y abundante, que pierde en vanas ocupaciones, en inútiles trabajos, pidiéndolo y dándolo como si no valiera nada. Según Séneca, es la inmaterialidad del tiempo lo que hace que el hombre no lo aprecie como la cosa más valiosa de la existencia; sin embargo, su curso se mantiene sin desvíos ni detenciones. Desde el mismo día de nuestro nacimiento el tiempo inicia su marcha y nada podrá detener nunca su carrera.

¿Qué sucedería si el hombre, del mismo modo en que cuenta los años transcurridos, pudiese ver exactamente cuántos le quedan por vivir? Séneca responde: temblarían aquellos que viesan que les queda poco y sin duda que economizarían su tiempo. Bastaría mirar, dice, para confirmar este hecho: los hombres, cuando enferman y la muerte parece venir a caer prontamente, caen en la cuenta de cómo se abrazan a la vida y suplican más tiempo, tiempo que antes malgastaron mientras la vida transcurría. Pareciera ser que el hombre se encuentra tan ocupado viviendo la vida con premura, aunque entretanto podría llegar la muerte, que olvida que a ella tendremos que someternos todos, queramos o no.

Aunque pareciera un problema de los tiempos actuales, Séneca refiere cómo ya en su tiempo los hombres deseaban una larga vida, y cómo muchos se empeñaban además en buscar la eterna juventud. Así,

*“los viejos mendigan la añadidura de unos pocos años; algunos se fingen más jóvenes de lo que son pero basta con que sufran algún achaque para que recuerden que son mortales”*; y es allí cuando sobreviene el temor de ver concluida la vida y de ser arrancados a la fuerza de los propios planes y proyectos. Cuando el hombre sabe que la vida se le acaba no tarda en proclamar su insensatez de no haber vivido, y si logra salir de este trance crítico hace votos y promete vivir en la quietud, y comprende cuán de balde acarrearón lo que no gozaron y cuán en el vacío cayeron todos sus sudores<sup>2</sup>.

Como se ve, el concepto del tiempo, y su incalculable valor, son tópicos centrales en el pensamiento de Séneca, lo que nos recuerda que la vida del hombre tiene siempre tres momentos: el pasado, el presente y el futuro. El presente es breve y efímero. El futuro es siempre incierto, por tanto el día de mañana no nos pertenece. El pasado, en fin, es lo único inmutable y seguro puesto que no puede volver a voluntad de nadie. En síntesis: La valoración del tiempo, su buena administración y el buen provecho que logremos sacar de él son fundamentales para estar preparados para la muerte.

## MARCO AURELIO (7)

Marco Aurelio analiza el problema de la muerte desde otra arista: la muerte inevitable e ineludible no sólo termina con la vida del hombre, sino que también extingue su recuerdo. Nuestro cuerpo es mortal pero también lo es el recuerdo que queda de nosotros. Si se la considera por sí misma, es decir, separándola de aquel halo de misterio e imaginaria propia de cada cultura, se verá que la muerte es únicamente una obra de la Naturaleza, por tanto, según Marco Aurelio, sería pueril atemorizarse por algo natural, por algo de lo cual tenemos

<sup>2</sup> Kübler Ross describe con detalle, durante el siglo XX, los fenómenos ya observados siglos antes por Séneca: Cómo el hombre, en su condición de ser mortal nunca piensa en su muerte ni en el fin de sus días, y cuando llega el momento en que la muerte inminente se cruza en su camino reacciona primero negando la posibilidad de su condición mortal, luego aparece la ira, cuando sabe que es un ser caduco pero se resiste a aceptarlo, y una vez que ha aceptado su calidad de ser perecedero y se sabe derrotado por el fenómeno aparecerá la depresión; sin embargo sigue expectante ante cualquier posibilidad de escapar de la muerte y realiza pactos con Dios, con la familia y/o consigo mismo. Sin embargo, el hombre termina aceptando su condición con mayor o menor dificultad, y a veces a costa de un considerable trabajo y no pocas aflicciones.

la certeza absoluta que llegará en algún momento de nuestra existencia.

Marco Aurelio recuerda que la muerte es tan natural como el nacimiento, es una parte del ciclo creador de la naturaleza, una combinación distinta de los mismos elementos que, si se disuelven, es para formar seres nuevos. Por consiguiente, si aceptamos la muerte como un proceso natural, no hay nada en ella que deba repugnarnos o parecernos humillante. El destino de todos, hombres y mujeres, es el de envejecer y luego morir, generación tras generación. Todos, en algún momento, no seremos más que hediondez y putrefacción dentro de un sudario.

En consecuencia, la pérdida de la vida no es otra cosa que un cambio de estado, un juego de la naturaleza universal que tan bien lo hace todo, pues desde el principio de los tiempos la naturaleza ha actuado y continuará haciéndolo hasta el fin de los siglos.

No sabemos dentro de cuánto tiempo nos convertiremos en nada, ni existiremos más nosotros ni todo de cuanto vemos. Todo ha nacido para cambiar de lugar y forma, para corromperse, con el fin de que otros seres vengan. Ahora bien, si la muerte es una obra de la naturaleza entonces debemos considerarla sin sobresaltos, debemos ser conscientes de que caminamos inevitablemente a su encuentro. La muerte es un hecho tan natural como crecer, llegar a la adolescencia, adquirir la plenitud de las fuerzas o envejecer.

Marco Aurelio insiste en que así como consideramos tan natural que dentro de nuestro ciclo vital aparezcan primero los dientes, más tarde la barba y finalmente cabellos blancos; o como el procrear: llevar un niño en el seno y después darle a luz, también la muerte es parte del ciclo vital y una fase más de la existencia.

Por lo anterior, el hombre reflexivo, para Marco Aurelio, no debe mostrar temor, indignación ni desdén ante la muerte; al contrario, debe esperarla como otra obra más de la Naturaleza. Así como se espera pacientemente a un hijo durante la gestación *hemos de aceptar de igual modo y con resignación la hora en que el alma se escapa de su envoltura*.

Otra vez la filosofía estoica se encarga de recordarnos que ninguno de nosotros podrá escapar de la muerte pues ella todo lo devora. La vida es breve y el hombre no es más que un alma ínfima que sostiene un cadáver. Al igual que Séneca, Marco Aurelio insiste en la brevedad de la vida, en la aceptación del paso inevitable del tiempo y la llegada inexorable de la muerte.

En otra ilustración hecha para mostrarnos que no escaparemos de la muerte, el emperador filósofo recuerda cómo el mismísimo Hipócrates, después de

haber curado a muchos enfermos, cayó a su vez enfermo y murió. De la misma forma, aquellos adivinos que predijeron la muerte a tantas personas fueron también arrebatados por la ley del destino. Grandes conquistadores como Alejandro, Pompeyo y César, luego de arrasar poblaciones enteras y de segar la vida de millares y millares de infantes y jinetes en los campos de batalla, abandonaron asimismo este mundo. Heráclito, a pesar de sus sabias disertaciones como físico acerca del destino final del universo, murió de hidropesía y cubierto de boñiga. Demócrito pereció cubierto de miseria, y ni el gran Sócrates pudo huir de la muerte. La lección que se deduce de todo esto es que independientemente de nuestra sabiduría o de nuestras obras, trabajo o riquezas, algún día habremos llegado al final del viaje y tendremos que desembarcar.

Para continuar convenciéndonos de que la muerte nos alcanzará también a cada uno de nosotros, Marco Aurelio pregunta: ¿dónde están todos esos hombres que tenían tanto talento, tan gran previsión o tanto orgullo, aquellos genios sutiles?, ¿qué ha sido de ellos? Sólo han durado un día. Todos han muerto ha mucho tiempo y algunos no han dejado ni siquiera un recuerdo; de otros, sólo su nombre ha pasado a las leyendas, pero la mayor parte hasta de las leyendas ha desaparecido. Todo caduca, las palabras, que en otros tiempos estaban en boga, han caído hoy en desuso, los nombres de los personajes célebres de otras épocas han sido relegados al olvido. Todo desaparece y queda reducido a fábula, hasta que se pierde por completo su memoria. La fama imperecedera, por tanto, es pura vanidad ya *que en un instante habremos olvidado todo y al instante siguiente todos nos habrán olvidado*.

Dado que la vida es tan breve, dentro de pocos instantes nuestro cuerpo no será más que cenizas, osamentas desecadas; ni siquiera quedará un nombre: el nombre no es más que un ruido vago, un eco lejano. Lo que en mayor estima se tiene en esta vida es sólo vanidad, podredumbre y miseria, de esta forma, quien se preocupa de su fama póstuma no piensa que todos los que se podrán acordar de él morirán también, y que lo mismo sucederá a los que vengan después hasta que toda esta fama se desvanezca de igual modo al cabo de algunas generaciones. Sin duda, su intención es exhortarnos a no perder nunca de vista la fragilidad de las cosas humanas. Hemos de considerar siempre que el hombre era ayer un simple germen; mañana será una momia, o menos aún: ceniza.

Nada hay nuevo bajo el sol. Marco Aurelio nos invita a pensar en distintas épocas de la historia de Roma y de la humanidad y en ilustres personajes del pasado para mostrarnos que todo perece, de modo que si estudiamos

los tiempos de Vespasiano veremos lo mismo que vemos hoy: individuos que se casan, que educan a sus hijos, que caen enfermos, que mueren, que guerrear y que celebran fiestas. Veremos también comerciantes, labradores y viles cortesanos; caracteres arrogantes, desconfiados, conspiradores; personas que desean la muerte de alguien, que se lamentan del estado de las cosas, que se preocupan de vanos amores, que amontonan tesoros, que aspiran al consulado y a la realeza. Pues bien: ¡toda esta generación de gentes ha desaparecido! Miremos luego los tiempos de Trajano: el espectáculo será semejante. Miremos también cómo en el pasado han caído tantos estados poderosos. De este modo puede preverse fácilmente lo que será el porvenir: el espectáculo será semejante, todo irá al mismo paso y en iguales condiciones que lo que en la actualidad sucede. Para un Marco Aurelio, si consideramos las demás épocas de la historia y escudriñamos los anales de todas las naciones volveremos a cerciorarnos de que todos los hombres, después de haberse atormentado durante la vida, han dejado de existir y se han disuelto en sus propios elementos.

Marco Aurelio coincide con Séneca en el problema de la vida como tiempo transcurrido y nos invita a no disponer del futuro, que es algo que no depende de nosotros: *Nadie pierde más vida que la que tiene ni goza de otra vida distinta a la que pierde, ya sea que viviésemos tres o treinta mil años.* La vida más larga y la más corta vienen a ser lo mismo, pues el presente es lo único que nos pertenece y es de igual duración para todos, por lo cual lo que se pierde es también igual. En cambio, no podríamos perder ni el pasado ni lo venidero, porque, ¿acaso se le puede arrebatar a uno lo que no tiene? Por tanto, quien muere muy joven pierde igual que otro que ha vivido muchos años. Ambos pierden sólo el instante presente, que es el único que poseen: No puede perderse lo que no se tiene.

Tanto en Marco Aurelio como en Séneca la vida se limita para cada uno de nosotros al tiempo presente, que sólo es un fugaz intervalo; el resto de la existencia es incierto. Marco Aurelio va aún más allá en este razonamiento y nos dice que si algún día viniesen a informarnos de que debemos morir mañana, o lo más tarde pasado mañana, no debería importar mucho que sea un día u otro, pues, ¿acaso representa algo este plazo?

Si sabemos aprovechar el tiempo presente, igual da morir mañana que dentro de varios años.

Por consiguiente, la vida de todo ser no representa casi nada; el lugar donde transcurre no es más que un rincón insignificante de la Tierra, y la reputación más duradera que uno deja tras de sí apenas vale algo, pues se transmite mediante una sucesión de individuos insignificantes, que a su vez deben morir también, que no se conocen a ellos mismos y que, como es natural, conocen mucho menos todavía al que murió hace mucho tiempo. La duración de la vida del hombre no es más que un punto en el espacio, la sustancia es variable, las sensaciones son oscuras, el cuerpo es futura putrefacción, el alma un torbellino, el destino un enigma, la reputación una duda.

## COMENTARIOS FINALES

Debemos tener en cuenta que somos mortales, no debemos vivir como si tuviéramos diez mil años de vida. Es necesario que recordemos constantemente que lo inevitable pende siempre sobre nosotros, que existen cosas que escapan de nuestro control y voluntad. Cada día de vida tenemos que procurar, en lo posible, buscar el bien y aguardar la muerte con naturalidad y paciencia, no viendo en ella un hecho sobrenatural, sino la disolución de los elementos que constituyen el organismo de todo ser viviente.

## REFERENCIAS

1. Abt A. El hombre ante la muerte: Una mirada antropológica. XII Congreso Argentino de Cancerología. Disponible en [www.socargcancer.org.ar](http://www.socargcancer.org.ar). Consultado el 7/2/2013
2. García-Orellán R. Antropología de la muerte: Entre lo intercultural y lo universal. Disponible en [www.uned.es](http://www.uned.es). Consultado el 5/2/2013
3. Buero A. Pequeño ensayo sobre la muerte. *Revista Argentina de cardiología* 2008 (76); 76: 388-391
4. Gómez Esteban R. El médico frente a la muerte. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2012 (113); 32: 67-82
5. Epícteto. *Enquiridión*. Ed. José de Olañeta. Palma de Mallorca, España. 2007
6. Séneca. *De la Brevidad de la vida*. Ed. Sarpe, 1984
7. Marco Aurelio. *Meditaciones*. Ed. Cátedra, 2011
8. Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo, 1993

## ANÁLISIS CUALITATIVO

# HOSPITAL PARA LOCOS: ESPACIO IMAGINARIO Y SIMBÓLICO

(Rev GPU 2013; 9; 2: 178-185)

Carolina Abufom<sup>1</sup>

¿Cuáles son las significaciones que un grupo de pacientes tiene acerca de su enfermedad, su tratamiento y el hospital donde son atendidos? Se reflexiona acerca de un fenómeno notable. Una investigación realizada entre los años 2007-2009 da cuenta que un grupo de pacientes ambulatorios, tratados farmacológicamente durante 6 meses, no presentan cambios significativos en su sintomatología, relaciones interpersonales ni en el ajuste social. A pesar de ello los pacientes siguen acudiendo al hospital a solicitar atención. Este hecho nos sorprende y hace pensar acerca del lugar que ocupa la institución hospitalaria y la investidura de un espacio de locura en el imaginario y simbólico. Los acontecimientos ocurrieron en el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barack, centro de salud mental que ofrece atención Psiquiátrica y Psicológica a pacientes con “patologías psiquiátricas severas” pertenecientes al área norte de Santiago. Siguiendo una metodología cualitativa se optó por un enfoque biográfico, y se utilizó la técnica del Relato de vida. Se realizaron entrevistas a tres participantes que habían sido parte de la investigación citada y que mantenían sus controles activos. Nuestras hipótesis sugieren que aquello que sostiene la “adherencia crónica” al Hospital se basa en una demanda de amor acogida y satisfecha por el médico. Al parecer esto alargaría la permanencia en la institución y provocaría una disminución significativa de las altas. La red de relaciones y significaciones se construye sobre tres puntos: el médico, la enfermedad y el hospital. Se trata de una relación profundamente afiada, donde el tratamiento ocuparía un segundo plano. Dicha relación al mismo tiempo genera seguridad y reconocimiento mutuo, dejando afuera intervenciones eficientes. Al parecer lo que se intenta preservar es el vínculo paciente-tratante en una especie de pacto denegativo. Considerando el costo económico que implica mantener la atención de pacientes que no mejoran, además del costo subjetivo que implica toda enfermedad mental cronicada, incluir en el trabajo clínico significaciones como las mencionadas podría potenciar un buen trabajo terapéutico.

---

<sup>1</sup> Psicóloga UDP, Magister en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica de Adultos, Universidad de Chile. Docente pregrado Universidad del Desarrollo. E-mail: c.abufom@gmail.com

El artículo fue presentado en la Jornada “La comunidad debatiendo acerca de la salud mental” organizada por APA, Buenos Aires, Argentina, 2012, y es parte de la tesis de grado “Hospital para locos: espacio imaginario y simbólico” para optar al título de Magister en Psicología Clínica, Universidad de Chile, 2011.



## INTRODUCCIÓN

El Hospital Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak” fundado en 1853 recoge en su historia parte de la historia de las políticas de salud pública de nuestro país. Actualmente funciona como el centro asistencial en salud mental más conocido de nuestro país. Un establecimiento de referencia nacional que brinda asistencia psiquiátrica y atención psicológica a un tipo de población definida como de “alta complejidad” y “patologías psiquiátricas severas” ubicado en el área norte de Santiago. Una institución emblemática de una larga tradición; es el primer establecimiento en Chile construido con el propósito acoger a los alienados. Se trata de un lugar que contiene en sí mismo múltiples investiduras; es un espacio simbólico en tanto icono de la locura, y un espacio imaginario en tanto alberga una serie de ideas, fantasías y representaciones acerca de la sinrazón. Es un espacio funcional, imaginario y simbólico, un microcosmos de las representaciones históricas y actuales de la locura, aloja las significaciones que los propios pacientes con trastornos mentales crónicos o transitorios construyen sobre el lugar que los recibe y les brinda tratamiento a su padecer.

Al escuchar con detención el relato de los pacientes que llegan al hospital, se pesquiza un recorrido previo de ellos por el sistema de salud, y una llegada a la institución como efecto de una derivación a la “última instancia” de la red, es decir, como consecuencia de algo previo que no pudo ser resuelto dada la complejidad de sus características. Desde aquí resulta pertinente pensar, por una parte, el impacto que les produce la etiqueta de “paciente psiquiátrico”, y, por otra, cómo el hospital va siendo significado por ellos, en tanto parece ser asociado (incluso por los profesionales de la red de salud) a un reservorio de lo marginal, de la locura, de lo irrecuperable.

Durante el periodo 2007-2009 se realiza una investigación en el Instituto Psiquiátrico, orientada a evaluar la efectividad y eficiencia de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos. Se trata de un estudio descriptivo, con diseño cuasi-experimental, para el que se utilizó el cuestionario de autoevaluación OQ-45.2, diseñado para evaluar sensibilidad a la psicopatología y para detectar cambios entre el inicio y término de un proceso terapéutico. La muestra se compone de dos grupos de pacientes: uno en tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, pertenecientes a distintos programas de atención del policlínico (psicosis, enfermedades afectivas, trastorno de personalidad, depresión y ansiedad), y

un grupo de comparación que recibe sólo tratamiento farmacológico y que pertenece al programa de atención que aborda cuadros depresivos y ansiosos (ex-programa de neurosis).

Los resultados arrojan que en el grupo de pacientes sin psicoterapia no habría una mejoría durante los 6 meses de tratamiento farmacológico; la medicación no produce cambios en los síntomas, ni en las relaciones interpersonales, ni en el ajuste social.

A pesar que los pacientes no presentan cambios siguen asistiendo y circulando por el hospital para ser tratados. Este hecho llama la atención y estimula la apertura de interrogantes respecto del lugar y el tipo de relación que mantienen con la institución, el tratamiento y su enfermedad, donde opera como telón de fondo un discurso psiquiátrico sobre la normalidad y la anormalidad, y donde predomina la práctica de la medicalización del malestar subjetivo.

Esta problemática se traduce en la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las significaciones que tienen respecto de la institución hospitalaria, el tratamiento y su enfermedad los pacientes que no mejoran y continúan asistiendo al hospital?

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Conocer cuáles son las significaciones que tienen respecto del hospital, el tratamiento y su enfermedad un grupo de pacientes ambulatorios que se atienden en el Instituto Psiquiátrico, y que a pesar de no presentar mejoría en sus tratamientos continúan asistiendo para ser tratados.

### Objetivos específicos

1. Describir cuál es la relación que mantienen los pacientes con la institución hospitalaria, el tratamiento y su enfermedad.
2. Identificar el tipo de relación que establecen los pacientes con los médicos y/o profesionales de la institución.
3. Precisar cuáles son las expectativas que tienen los pacientes respecto del Instituto Psiquiátrico y el tratamiento.
4. Identificar cuál es el lugar que la institución hospitalaria ocupa en la vida de los pacientes

## RELEVANCIA

La primera relevancia de llevar a cabo esta investigación responde al alto costo económico que significa mantener la atención de pacientes que no mejoran con su tratamiento.

Por otra parte, tiene relación con los costos subjetivos que implican las enfermedades mentales sostenidas en el tiempo, tanto a nivel individual, familiar y social.

Ubicarnos en una posición psicoanalítica es poner en juego una ética particular; una manera de mirar, escuchar y comprender el sufrimiento psíquico. Esto se traduce en ir más allá de la cifra para comprender algo del sujeto y de la institución. Develar y especificar las significaciones construidas por los pacientes constituye un aporte a la práctica clínica, en tanto nos ofrece un campo de acción sobre el cual intervenir para generar cambios que vayan en beneficio de ellos.

## HIPÓTESIS

1. Los pacientes continúan atendándose en el hospital a pesar de no presentar mejoría alguna porque la institución articula, organiza o estructura algo de sus vidas. Habría una relación de dependencia a la institución en tanto ésta es significada como un lugar que satisface necesidades y afectos distintos al deseo de mejorar o encontrar alivio de la enfermedad. Esto estaría fomentado por el discurso psiquiátrico y la medicalización del malestar, que aumentan la dependencia de los pacientes y generan un tipo de transferencia particular.
2. El Instituto psiquiátrico es una institución, en tanto espacio simbólico e imaginario, atravesada por significaciones asociadas al enfermo mental alienado, el abandono social, la irreversibilidad y la exclusión; características propias que responden a la cualidad de asilo que sostuvo por más de un siglo. Es un lugar que puede ofrecer a los pacientes un tipo de reconocimiento identificatorio, lo que explicaría el hecho de por qué un programa ambulatorio termina funcionando como un programa crónico (cronicidad ambulatoria), donde los pacientes circulan y asisten a pesar de no tener mejoría alguna.

## MARCO METODOLÓGICO

Respecto del *marco metodológico*, se utilizó un enfoque cualitativo, particularmente un enfoque biográfico, utilizando la técnica del relato de vida. Para la recolección

de datos se llevaron a cabo entrevistas, las que se realizaron en un dispositivo de escucha. La consigna inicial fue amplia y general: *"hábleme de la evolución de su enfermedad"*.

En el intervalo de una entrevista a otra se realizó interanálisis, donde se incorporó la participación de una tercera persona exterior, cuyo rol fue acompañar en la producción y análisis de los relatos. Dicho participante leyó la entrevista inmediatamente luego de ser transcrita y elaboró un comentario con el fin de guiar el siguiente encuentro.

La selección de los participantes se efectuó mediante un *muestreo intencionado*, es decir, se utilizó como criterio de inclusión aquellos participantes de la investigación anterior y que al momento de hacer la investigación seguían en tratamiento en el hospital.

Las entrevistas se realizaron a 3 sujetos y fue condición acceder voluntariamente a ser entrevistado/a.

## RECONSTRUCCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RELATOS

Luego de la transcripción y lectura de los relatos, se consideró:

### I. Aspectos de la interlocución

- 1) A quién cuenta esta historia, cómo la cuenta, cómo ocupa el espacio de entrevista?
- 2) ¿Quién cuenta esta historia? ¿Quién es esta paciente?
- 3) Rol de la entrevistadora.

### II. Ejes temáticos

- 1) Enfermedad psiquiátrica: ¿cómo aparece representada para el paciente?
- 2) El hospital psiquiátrico.
- 3) Lugar de los médicos y/o profesionales en el relato.

El análisis del material recogido siguió una secuencia metodológica para cada relato, donde primero se generó una visión singular de cada caso, para luego dar una mirada transversal a todos ellos.

El análisis *singular* se orientó a reconstruir una historia de cada narrador con el fin de analizar en profundidad cada uno de los relatos recogidos. El análisis *transversal* se construyó desde la emergencia de los ejes analíticos temáticos a partir de volver a analizar las historias reconstruidas. Se trató de una lectura más analítica del material, donde se incorporaron referentes teóricos relacionados con *Transferencia Institucional*.

## RESULTADOS

### 1. Eje temático-analítico Hospital

Antes de pertenecer al hospital, éste es devaluado y temido; se trata de un lugar donde van los locos, los que no tienen remedio ni cura. Hay un temor asociado a las prácticas institucionales que se expresa en fantasías de maltrato. Muy distinto a lo que ocurre cuando se es miembro de la institución, en tanto que lo que aparece es un espacio atravesado por la idealización. Probablemente dicha relación es favorecida por el *fenómeno identificador*, que se da tanto hacia el Hospital como entre los mismos pacientes.

Las participantes consideran que el hospital acepta, valida y escucha al paciente psiquiátrico, éste opera como el *continente* del *contenido locura* que permite recuperar la condición de sujeto. Pero se trata de una moneda de dos caras, puesto que por una parte ocurre un proceso de recuperación subjetiva, y por otro, una pérdida vinculada a la etiquetación de “paciente psiquiátrico”.

El Instituto es un espacio exclusivo y privilegiado, ya que se ubica en la escala superior del sistema de salud (nivel terciario de atención). Se instala así la ventaja de acceder a un lugar que ofrece medicamentos sin restricción, cambios de médicos a pedido y atención continua de un Servicio de Urgencia.

Por otra parte, hay una exigencia a la institución desplazada en la figura del Estado; el Hospital no se toca, pero sí la institucionalidad de la cual se provee. Se pone en juego la relación entre gratuidad y derecho; ellas se ganaron el premio de atenderse en este nivel y el Estado se los debe.

Esta relación con el Hospital es similar a la que establece un bebé con su madre; es el modelo de la madre nutricia de la cual se debe mamar. Los límites a un sistema de libre demanda –dado por los horarios de atención, vacación de los tratantes, rotaciones de los profesionales, etc.–, son asimilados por las participantes como una “falla”; se trata de una debilidad de la institución y no de un corte necesario para el desarrollo de la relación.

Ahora bien, la idealización incluye y pasa necesariamente porque el Hospital se experimenta como un espacio dedicado a la función de acoger y cuidar, no sólo a través de la entrega de medicamentos sino mediante lo más importante: *amor*. Aquel que no es recibido, sentido y experimentado en el mundo exterior. El hospital se instala así como un lugar que tapa carencias personales.

En este punto hacen sentido los aportes de Barmblitt (1991) respecto de la contratransferencia institucional, la cual consiste en un pacto para la enfermedad. Dicho aspecto, siempre presente en toda organización,

es generador de la repetición de la patología provocada por la institución. Es lo que se llama Hospitalismo; repetición de la organización, a propósito del encuentro en los usuarios de transferencias erótico-dependientes.

La dependencia también está dada por el alivio que se produce en la asistencia, en ese encuentro con aquello que permanece *estable y seguro*; dos dimensiones que no pueden ser encontradas en la interioridad del aparato mental, sino que están ubicadas y transferidas a la institución. El hospital no se mueve, es la calma que proporciona la existencia de un objeto.

Es posible pensar que se trata de una transferencia materna, que muestra en la superficie una “supuesta” transferencia positiva enmascarada en los elogios hacia el Hospital. Sin embargo, estamos lejos de ese tipo de actualización, en tanto la transferencia positiva actúa como motor de la cura y en las participantes dicho aspecto no aparece.

El Hospital comienza a operar para ellas como un dispositivo paliativo sustituto de redes que no tienen o no funcionan. Aquí se encuentran –o reencuentran imaginariamente– vínculos perdidos o fracturados. Es una instancia que ofrece la posibilidad de salir de la soledad y el encierro que experimentan en el mundo, como si no existiese comunidad donde satisfacer sus necesidades. La dependencia se agudiza cuando las participantes dejan de trabajar; ahora le corresponde al Hospital cuidar de ellas.

Hay un juego confuso entre la vida y el encierro. La vida encuentra lugar extrahospitalariamente, pero a la vez el hospital permite vivir. Éste representa en sí mismo el encierro, porque es un lugar del cual no van a salir nunca más. Sin embargo el hospital, a su vez, permite salir de ese otro claustro, el que se vive internamente, y el que se experimenta en el afuera. La contracara de la vida/encierro es la muerte/salvación; entrar al hospital es como morir –probablemente se trata de la muerte social del paciente psiquiátrico– pero éste las salva de la muerte psíquica, simbólica y de la muerte física real.

¿Por qué resulta tan complejo el cambio en las participantes? La estructura jerárquica y represiva de la institución deniega la posibilidad de que puedan formular sus demandas inconscientes. Las participantes no estarían en posición de sujeto deseando, sino en una posición alienada, oculta tras los medicamentos, tras el saber del médico y tras una organización rígida.

### 2. Eje temático-analítico Enfermedad

La primera observación relevante que surge guarda relación con la idea de “cronicidad”; es decir, todas las participantes sufren de una enfermedad mental

irreversible, donde no hay cura posible. Al definirse como incurables alguien tiene que hacerse cargo de ellas. Si las medicinas no curan lo que no se puede curar, entonces eso justifica que sean acogidas por el hospital como totalidad.

Hay una representación del enfermar como “caer en algo” –acción pasiva–, generalmente asociado a situaciones vitales complejas que no logran enfrentar de una manera distinta al enfermar.

Al momento de explicar los orígenes de la enfermedad hay una oscilación entre el modelo mítico-religioso (endemoniado), el modelo biológico-científico (genética familiar) y el modelo biográfico (historia).

¿De qué sufren las participantes? Sufren de soledad y encierro. El aislamiento simbólico y real está presente; se trata de una ausencia concreta de vínculos afectivos y de una red que las sostenga, así como también de una falla en la capacidad para vincularse, un replegamiento interno que impide disfrutar y usar las relaciones que realmente existen. La posibilidad de tener una enfermedad, reversible, transitoria, curable, arriesga aquello que más valoran; *el lazo social con la institución*.

La enfermedad mental es de tal potencia, que tiene el efecto de modificar, cambiar y transformar. Lo que se modifica es la identidad, los límites se vuelven difusos entre el ser y el padecer. Hay una justificación permanente de acciones y conductas porque se es “enfermo psiquiátrico”. La etiqueta genera un cambio identitario, ocurre una especie de reidentificación que determina esa nueva condición subjetiva.

Todas buscan un nombre para su padecer; primero un diagnóstico, luego un tratamiento. El nombre tiene la eficacia casi mágica de tranquilizar.

La enfermedad mental es experimentada como una limitante que obstaculiza, entorpece y detiene los proyectos de vida. Estanca y apaga, no permite el disfrute ni el placer; la pulsión de vida se extingue para hacer predominar el territorio de lo mortífero. Se asocia la enfermedad a la muerte, sea ésta psíquica y/o física.

### 3. Eje temático-analítico Tratamiento

Transversalmente aparece en las participantes la idea de *pseudo-tratamiento*; esto se traduce en el uso permanente de medicamentos que no curan. Hay una claridad –incluso hiperconciencia– que los fármacos no tienen el poder de mejorar, sino más bien cumplen la función de aliviar el padecer. A pesar de ello, existe el deseo y la ilusión que el tratamiento pueda borrar el sufrimiento y anestesiar el dolor. Hay una actitud pasiva frente al él, un recibir sin cuestionar, una escasa implicación subjetiva.

Aparece una idea contenida de que algo de responsabilidad en el tratamiento les corresponde a ellas; depende de su actitud, voluntad o disposición, y sin embargo eso está ausente. Es el modelo de la “pócima mágica”; hay fe de que la ciencia médica como saber omnipotente creará algo especial y preciso para ella. Tal como planteaba Galende (2008), en el acto de tomar el fármaco se produce el no saber y el no sentir, efectivamente la anestesia frente a la dificultad de saber sufrir.

En todos los casos aparece la dependencia al fármaco al nivel de la existencia. Sin el fármaco se corre el riesgo de no ser, de no valer, de no funcionar. Pero la dependencia no es sólo al fármaco, sino también a la relación con el médico, visto en sí mismo como tratamiento; *esa relación de afecto es la que no se puede dejar*. Lo que tiene un efecto de alivio para todas es hablarle a alguien, es decir, tener un destinatario de su palabra. Ese es el verdadero tratamiento. Si los fármacos mejoraran se corre el riesgo de perder esa relación de afecto y quedarse sin el continente que es el Hospital. En ese sentido se prefiere el hospital a la medicina.

Por su parte, la hospitalización aparece como un fantasma; para algunas representa un “castigo”, el encierro de la internación asusta y amenaza, por lo que deben “portarse bien”, “obedecer”, y omitir cierta información. Para otra, es el “premio mayor”; significa la posibilidad de volver a un estado regresivo total, en que se es alimentado y atendido como un bebé.

### 4. Eje temático-analítico relación médico y/u otros profesionales

Se evidencia una relación asimétrica entre las participantes y sus médicos tratantes. Se trata de roles opuestos y complementarios; el médico posee el rol activo de la relación y el paciente se mantiene en un rol pasivo.

Hay una relación de sometimiento y obediencia en la aceptación resignada del encuadre, donde se toleran los cambios anuales de médico. El “quiebre” es parte del contrato, por lo cual si hay molestia no hay expresión ni despliegue de la misma.

Aquel sometimiento se invierte sutilmente en la idea que los médicos son “buenos” porque las toleran y son pacientes, otra manera de decir que “sobreviven” a sus locuras, agresiones, demandas y quejas. Como si éstos tuviesen la obligación de escuchar y satisfacer necesidades no resueltas, así como de acompañarlas en el malestar. *El médico está imposibilitado de abandonarlas*.

Éste representa una figura idealizada, a la cual no se le puede hablar de lo conflictivo, de lo malo, de lo avergonzante, por lo que dichos contenidos quedan

fuera del espacio terapéutico. El lugar que encarna el médico es el lugar del padre, a quien se le debe cumplir y obedecer. Es la encarnación de la ley y el control; allí se fiscaliza y sanciona. Las participantes están en el lugar de los hijos, por lo tanto deben ser fieles, cumplir y no fallar. Emerge el temor al castigo, lo que puede ser interpretado como el temor a perder el vínculo, y, yendo un poco más allá, la desobediencia arriesga perder lo más importante; *el continente Hospital*.

La idealización se acompaña del lugar omnipotente del médico; él será quien podrá salvarlas. La relación con él les otorga existencia, las constituye subjetivamente porque experimentan estar presentes en la mente del otro. El doctor encarna sustitutamente figuras que en el mundo externo están ausentes o perdidas, en ese sentido cumple la función de posibilitar la permanencia del lazo social. El encuentro con los afectos extraviados o fracturados no sólo ocurre en el plano imaginario, sino que en el médico hay un reemplazo concreto de lo familiar; las participantes buscan relacionarse con sus hijos, hermanos y padres.

### La dificultad de las altas y el efecto de funcionamiento crónico del servicio ambulatorio

Las participantes se sienten tratadas por sus médicos con *“amor”*; cariño y preocupación. Claramente lo que buscan es un vínculo afectivo que las haga sentir que le importan a alguien. De este modo, una de las hipótesis centrales que se desprenden del análisis transversal es que *la demanda es una demanda de amor*.

El punto es que los médicos se hacen cargo y responden a ella intentando satisfacerla, eternizando así a los pacientes en la institución. Aquí nos encontramos ante la transferencia institucional escenificada en la relación médico-paciente, siendo el amor el centro de ella.

Para Lacan, el horizonte de toda demanda es siempre la demanda de amor. El sujeto en su encuentro con el otro demanda amor y reconocimiento. La demanda suele estar referida a otra cosa que la satisfacción reclama, en este sentido se trata de la demanda de una presencia o una ausencia. En la transferencia el sujeto busca reencontrar un objeto perdido, amando. Se trata de un amor imaginario que produce cierta resistencia a saber lo que se esconde detrás de ese amor.

El problema aquí es que la demanda se satisface pero no se *elabora*, perpetuando el tipo de relación. Esperando la satisfacción incondicional del otro no emerge un deseo real de cura, sino una necesidad precaria e infantil de recibir afecto. Esto queda en un registro inconsciente del cual la pareja terapéutica no tiene noticia.

Para que haya elaboración de la demanda, lo primero sería poder reconocerla. Esto implica construir un espacio de intimidad, lo que está denegado desde las condiciones *“inamovibles”* de la institución: *no hay tiempo ni espacio para construir intimidad en la presión asistencial*.

Por otra parte, una observación esencial que surge en el material es la confirmación de aquello planteado por Balint (1961) respecto a que el fármaco es el propio médico. Para las participantes la figura del doctor significa el medicamento en sí mismo, el encuentro con él es lo que alivia, calma y tranquiliza. Cuando se realiza una derivación, lo que se *receta es otro médico*. En este contexto el tratamiento pierde peso, puesto que lo que se valora es la seguridad que genera el contacto o el vínculo con el médico. Como una manera de preservarlo se dejan afuera aspectos que podrían alterar dicha relación. Hay un reconocimiento mutuo y a la vez una negación de la demanda y su satisfacción, lo que puede ser pensado como un *pacto denegativo*.

El pacto denegativo (Käes, 1991) es un concepto específicamente vincular, es una modalidad de las alianzas, pactos y contratos inconscientes. Dice qué es lo que hay que dejar afuera para juntarse. Es estructurante y defensivo de los vínculos e incluye todo aquello que ha de ser reprimido, renegado, rechazado. Consiste en las operaciones de represión o denegación, renegación, desmentida y rechazo efectuadas por los sujetos para que permanezcan inconscientes de todo aquello que pueda amenazar la organización de dicho vínculo.

El pacto denegativo deja afuera aspectos de la realidad institucional y de la transferencia. Incorporar la relación imaginaria de demanda y satisfacción puede fragilizar la organización del vínculo. Más que un vínculo, lo que se busca es un *contacto*, y se está dispuesto a cualquier cosa para preservarlo; sin embargo ello no es posible sin su contrapartida: *la institución*.

Ocurre que se deniega que no se trata de un vínculo que permita reparar o elaborar genuinamente las experiencias dolorosas de cada una de ellas. Más bien, es un vínculo como el enamoramiento, sugestivo e hipnótico, que alivia pero que no mejora. Se deniega el lugar de la idealización y dependencia y, por ende, la posibilidad de entrada y salida del Hospital como un circuito posible.

### CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La institución se instala como un objeto ideal para ser interiorizado, lo que se observa mediante la *“lealtad”* de las participantes a este lugar que las salva. El héroe es la institución misma, su estructura encarna a una

madre nutricia que alimenta y a un padre protector que erige la ley; la institución otorga pero también castiga. Hay fidelidad, identificación y pertenencia a este referente simbólico.

Lo complejo es que en el Hospital hay rito de entrada pero no de salida; el rito de ingreso está marcado por un otro que da el pase –interconsulta– para ingresar. El “alta” debiera constituir el rito de egreso, pero el rito no aparece encarnado en nada ni nadie, más bien se trata de una *ritualidad desmontada*.

Las significaciones atribuidas al espacio hospitalario evolucionan, cambian y se modifican en el tiempo. El Hospital transita desde un *lugar para locos*; residencia de la sinrazón, de la violencia, de lo extraviado, de lo marginado, a un lugar significado como un espacio de acogida, cuidado y contención. Esto ocurre gracias al proceso de identificación.

La institución como sistema imaginario les permite a las participantes protegerse de sus miedos de destrucción, de la angustia de fragmentación y caída al vacío. De esta manera se sitúa como aquella que puede ligar lo desligado, imaginariamente es el espacio donde es posible re-encontrar lo perdido, lo olvidado, lo extraviado. También es un *espacio de lazo social*, que otorga la posibilidad de socialización real y concreta, una oportunidad de romper con la aislación, soledad y encierro.

El enfermo mental es significado como una persona expulsada de su pertenencia, segregada, sin lazos, en un exilio forzado. No es claro el momento biográfico en que el lazo social se debilita para las participantes, pero aquello que fractura, rompe y distancia son las perturbaciones psíquicas; el miedo al contacto, el exceso, los desbordes, el retiro afectivo y vincular. El Hospital representa la posibilidad de estar enlazados, anudados, ligados de manera segura y estable; *hay una existencia del otro-institución que permanece firme*. El punto es que la articulación de ese lazo, su construcción y significación, desde la enfermedad, son lazos indiferenciados, simbióticos, poco integrados, parciales y delirantes.

El Hospital funciona como un *continente* que acoge a las participantes en su padecer. Es un lugar que las humaniza, les devuelve su condición de sujetos sacándolas del lugar exclusivo de la enfermedad mental. Les reconforta el hecho de saber que el Hospital las “llama”; las busca, las rescata si no van, lo que les permite existir y ser. La institución colabora en el anudamiento de ese lazo, hay un compromiso mutuo de existencia; cada uno existe para el otro.

Hay una vigencia en los relatos de ciertas asociaciones respecto de la locura y la institución manicomial

presentes en la época clásica. Es sorprendente lo actual de las descripciones y observaciones planteadas por Foucault. *La figura del médico* continúa siendo la más importante de la institución manicomial, la de mayor autoridad. Sigue ejerciendo la más alta influencia sobre los enfermos; es un personaje idealizado, capaz de dominar la locura, de aislarla, e incluso de curarla mágicamente. Es significado por las participantes como un tamarugo.

Las asociaciones del loco aún son cercanas a modelos mítico-religiosos, es un personaje al que se le teme, que se asocia al descontrol y la violencia (posesión demoníaca). La “enfermedad mental” es sinónimo de sin razón, de alteración y de defecto.

Los estudios de Goffman también cobran vigencia, sobre todo respecto de algo que se observa en las instituciones totales; la *Estrategia de colonización*. El establecimiento pasa a ser, en las participantes, la *totalidad del mundo*. Han construido una vida adentro que tiene algo de placentero y estable. En este sentido ocupan el mundo externo como un referente que les permite demostrar lo deseable de la vida institucional; afuera nadie las escucha ni comprende, no validan su padecer, las enjuician de locas, no las contienen ni acogen en su dolor. Adentro hay un mundo de cariño, amor, y cuidado.

No quieren abandonar el Hospital para no enfrentar el *mundo exterior* y la *estigmatización* sin el soporte institucional que brinda un sentimiento de seguridad y alivio. Es mejor estar adentro y ser parte, que “suspendidos” en el afuera.

Desde la perspectiva psicológica de Bleger (1961) es posible pensar el fenómeno de la dependencia hacia la institución desde la inmadurez de la personalidad. La institución se configura como un instrumento que permite regular y equilibrar la personalidad de las participantes. De este modo se convierte en un sistema de control externo de ansiedades psicóticas.

Sin embargo, son escasas las posibilidades de ofrecer real seguridad, gratificación, reparación y desarrollo de la personalidad. Si así fuese no se eternizarían los pacientes. Hay una resistencia al cambio, tanto de la institución como de las participantes, lo que Bleger define como “Simbiosis Hospitalaria”. La dificultad de dar altas tiene relación con la necesidad inconsciente del médico de retener a su paciente para evitar reintroyectar todo lo que tenía depositado o proyectado en él. Para las participantes el alta significa reubicarse en la vida extra-hospitalaria, asumiendo todas las responsabilidades, compromisos y conflictos que puede hacer alguien que no tiene una “enfermedad mental”. Dejar de ser paciente implica abandonar una etiqueta y dar

lugar a una nueva identificación. No hay evidencia en las participantes de desear algo así.

¿Por qué las condiciones de ingreso no son igual que las de egreso? ¿Por qué el Hospital no prepara a las participantes para el alta, la autonomía y la independencia?

La institución no instruye para vivir en el afuera sin ella. Esto no es un acto de intencionalidad deliberada, sino una resistencia y una falla en la memoria institucional. Como si en el imaginario existiera la creencia que efectivamente los pacientes no pueden “vivir” sin el Hospital, lo que se corresponde con las fantasías de las propias participantes. Se instala así el pacto denegativo que mantiene la inmovilidad del sistema. La institución funciona como un circuito cerrado que olvida el lazo externo, estimula la adhesión y opera desde la figura de una prótesis ortopédica, y por supuesto, identitaria. Mientras siga operando en el lugar del ideal del yo es difícil dar cabida a un sistema ambulatorio, donde haya rito de entrada y rito de salida.

¿Será necesario entonces reconocer el amor de transferencia de los pacientes para que exista la posibilidad de cura? Ferenczi decía que sin empatía no hay curación y sin amor sublimado del paciente tampoco. En el fondo los pacientes proponen su deseo de ser reconocidos como personas deseantes y no como remanentes residuales o personas que en su exceso son considerados en el mínimo, en aquello que les ayuda en la sobrevivencia. Despojados del lazo social y de la posibilidad de reconocimiento se les naturaliza a una condición humana cercana a la naturaleza animal. Lazo social, construcción subjetiva son condiciones humanas. Resulta llamativo que el sujeto sea despojado de subjetividad cuando enferma. ¿Dónde habrá mayor humanidad que en la fragilidad, la vulnerabilidad y la precariedad? ¿Qué ocurre en estas circunstancias con la mirada del otro? Una mirada asistencial que no reconoce al sujeto y a la construcción de significados que se expresa en las palabras con que se nombra el hospital,

ese lugar de múltiples significados; espacio real, simbólico e imaginario. Es importante interrogar el lugar pero también a quienes lo nombran, a aquellos que tienen acceso a circular.

Constatar aquello que se deniega en la escucha del otro implica connotar también el lugar que se le asigna a los pacientes mentales en la sociedad y en la subjetividad de los profesionales que los atienden. Relegados al borde no se toma en cuenta que son seres humanos que necesitan construir formas simbólicas de apropiación del lugar que habitan, deambulan o visitan en busca de tratamiento para mitigar su enfermedad. Un asunto institucional, social, e incluso político que habla del lugar que se le asigna a la locura.

Quizá el objetivo central de esta investigación ha sido incluir, no forcluir, ni denegar la tramitación de significados de los pacientes. Ellos son, sin lugar a dudas, los fundadores de una institución que ha transitado desde El viejo Manicomio Nacional, un lugar para “locos”, al Hospital Psiquiátrico, un espacio que busca reconocer el dolor mental, a pesar de la insistencia resistencial que ya vimos cómo se imponen con el propósito de aliviar el padecer subjetivo.

## REFERENCIAS

1. Barembli G. (1991) *La concepción institucional de la transferencia. En Espacio Institucional Nº 1*, varios autores. Lugar Editorial, Buenos Aires
2. Galende E. (2008) *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires
3. Balint M. (1961) *El médico, su paciente y la enfermedad*. Editorial Libros básicos. Buenos Aires
4. Käes R, Bleger J, Enriquez E et al. (1987). *La institución y las Instituciones*. Editorial Paidós. Buenos Aires
5. Foucault M. (1964) *Historia de la locura en la época clásica*. Tomos I y II. Editorial Fondo de Cultura Económica. México
6. Goffman E. (1961) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores. Buenos Aires
7. Lacan J. (1956-1957). *La relación de objeto*. Editorial Paidós. Buenos Aires
8. Lacan J. (1960-1961). *La transferencia*. Editorial Paidós. Buenos Aires

## REFLEXIÓN

# PAUL RICOEUR Y LOS FANTASMAS DEL PSICOANÁLISIS

(Rev GPU 2013; 9; 2: 186-190)

Francisco Mujica<sup>1</sup>

**El profeta, el rehabilitado o el revolucionario son eximios representantes de un problema hermenéutico de la mayor importancia: para ellos resultan irrelevantes las posibles contradicciones internas de su discurso, así como carecen de valor los ejercicios de contrastación del contenido informativo del mismo. El caso es que, al margen de la robustez, verosimilitud, del alcance o la universalidad del contenido del mensaje que profesan, creen profundamente en la interpretación del mundo con la que ellos cuentan.**

Profeta y revolucionario son el opuesto hermenéutico exacto del escéptico o del burócrata. La razón de acudir a estos tipos ideales es simple: todos los arquetipos propuestos dan cuenta de por qué Ricoeur (2003, 2009) considera indispensable al psicoanálisis como paradigma de interpretación del mundo y la cultura. La gran enseñanza del psicoanálisis (Freud 1986a) es que: *no es lo mismo decodificar o inteligir un mensaje* –el contenido informativo de un texto, podría decirse–, que tenerlo como *referencia de orientación conductual o de dotación existencial de sentido*.

“Sufrir para comprender” cantaba el poeta, y ese canto sintetiza, a juicio de Ricoeur (2003, 2009), la especificidad diferencial del psicoanálisis como paradigma de interpretación: el estatuto y sentido de la comprensión son cualitativamente distintos –y superiores– cuando ella emerge de una experiencia vital, de un aprendizaje existencial o como resultado de un

involucramiento histórico-subjetivo. Es más, el carácter específicamente particular y el rendimiento propiamente diferencial de una verdad es que sea verdad –no formal o relacional–, sino verdad para un sujeto; verdad para una perspectiva disposicional y orientación desiderativa de un ser hacia el mundo. Justamente por esto, desde el punto de vista experiencial –y ésta es la gran lección hermenéutica de Freud–, una constatación no equivale a una epifanía. Más aún, la dignidad específicamente superior de la epifanía como idea de verdad se testimonia en el hecho de que la constatación empírica o el análisis proposicional no poseen las herramientas para comprenderla.

La verdad del revolucionario y del profeta, la verdad del pecador arrepentido, la comprensión del alienado que se vuelve consciente, son testimonios de la gran contribución de la escuela psicoanalítica a la tarea humana de contar con un sistema unificado de

---

<sup>1</sup> franciscomujica82@gmail.com



interpretación: el comprender no es un acto o un hito, es un proceso; proceso que supone necesariamente un desarrollo (con sus éxitos y tropiezos parciales); y ese desenvolvimiento que es todo crecimiento implica –como todo proceso–, un padecer: sólo la experiencia del sufrimiento que está anclada al proceso de descubrir el mundo –y a uno mismo– permite valorar, agradecer, aquilatar, reconocer, en definitiva, *comprender* una verdad (Ricoeur 2003, 2009).

Calderón legó en verso eterno esta idea cuando pone en boca de su malhadado Segismundo: “y la experiencia me enseña/ que el hombre que vive, sueña / lo que es, hasta despertar.” Ricoeur (2003, 2009) muestra que Freud encuentra su concepción de la comprensión en el modelo del héroe trágico: Edipo y Hamlet, Agamenón y Werther son la alegoría de cómo y cuándo se pondera y se comprende efectivamente una verdad, que *sólo se cae en cuenta* mediante un profundo y tortuoso proceso de toma de conciencia: exclusivamente luego de padecer infinito remordimiento y de aceptar deliberadamente un castigo como forma de expurgar su atroz crimen puede alcanzar Raskólnikov a comprender la significación profunda y real de sus acciones (Freud 1986b).

El descubrimiento psicoanalítico de que una verdad es una revelación humana que resulta de un proceso de lucha y sufrimiento por ella (o contra ella, o en relación a ella), sitúa al psicoanálisis a la par de la fenomenología, la antropología religiosa y la filosofía analítica como los grandes bloques en el proyecto teórico de Ricoeur (2003): una hermenéutica de vía larga que no renuncie al método, que no reduzca la interpretación al hecho vital del comprender pre-categorial (Heidegger 1999, Gadamer 1993).

¿Qué supuestos exegéticos y decisiones metodológicas llevaron a Freud y al paradigma psicoanalítico al descubrimiento de la dimensión procesual y la condición epifánica del comprender humano?

A juicio de Ricoeur (2003, 2009), la técnica propiamente interpretativa del psicoanálisis es convertir en patrón guía de interpretación no al texto, no lo dicho, no el contenido informativo –ni siquiera al objetivo argumental de un determinado discurso–, sino a la pulsión, la energía libidinal con la que se invierte al objeto de significación, al deseo en su expansión física y en su despliegue histórico. Para el psicoanálisis (Ricoeur 2003, 2009), la motivación para interpretar remite –en último término–, a un deseo, a una pulsión, a una energía libidinal que se le ha asociado a algún objeto o imagen: es el deseo subjetivo por alcanzar algún estado lo que vuelve indispensable al comprender. El sentido de las cosas es, finalmente, el sentido de un

deseo subjetivo hacia ellas. Toda verdad es una verdad humana, remitente a un contexto humano y sólo comprensible para y desde lo humano, siendo el deseo subjetivo y su estructura pulsional lo diferencial y propiamente humano (Freud 1986b, Ricoeur 2003, 2009).

Esta decisión metodológica del psicoanálisis está fundamentada en una antropología que entrelaza aspectos reales y simbólicos de la existencia humana: el sentido e inteligibilidad de la realidad coinciden con la significación pulsional individual, en tanto las pulsiones y deseos fundamentales de la especie humana apuntan a las estructuras simbólicas en las que se basa siempre toda cultura histórica: filiación, poder, amor, sexo. Todo hombre desea siempre –de alguna u otra forma (de esto dan cuenta nuestras fantasías, mitologías y sueños)– el contacto erótico, la posición de autoridad, acumular riquezas, sentir el éxito, engendrar descendencia, ser un héroe. Asimismo, no habría cultura humana, es decir, no habría separación del hombre con respecto a la naturaleza –que es el significado íntimo de la palabra cultura (Levi-Strauss 1968)– sin filiación, sin contacto erótico, sin autoridad, sin producción económica; sin deseo subjetivo (Lacan 1987).

No obstante, la estabilización y reproducción de los símbolos que configuran a una cultura –la estructura de la filiación, la imagen de autoridad, mitología histórica, roles estatutarios, etc.– supone como requisito mantener a raya la satisfacción total o la consumación excluyente de un deseo individual hacia ellos: para que la cultura siga siendo universal –a disposición de los deseos de todos los sujetos–, debe prohibirse la acaparación individual de la satisfacción pulsional que invierte a los símbolos fundamentales de toda cultura. Uno de los requisitos de la mantención del deseo individual es la no consumación total de lo deseado –consumación que elimina lo deseado (Lacan 1987)–, lo que vuelve indispensable que toda cultura desarrolle una estructura integral de prohibiciones y sanciones –como condición de perpetuación de ella misma– frente a la pretensión individual de satisfacción total del deseo (Freud 1986c, Ricoeur 2003, 2009).

De aquí que, desde la más primera infancia, se encuentre el individuo con la exigencia de adaptación frente a las expectativas sociales del respeto por las prohibiciones y códigos que permiten a la cultura reproducirse históricamente (Freud 1986c). Y es precisamente por esto que el psicoanálisis encuentra en la angustia la experiencia existencial fundante: la prohibición cultural de satisfacción inmediata, automática y total de los deseos individuales deriva en un rebasamiento energético-libidinal que se expresa en angustia, dada la amenaza de sanción permanente del medio

cultural sobre el sujeto –relativa a la mantención de las prohibiciones como requisito necesario para mantener la cultura (Freud 1986c, Ricoeur 2009)

No sólo deriva Freud su idea de comprensión de la tradición clásica (Ricoeur 2003, 2009), sino también los fundamentos simbólicos con los cuales pretende caracterizar a la condición humana misma: la tragedia constitutiva de la vida humana es el pendular entre la necesidad de satisfacción de sus pulsiones –los fuegos de Eros y las pasiones de Tanatos–, y el destino de tener que aceptar la imposición de prohibiciones y pautas culturales –la espada de Ananké y su ciego rigor (Ricoeur 2003, 2009).

Así como para Freud (1986b) no hay vida humana sin angustia, no hay vida humana sin deseo reprimido: ningún sujeto de ninguna época ha logrado satisfacer inmediata y absolutamente sus deseos. No sólo por la imposibilidad fáctica de satisfacer inmediata y totalmente un deseo, sino porque existen deseos que –en su contenido desiderativo mismo– constituyen un riesgo para la cultura y la vida mismas (aniquilar al enemigo, connubio con los progenitores, etc.)

La imposibilidad subjetiva de totalización del deseo deriva en la estabilización incremental de niveles personales de angustia que exigen dar una vía de escape culturalmente aceptable a las pulsiones reprimidas: ésta es la función específica y la dignidad diferencial de la creación artística para Freud (Ricoeur 2003, 2009). El reencauzamiento de los deseos insatisfechos y de las pulsiones de destrucción decanta en un ennoblecimiento de la cultura vía sublimación de la pulsión en la concreción de la obra de arte (por parte del sujeto que acude a la experiencia artística como válvula de escape de la angustia). Más aún, la experiencia formativa y estético-expresiva del trato con la obra de arte, así como la vivencia personal de la creación artística, resultan en una *reeducción del deseo humano mismo*; estabilizando a la estructura de la sublimación como puente entre pulsiones subjetivas y expectativas culturales (Ricoeur 2003, 2009).

Es justamente este puente lo que posibilita específicamente la metodología de interpretación psicoanalítica: el psicoanálisis pretende captar el sentido de lo simbólico a partir de la estructura del deseo reprimido, deseo reprimido que busca condensación y consumación compensatoria en el símbolo (particularmente en el artístico), como excedente de significados posibles para una pulsión que es susceptible de ser satisfecha vía redireccionamiento cultural (Ricoeur 2003, 2009).

El concepto de simbolización psicoanalítica –como estrategia de redireccionamiento y canalización de

deseos reprimidos– nos abre la puerta al núcleo hermenéutico del psicoanálisis como paradigma interpretativo: el hecho de que el hombre tenga que acudir al símbolo para dar salida a la angustia derivada de la represión nos revela lo que a ojos de Freud (Ricoeur 2003, 2009) se encuentra a la base de toda pulsión y concepción personal del mundo, a saber: las significaciones y deseos más primarios del hombre, como lo son el temor a la autoridad expresada en la figura del padre, el anhelo de contención permanente en el regazo materno, el miedo a la muerte, a la pobreza y a la locura; “Para Freud, el hombre siempre será un niño asustado”, concluye Ricoeur.

Y es precisamente por esto –por la trascendencia de ciertas concepciones simbólicas fundamentales en la especie humana (imagen del padre, de la madre, de la muerte, de la felicidad, del destino)– que la interpretación psicoanalítica pretende encontrar no lo que motiva explícitamente el deseo (su justificación), sino *qué hace que el sujeto desee a pesar de la imposibilidad estructural de la satisfacción del deseo mismo*. En palabras psicoanalíticas, la pregunta que guía a toda interpretación psicoanalítica es: ¿cuál es la ganancia secundaria del deseo?

De aquí que para Ricoeur (2009) el psicoanálisis forme parte de la misma escuela hermenéutica que Marx y Nietzsche, la escuela de los maestros de la sospecha. Y de lo que sospecha específicamente el psicoanálisis es de que todas nuestras concepciones del mundo y todos nuestros deseos –en último término– remiten a, y están motivados por, la potencia libidinal que ejercen los símbolos fundantes de toda vida y toda cultura: padre, madre, enemigo, tiempo, hogar, juego, hazaña, muerte (Ricoeur 2003).

“¿Qué es lo que hay detrás?”. Esta es la pregunta que deambula a través de toda la escuela de “los maestros de la sospecha”, de la cual el psicoanálisis es conspicuo representante; cuando pregunta: ¿qué obtiene un sujeto al desear algo que no podrá conseguir de manera absoluta? ¿A qué finalidad oculta apunta un hombre que pretende algo que es sabido que no puede alcanzar?

Es a través de esta pregunta que el psicoanálisis busca desenmascarar la significación y el sentido de las decisiones y concepciones del mundo, a saber: no preguntando lo que se dice, sino con qué fin se pregunta lo que se pregunta, qué satisfacción pulsional se alcanza en el hecho de pensar lo que se cree y cómo se cree (Ricoeur 2009).

La pregunta por la ganancia secundaria como método de interpretación está indisociablemente unida al psicoanálisis desde sus orígenes mismos. El psicoanálisis se yergue como una reacción frente al pensamiento

ilustrado en su tentativa de reducir la realidad humana a las motivaciones explícitas y racionalmente justificables.

Veamos, entonces, qué es lo que hay detrás de la filosofía ilustrada contra la que Freud se revela (Ricoeur 2009), veamos cuál es la ganancia secundaria del idealismo cuando pretende identificar realidad con realidad consciente, mundo con idea de mundo.

La cuestión es, entonces, qué es lo que hay detrás de lo que aparece. Porque para la filosofía ilustrada –modelo matriz del pensamiento occidental– es un asunto de principio que el pensamiento empieza con la determinación de qué aparece –y cómo aparece lo que aparece– ante una conciencia subjetiva (Henry 2002).

Es un hecho que el gran motivo que recorre a la filosofía de la conciencia, desde Kant hasta Husserl, es establecer cómo el pensamiento delimita lo pensable; cómo el pensar se piensa a sí mismo en su pensar (Ortega y Gasset 1974). No por casualidad elige Ricoeur (2003) caracterizar a la filosofía ilustrada como “filosofía de la reflexión”: ser visión de su propia mirada, ser reflejo de su propio acto de reflexionar.

Si existe un trabajo notable de delimitación analítica es precisamente el realizado por Ricoeur (2003) al mostrar la imposibilidad del proyecto de la filosofía de la reflexión, a saber: ser la conciencia plenamente consciente, ser la reflexión acto reflejo de sí misma; totalizarse a sí misma. ¿Cómo interpretaría el psicoanálisis este deseo de la filosofía de la conciencia?

No se trata, para Freud y el psicoanálisis (Ricoeur 2003), de lo que declaradamente motiva a la filosofía de la conciencia –ser reflexión de ella misma–, sino qué llevó a los máximos exponentes del racionalismo occidental (Descartes, Kant, Fichte, Schelling, Hegel, Cohen y Husserl) a generar y compartir esa motivación; hacia dónde la conduce ese afán, qué es lo que consigue con ese fin; qué se gana libidinalmente con el deseo inalcanzable de que el pensar sea pensarse en el pensar. ¿Qué hay detrás de este sueño idealista?

La pregunta por lo que hay detrás desde la perspectiva psicoanalítica, remite necesariamente a inquirir por cuál es el placer o goce que encuentra la filosofía de la reflexión en su fracaso en hacer consciente de sí a un acto de conciencia (Freud 1986c). Si ningún acto consciente puede ser consciente de sí mismo –condenando por principio a la filosofía de la reflexión al fracaso–, la pregunta de una interpretación psicoanalítica del pensamiento ilustrado se expresa, en términos técnicos, de la siguiente forma: ¿cuál es la *ganancia secundaria* de la filosofía de la reflexión? (Freud 1986e)

Pero determinar “lo que hay detrás” no se consigue respondiendo cuál es el goce asociado a ésta o a

tal frustración del deseo. En tanto el deseo da cuenta de una estructura disposicional y existencial integral en el sujeto que desea, la ganancia secundaria nos devela –coincidentalmente– una estructura general de goce, una disposición existencial remitente al placer general y sistemático que otorga esa compensación frente al deseo fallido, el disfrute de toda compulsión a la repetición (Freud 1986c); ella nos conduce a lo que efectivamente está detrás, a eso que Lacan (1987) denominó *el fantasma*.

El hecho de que la filosofía de la conciencia perseverase –a pesar de tener total conciencia de su fracaso–, revela una disposición gozosa transversal asociada a su fracaso reiterado, a su compulsión a la repetición. ¿Y qué es lo que deambula en el deseo de fracaso de la filosofía de la conciencia? ¿Qué es lo que insufla y anima a la ilustración a vivir del goce de su propia impotencia? ¿Apuntando a qué se eleva el idealismo deseando lo inalcanzable por principio? ¿Cuál es el *fantasma* de la moderna filosofía idealista?

Por estas meridionales latitudes se hizo carne el verbo idealista en la figura de ese varón preclaro e irremediable filósofo que fue Jorge Millas. Uno de los muchísimos méritos que tiene su ineludible texto *Idea de la individualidad* es drenar la médula misma del credo idealista, como cuando afirma: “lo racional es el correlato mismo de la libertad en el plano de las funciones representativas” (Millas 2009: 77).

Vemos entonces que, para la filosofía ilustrada, lo racional no sólo abarca el ámbito de lo meramente científico sino que, más determinante aún, es el correlato mismo de la libertad: el acto de pensar, a juicio del idealismo, equivale al ejercicio de la libertad misma. Pensar es, entonces, libertad; libertad entendida como emancipación subjetiva, liberación de ataduras personales, independencia individual. Se trata aquí de una idea de libertad en la que no hay dependencia de nada ni nadie, total encracia y autarquía pura: sólo puede tratarse, entonces, de una libertad de extracción burguesa; amparada en el sueño burgués de no deberle nada a nadie, de no depender de nada ni nadie, de no esperar o agradecer nada de nadie; el verdadero *self made man*.

Pero no sólo nos habla del fantasma de la filosofía de la ilustración su individualismo burgués constitutivo, sino de un ideal de libertad sin compromisos, sin precedentes ni condiciones; libertad en cuanto libertad, libertad pura, libertad ideal; libertad muy burguesa, discreta, encantadora y cómoda: libertad beata. La frase que elige Millas para dar cuenta de este concepto resume exactamente todo el espíritu de la filosofía ilustrada –particularmente su ensoñación mojonada y la pacatería

de su deseo: “la idea es, precisamente, la añeja latitud de nuestra indeterminación” (Millas 2009: 76).

Nos encontramos ahora de frente con el fantasma mismo de la filosofía ilustrada, con el por qué de buscar el deleite en la insistencia de su fallido proyecto. La ilustración busca en el pensamiento puro –en la idea– el borrar los límites fácticos de la voluntad, suplantar la libertad real con la imaginación de su alternativa ideal; volar sentada en su comodidad. En el deseo último de la ilustración de fundarse en la reflexión de sí misma deambula el fantasma de un burgués anhelo de pureza y orden, de un pensar immaculado y confortable, desinvolucrado e ilimitado; inteligencia beata y visión de ojos blancos.

El pueril sueño burgués de no depender de nada ni de ser objeto de crítica es lo que lleva, asimismo, a la filosofía ilustrada a buscar monopolizar la actividad crítica para sí: el fantasma de la pureza que insufla a la ilustración la lleva a concluir que ella misma no es susceptible de ser criticada.

El ejercicio de interpretar psicoanalíticamente el deseo del proyecto ilustrado nos reveló la inspiración vital de la filosofía moderna. Esa inspiración, ese fantasma, se llama beatería, beatería burguesa. Pero este ejercicio nos debiera revelar cosas sobre el psicoanálisis mismo, es decir, ¿qué busca conseguir el psicoanálisis al referir la interpretación a los símbolos y deseos humanos más primarios? ¿Cuál es el fantasma del psicoanálisis que deambula en estos deseos?

Contamos con una pista inicial: el psicoanálisis retrotrae todas las interpretaciones a símbolos primarios de la especie humana, particularmente en la experiencia del sufrimiento ante la privación de la consumación de deseos (como lo muestra la apropiación de Freud del sufrimiento del héroe trágico). No habría psicoanálisis sin sufrimiento: el sufrimiento lleva al tratamiento y el sufrimiento lleva a la simbolización sanadora. Para ser médico hay que enfrentarse sí o sí –¿tal vez amar?– el sufrimiento, así como hay que sufrir el rigor de una estudio impenitente para cargar con uno toda la historia del pensamiento clásico. Si algo hay en la historia de la cultura occidental es sufrimiento: guerra, pérdida, odio y masacre. Y si alguien es eximio representante de lo más selecto de la cultura occidental –con su cuna clásica–, ese es Sigmund Freud. Y si Freud nos enseña que para comprender y curarse hay que sufrir, para que haya psicoanálisis debe haber sufrimiento. La apología del sufrimiento es, sin duda, una de las motivaciones fantasmagóricas que deambulan detrás del psicoanálisis.

Y si el hombre es deseo –y todo deseo para ser consumado debe atravesar el rasero del sufrimiento–,

¿por qué el psicoanálisis –que es antes que todo una terapia–, invita al hombre a desear, es decir, a sufrir? Deambula otro fantasma por esto lados: deseo de esto y lo otro, deseo de aquello, deseo de desear deseos; hiperradicalización de la subjetividad. En la apología psicoanalítica del capricho resuena el canto de las sirenas de la histeria.

El movimiento psicoanalítico de desenmascarar el intento ilustrado de una interpretación racional de la cultura (desenmascaramiento que reveló la paca-tería idealista) abrió la puerta a mostrar, asimismo, los límites del psicoanálisis como estrategia de interpretación: la apología del sufrimiento y de la histeria como supuestas formas arquetípicas de aproximación al mundo.

Revelar los fantasmas del psicoanálisis no remite a un afán de morbo o animosidad, sino a subrayar, precisamente, la gran contribución del mismo a la tarea de la interpretación de la cultura, como es el hecho de que ningún discurso sobre el mundo y la cultura puede pretender ser totalizado: la conciencia de sí no es un origen sino una tarea. El psicoanálisis muestra que toda toma conciencia, es más, toda conciencia, es como enseñaba el Evangelio sobre el alma: “hay que perderla para salvarla” (Ricoeur 2003).

## REFERENCIAS

1. Freud S. 1986a. “El porvenir de una ilusión”. En: *Obras completas. Volumen XX*. Buenos Aires: Amorrortu
2. —, 1986b. “Dostoiewski y el parricidio”. En: *Obras completas. Volumen XXI*. Buenos Aires: Amorrortu
3. —, 1986c. “Más allá del principio del placer”. En: *Obras completas. Volumen XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu
4. —, 1986d. “Malestar en la cultura”. En: *Obras completas. Volumen XX*. Buenos Aires: Amorrortu
5. —, 1986e. “Trabajos sobre técnica psicoanalítica”. En *Obras completas. Volumen XII*. Buenos Aires: Amorrortu
6. Heidegger M. 1999. *Ontología: hermenéutica de la facticidad*. Madrid, Alianza. 154 p
7. Henry M. 2002. *Genealogía del psicoanálisis*. Madrid, Síntesis. 350 p
8. Gadamer H. G. 1993. El descubrimiento de la preestructura de la comprensión por Heidegger. En: *Verdad y método*. Salamanca, Sígueme. Pp. 331-338
9. Lacan J. 1987. Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconciente freudiano. En: *Escritos*. Tomo 2. Buenos Aires, Siglo Veintiuno editores. Pp. 773-808
10. Lévi-Strauss C. 1968. *Antropología estructural*. Buenos Aires, EUDEBA. 371 p
11. Millas J. 2009. *Idea de la individualidad*. Santiago, UDP. 193 p
12. Ortega y Gasset J. 1974. *Prólogo para alemanes*. Madrid, Revista de Occidente. 205 p
13. Ricoeur P. 2003. *El conflicto de las interpretaciones*. Buenos Aires, FCE. 462 p
14. —, 2009. *Freud: una interpretación de la cultura*. México, Siglo Veintiuno. 483 p

## INVESTIGACIÓN

# CONDUCTAS Y PREFERENCIAS SEXUALES DE LOS CHILENOS (PARTE I)

(Rev GPU 2013; 9; 2: 191-201)

Fernando Maureira<sup>1</sup>, Crystian Sánchez<sup>2</sup>, Ekatherine Stapf<sup>3</sup>, Yessenia Maureira<sup>4</sup>

**La actividad sexual es una de las experiencias más gratificantes que posee el ser humano y es un pilar importante en las relaciones de pareja. Conocer la actividad sexual que se desarrolla dentro de una cultura sirve para promover la sexualidad saludable, promover sistemas de anticoncepción y tratar ciertas patologías de índole sexual. El presente trabajo es un estudio realizado para conocer los aspectos más importantes de la vida sexual de hombres y mujeres chilenos. La muestra estuvo constituida por 273 personas que contestaron una encuesta constituida por 82 preguntas referentes a su sexualidad, la cual fue realizada en forma anónima y por internet. A continuación se presenta la primera parte de este estudio.**

## INTRODUCCIÓN

Para Giddens (2001) el comportamiento sexual humano tiene un sentido especial que lo diferencia de las otras especies, ya que usamos y expresamos nuestra sexualidad de diversos modos, siendo una experiencia que va más allá de la función biológica de reproducción. Nuestra sexualidad es simbólica, refleja en gran parte quiénes somos y las emociones que experimentamos. De allí que Giddens considera que este aspecto es demasiado complejo para ser reducido

a simples aspectos biológicos. Por lo tanto, la sexualidad debe interpretarse en función de los significados sociales que las personas le atribuyen, razón por la cual en casi todas las sociedades las normas sexuales aprueban ciertas prácticas y/o frenan y prohíben otras. Los integrantes de cada sociedad aprenden las normas sobre su actividad sexual mediante la socialización, siendo estas respuestas aprendidas y no innatas (Giddens, 2001).

En el tema de la investigación de la sexualidad, sin duda los trabajos pioneros de Alfred Kinsey (1948,

<sup>1</sup> Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Internacional SEK. Santiago, Chile. Correspondencia: maureirafernando@yahoo.es

<sup>2</sup> Licenciado en Psicología.

<sup>3</sup> Doctorante escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile.

<sup>4</sup> Estudiante licenciatura en Química y Biología, Universidad de Santiago de Chile.

1953) sobre las conductas sexuales de los norteamericanos se han convertido en un referente para los posteriores estudios sobre sexo, tanto por la cantidad de sujetos encuestados como por la profundidad y amplitud de las preguntas utilizadas.

En nuestro país existen numerosos estudios sobre sexualidad como los de Jara *et al.* (1997); Aguirre y Bravo (2009); los del Centro de Estudios de Opinión Pública (2009), etc., sólo por nombrar algunos. Generalmente en los estudios chilenos las preguntas se relacionan con la edad de la primera relación sexual, el lugar donde ocurrió, los métodos anticonceptivos que se utilizan, los miedos frente al sexo, incluso sobre algunas formas y técnicas sexuales. Sin embargo nosotros quisimos ahondar más allá, llegar hasta los grandes secretos de la sexualidad de los chilenos, con preguntas audaces y muy personales. Nuestra finalidad fue realizar un estudio que se convierta en una *radiografía* de los chilenos en la cama (y donde se practique el sexo) siendo lo más profundo y científicamente ordenado posible.

**MATERIAL Y MÉTODO**

La presente investigación es de tipo descriptivo, no controlada ni aleatorizada, realizada mediante una encuesta por internet.

*Muestra:* Constituida por un total 273 personas con edades entre 18 y 52 años. Del total de la muestra 129 corresponden a mujeres (47,3%) y 144 a varones (52,7%).

*Instrumentos:* Una encuesta sobre conductas y preferencias sexuales, compuesta por 82 preguntas. La encuesta consta de una sección inicial de datos biodemográficos con la edad, orientación sexual, región de residencia, estado civil, nivel de estudios y si había participado anteriormente en una encuesta sobre sexualidad.

*Procedimiento:* Las encuestas fueron contestadas por Internet, de forma totalmente anónima, durante el año 2011.

*Análisis de datos:* El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS 15.0, utilizando estadística descriptiva y pruebas de proporciones.

**RESULTADOS**

Del total de los sujetos encuestados 183 (67%) tiene entre 18 y 30 años, 54 (19,8%) entre 31 y 40 años; 24 (8,8%) entre 41 y 50 años y 12 (4,4%) entre 51 y 60

años. De los 273 sujetos de la muestra 33 (12,1%) son de la zona norte de nuestro país, 33 (12,1%) son de la zona sur y 207 (75,8%) de la región metropolitana. Siguiendo con la descripción de la muestra, 3 (1,1%) poseen enseñanza básica, 48 (17,6%) enseñanza media, 51 (18,7%) enseñanza técnica superior y 171 (62,6%) enseñanza universitaria.

De la muestra, 215 (78,8%) dicen estar solteros (con y sin pareja), 30 (11%) dicen ser casados, 12 (4,4%) separados, 13 (4,7%) divorciados y 3 (1,1%) son viudos. Con respecto a la orientación sexual de la muestra, 231 (84,6%) dicen ser heterosexuales, 21 (7,7%) homosexuales y 21 (7,7%) bisexuales. Finalmente, frente a la pregunta sobre si habían participado anteriormente en una encuesta o test sobre sexualidad, 45 (16,5%) dicen haber participado, mientras 228 (83,5%) dicen que no.

A continuación se presenta la primera parte de las respuestas de la encuesta sobre conductas y preferencias sexuales de los chilenos.

**Pregunta 1**

**¿A qué edad te masturbaste por primera vez?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Antes de los 9 años	0	0,0**
	Entre 10 y 12 años	27	20,9
	Entre 13 y 15 años	23	17,8**
	Después de los 15 años	58	45,0**
	Nunca me he masturbado	21	16,3**
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Antes de los 9 años	9	6,3**
	Entre 10 y 12 años	45	31,3
	Entre 13 y 15 años	81	56,3**
	Después de los 15 años	9	6,3
	Nunca me he masturbado	0	0,0**
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Los hombres presentan porcentajes más altos de inicios de la masturbación antes de los 9 años en comparación con las mujeres. Entre los 10 y 12 años el número es muy similar para ambos sexos. Entre los 13 y 15 años los hombres nuevamente presentan valores más altos en el inicio de esta práctica. Después de los 15 años las mujeres superan a los hombres, esto debido a que la totalidad de ellos afirma comenzar la masturbación antes de esta edad. Existe un porcentaje mayor de mujeres que responde no haberse masturbado nunca, en relación con los hombres, única opción en que ellos presentan un 0% de incidencia.

**Pregunta 2**  
**¿Llegas regularmente al orgasmo masturbándote?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	75	58,1**
	No	33	25,6**
	No me masturbo	21	16,3**
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	129	89,6**
	No	15	10,4**
	No me masturbo	0	0,0**
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Los hombres presentan porcentajes más altos de orgasmos durante la masturbación en relación con las mujeres. También ellas presentan índices más altos en la opción no me masturbo, ya que todos los hombres reconocen hacerlo o haberlo hecho.

**Pregunta 3**  
**¿Has usado algún juguete sexual (vibradores, vaginas sintéticas, etc.) para masturbarte?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	12	9,3
	No	117	90,7
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	21	14,6
	No	123	85,4
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias por sexo, es decir, las mujeres y hombres que han utilizado juguetes sexuales para masturbarse son muy similares en número. También observamos que la mayoría de los entrevistados de ambos sexos afirma no haber utilizado nunca este tipo de objetos.

**Pregunta 4**  
**¿Cuándo te masturbas prefieres mirar películas pornográficas, fotografías o imaginar escenas sexuales?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Películas o escenas pornográficas	23	17,8**
	Fotografías	0	0,0
	Imaginar escenas sexuales	85	65,9**
	No me masturbo	21	16,3
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Masculino	Películas o escenas pornográficas	75	52,1**
	Fotografías	9	6,3
	Imaginar escenas sexuales	60	41,7**
	No me masturbo	0	0,0
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Los hombres prefieren fantasear con películas o escenas pornográficas al masturbarse mucho más que las mujeres. En relación con el uso de fotografías los valores son similares en ambos sexos. Por su parte, las mujeres prefieren imaginar escenas sexuales en un porcentaje mayor que los hombres, alcanzando valores superiores al 60% en ellas. Es interesante notar que más del 90% de los hombres utiliza películas pornográficas o imagina escenas sexuales al momento de masturbarse.

**Pregunta 5**  
**¿Qué prefieres hacer cuando te masturbas?**

*a) Respuestas femeninas*

Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Manipular tu clítoris y tus labios vaginales	81	62,8
Insertar tus dedos u objetos en tu vagina	20	15,5
Estimular tus pechos	0	0,0
Presionar tus muslos	7	5,4
No me masturbo	21	16,3
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>

Más del 60% de las mujeres dice estimular su clítoris y sus labios vaginales durante la masturbación. En cambio un 0% dice masturbarse estimulando sus pechos,

*b) Respuestas masculinas*

Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Frotando tu pene con ambas manos	81	56,3
Frotando tu pene y tus testículos	60	41,7
Introduciendo tu pene en algún objeto	3	2,1
No me masturbo	0	0,0
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

Más del 65% de los hombres dice frotar su pene con ambas manos durante la masturbación. En cambio sólo un 2% dice masturbarse introduciendo su pene en algún objeto.

**Pregunta 6**  
**¿Te masturbarías o te has masturbado frente a tu pareja sexual?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	73	56,6**
	No	56	43,4**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	113	78,5**
	No	31	21,5**
	Total	144	100,0

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Los hombres poseen porcentajes más altos cuando se les pregunta si se masturbaría o lo ha hecho frente a su pareja sexual, en relación con las mujeres. Cabe destacar que casi el 80% de los hombres está de acuerdo o ha realizado esta práctica.

**Pregunta 7**  
**¿Mientras te has masturbado con quién prefieres fantasear?**

Los hombres utilizan más la fantasía de un/a amigo/a para masturbarse que las mujeres. En todas las demás opciones no existe diferencia entre ambos sexos. Es interesante destacar que un 0% de los encuestados afirma fantasear con un familiar mientras se masturba.

**Pregunta 8**  
**¿Mientras te has masturbado has fantaseado con tu pareja sexual?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Un/a amigo/a	51	39,5**
	Un/a familiar	0	0,0
	Un/a amigo/a de tu pareja	24	18,6
	Un/a compañero/a de trabajo o estudio	15	11,6
	Una persona famosa	18	14,0
	Nunca me he masturbado	21	16,3**
	Total	129	100,0
Masculino	Un/a amigo/a	96	66,7**
	Un/a familiar	0	0,0
	Un/a amigo/a de tu pareja	6	4,2
	Un/a compañero/a de trabajo o estudio	24	16,7
	Una persona famosa	18	12,5
	Nunca me he masturbado	0	0,0**
	Total	144	100,0

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Los hombres utilizan más la fantasía de un/a amigo/a para masturbarse que las mujeres. En todas las demás opciones no existe diferencia entre ambos sexos. Es interesante destacar que un 0% de los encuestados afirma fantasear con un familiar mientras se masturba.

**Pregunta 8**  
**¿Mientras te has masturbado has fantaseado con tu pareja sexual?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	102	79,1
	No	6	4,7
	No me he masturbado nunca	21	16,3
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	121	84,0
	No	23	16,0
	No me he masturbado nunca	0	0,0**
	Total	144	100,0

Tanto hombres como mujeres fantasean por igual con su pareja sexual mientras se masturban. En ambos sexos la respuesta afirmativa se encuentra alrededor del 80%.

**Pregunta 9**  
**¿Para ti la masturbación es parte de las relaciones sexuales?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	106	82,2**
	No	23	17,8**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	136	94,4**
	No	8	5,6**
	Total	144	100,0

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Los hombres consideran que la masturbación es parte de las relaciones sexuales en mayor porcentaje que las mujeres encuestadas. En el caso de ellos la respuesta afirmativa llega casi al 95%.

**Pregunta 10**  
**¿Has practicado masturbación a tu pareja?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	129	100,0*
	No	0	0,0
	Total	129	100,0



Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Masculino	Sí	138	95,8*
	No	6	4,2*
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\* Diferencia significativa al ,05.

Las mujeres responden haber masturbado a su pareja en porcentaje mayor que los hombres a ellas. Ellas responden en forma positiva en el 100% de los casos consultados.

**Pregunta 11**  
**¿Consideras que masturbarte a solas es ser infiel a tu pareja?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	2	1,6
	No	127	98,4
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	0	0,0
	No	144	100,0
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

Casi en la totalidad de los casos, tanto mujeres como hombres dicen no considerar la masturbación como un acto de infidelidad. En ambos sexos esta afirmación bordea el 100%.

**Pregunta 12**  
**¿A qué edad tuviste relaciones sexuales con penetración por primera vez?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Antes de los 14 años	3	2,3
	Entre 15 y 17 años	44	34,1
	Entre 18 y 20 años	73	56,6
	Entre 21 y 30 años	9	7,0
	Después de los 30 años	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Antes de los 14 años	3	2,1
	Entre 15 y 17 años	47	32,6
	Entre 18 y 20 años	61	42,4
	Entre 21 y 30 años	31	21,5
	Después de los 30 años	2	1,4
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

Entre los 18 y 20 años casi la mitad de los encuestados afirma haber tenido su primera relación sexual con penetración. La segunda opción más elegida fue entre los 15 y 17 años. Sólo un 1% de los hombres dice haber comenzado con su vida sexual con coitos después de los 30 años.

**Pregunta 13**  
**La primera vez que tuviste relaciones sexuales con penetración ¿usaste algún tipo de anticonceptivo?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	60	45,5
	No	69	53,5
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	74	51,4
	No	70	48,6
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

Las respuestas son muy similares entre hombres y mujeres. Sólo alrededor del 50% de los encuestados dice haber usado algún tipo de anticonceptivo en su primera relación sexual.

**Pregunta 14**  
**Están en una habitación, solos. Tú estás trabajando en un quehacer importante. Tu pareja te dice: “quiero que tengamos sexo ahora mismo” ¿Abandonas lo que estás haciendo por tener sexo con él/ella?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	106	82,2
	No	23	17,8
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	122	84,7
	No	22	15,3
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

La cantidad de personas que dicen dejar de hacer cosas por tener sexo con su pareja son similares entre ambos sexos. Las personas que contestaron afirmativamente a esta pregunta superan el 80% de los encuestados.

**Pregunta 15**  
**En el coito ¿generalmente alcanzan ambos el orgasmo?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	106	82,2
	No	23	17,8
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	124	86,1
	No	20	13,9
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias entre sexos en la apreciación de que ambos integrantes llegan al orgasmo durante el coito. También notamos que sobre el 80% considera que sucede esta situación regularmente.

**Pregunta 16**  
**¿Reconoces tú el orgasmo en tu pareja?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	129	100,0
	No	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	132	91,7**
	No	12	8,3**
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Las mujeres dicen reconocer el orgasmo en su pareja en mayor medida que los hombres. En el caso de las mujeres el 100% de ellas dice saber cuándo ocurre esta situación.

**Pregunta 17**  
**¿Le pides a tu pareja que hagan variaciones en el acto sexual?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	110	85,3
	No	19	14,7
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	132	91,7
	No	12	8,3
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias en la cantidad de hombres y mujeres que piden a su pareja que varíen en juegos y posiciones durante el acto sexual. En ambos casos la respuesta afirmativa supera el 85%.

**Pregunta 18**  
**¿Has experimentado sueños eróticos?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	113	87,6
	No	16	12,4
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	134	93,1
	No	10	6,9
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

Tanto los hombres como las mujeres han experimentado sueño eróticos, sin existir diferencias entre ellos. En ambos casos la respuesta afirmativa supera el 85%.

**Pregunta 19**  
**¿Has tenido sueños eróticos en que la satisfacción sea mayor que la que obtienes de tus relaciones con tu pareja?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	54	41,9
	No	75	58,1
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	33	22,9
	No	111	77,1
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias entre hombres y mujeres que dicen haber tenidos sueños sexuales más satisfactorios que las relaciones sexuales con su pareja. La respuesta afirmativa, en el caso de las mujeres, supera el 40%.

**Pregunta 20**  
**Comparada con las relaciones sexuales que te brindaban más placer (parejas anteriores o masturbaciones), ¿es placentera tu vida sexual actualmente?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	113	87,6*
	No	16	12,4*
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	109	75,7*
	No	35	24,3*
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\* Diferencia significativa al ,05.

Las mujeres reconocen en mayor número haber tenido relaciones sexuales o masturbaciones que resultaron más placenteras que su vida sexual actual. En el caso de ellas las respuestas afirmativas llegan casi a un 90%.

**Pregunta 21**  
**¿Prefieres tener sexo al calor del verano o al frío del invierno?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Al calor del verano	63	48,8
	Al frío del invierno	66	51,2
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Al calor del verano	90	62,5
	Al frío del invierno	54	37,5
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias entre hombres y mujeres en relación con la preferencia de la temperatura ambiente para tener sexo. Las mujeres presentan preferencias de casi el 50% para ambas opciones, en cambio los varones presentan un porcentaje más alto en la opción al calor del verano.

**Pregunta 22**  
**¿Tienes tantas relaciones sexuales como quisieras?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	66	51,2
	No	63	48,8
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	57	39,6
	No	87	60,4
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias entre hombres y mujeres en relación a su satisfacción en la cantidad de relaciones sexuales que tienen. Casi un 50% de las mujeres y 60% de los hombres afirman tener menos actividad sexual de la deseada. Un factor importante es que más de un 70% de los encuestados son solteros y no conviven con sus parejas.

**Pregunta 23**  
**¿Con que frecuencia tienes relaciones sexuales?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Diariamente	3	2,3
	2 o 3 veces por semana	51	39,5
	1 vez a la semana	25	19,4
	1 o 2 veces al mes	28	21,7
	Menos de una vez al mes	22	17,1
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Diariamente	2	1,4
	2 o 3 veces por semana	59	41,0
	1 vez a la semana	32	22,2
	1 o 2 veces al mes	21	14,6
	Menos de una vez al mes	30	20,8
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias en cada una de las opciones del número de actividades coitales con su pareja entre ambos sexos. Entre las opciones la más escogida fue de 2 a 3 veces por semana y en el extremo opuesto se encuentra la opción diariamente.

**Pregunta 24**  
**¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales contra tu voluntad?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	22	17,1
	No	107	82,9
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	13	9,0
	No	131	91,0
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias entre ambos sexos frente a la pregunta si han tenido relaciones sexuales contra su voluntad. Más del 15% de las mujeres dice haber sido forzadas a tener sexo.

**Pregunta 25**  
**¿Cuánto tiempo tardas en llegar al orgasmo durante el coito?**

*a) Respuestas femeninas*

Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Menos de 2 minutos	0	0,0
De 2 a 3 minutos	18	14,0
Entre 4 y 10 minutos	54	41,9
Más de 10 minutos	48	37,2
Generalmente no llego al orgasmo	9	7,0
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>

La alternativa entre 4 y 10 minutos fue la más escogida por las mujeres encuestadas, seguida por la opción más de diez minutos. Cabe destacar que un 0% afirma llegar al orgasmo antes de los 2 minutos y un 7% dice no alcanzar el orgasmo durante sus relaciones sexuales.

*b) Respuestas masculinas*

Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Menos de 2 minutos	0	0,0
De 3 minutos	7	4,9
Entre 4 y 10 minutos	36	25,0
Más de 10 minutos	89	61,8
Generalmente no eyaculo	12	8,3
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

La mayoría de los hombres encuestados considera que tardan más de 10 minutos en eyacular durante sus relaciones sexuales. En cambio un 0% afirma eyacular en menos de 2 minutos de coito.

**Pregunta 26**  
**¿Dónde prefieres o preferirías practicar el sexo?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	En un automóvil	24	18,6
	En un ascensor	18	14,0
	En la playa	27	20,9
	Al aire libre	36	27,9
	En una piscina	18	14,0
	En un lugar público	6	4,7
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	En un automóvil	10	6,9
	En un ascensor	17	11,8
	En la playa	16	11,1
	Al aire libre	65	45,1
	En una piscina	26	18,1
	En un lugar público	10	6,9
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias entre ambos sexo, en ninguna de las opciones sobre dónde preferiría o prefiere practicar sexo con su pareja. La opción más votada por hombres y mujeres fue al aire libre, en cambio la menos elegida fue en un lugar público.

**Pregunta 27**  
**¿Cuál de estas posturas es tu favorita a la hora de tener sexo?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	La del Misionero (el hombre sobre la mujer)	27	20,9
	La de andrómaca (la mujer sobre el hombre)	45	34,9
	A lo perrito (el hombre tras la mujer)	57	44,2
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	La del Misionero (el hombre sobre la mujer)	33	22,9
	La de andrómaca (la mujer sobre el hombre)	30	20,8
	A lo perrito (el hombre tras la mujer)	81	56,3
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias entre los sexos en ninguna de las opciones de posiciones para tener relaciones sexuales. Tanto hombres como mujeres afirman que la posición a los perrito es su favorita, con alrededor de un 50% de las preferencias.

**Pregunta 28**  
**¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas (incluida tu actual pareja)?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Una sola	30	23,3
	Entre 2 y 5	51	39,5
	Entre 6 y 9	15	11,6
	Entre 10 y 20	21	16,3
	Entre 21 y 49	7	5,4
	Más de 50	5	3,9
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Una sola	18	12,5
	Entre 2 y 5	63	43,8
	Entre 6 y 9	21	14,6
	Entre 10 y 20	21	14,6
	Entre 21 y 49	15	10,4
	Más de 50	6	4,2
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias entre ambos sexos en ninguna de las opciones señaladas en relación con la cantidad de parejas sexuales que han tenido. Alrededor del 40% dice haber tenido entre 2 y 5 parejas sexuales, en cambio sólo cerca de un 4% dice haber tenido sexo con más de 50 personas.

**Pregunta 29**  
**¿Cómo lograste tu primer orgasmo?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Masturbándote	60	46,5**
	En sueño erótico	0	0,0**
	En coito	69	53,5**
	Nunca he tenido un orgasmo	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Masturbándote	109	75,7**
	En sueño erótico	23	16,0**
	En coito	12	8,3**
	Nunca he tenido un orgasmo	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Los hombres lograron su primer orgasmo masturbándose y en sueño erótico en porcentajes mucho más altos que las mujeres. Al contrario, más del 50% de las mujeres dice haber experimentado su primer orgasmo en una relación sexual, muy por encima de los hombres. Ambos sexos reconocen que han experimentado orgasmos alguna vez.

**Pregunta 30**  
**¿A qué edad experimentaste tu primer orgasmo?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Antes de los 9 años	0	0,0
	Entre 9 y 11 años	6	4,7**
	Entre 12 y 15 años	45	34,9**
	Entre 16 y 20 años	66	51,2**
	Entre 20 y 30 años	12	9,3**
	Nunca he tenido un orgasmo	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Antes de los 9 años	3	2,1
	Entre 9 y 11 años	43	29,9**
	Entre 12 y 15 años	73	50,7**
	Entre 16 y 20 años	25	17,4**
	Entre 20 y 30 años	0	0,0**
	Nunca he tenido un orgasmo	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Los hombres presentan su primer orgasmo entre los 9 y 11 años y entre los 12 y 15 años en porcentaje más alto que las mujeres. Al contrario, ellas presentan índices más altos entre los 16 y 20 años y entre los 20 y 30 años.

**Pregunta 31**  
**¿Con qué frecuencia experimentas orgasmos en tus relaciones sexuales?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Siempre o casi siempre	75	58,1**
	Generalmente	30	23,3
	Ocasionalmente	18	14,0
	Casi nunca	3	2,3
	Nunca	3	2,3
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Siempre o casi siempre	105	72,9**
	Generalmente	24	16,7
	Ocasionalmente	12	8,3
	Casi nunca	3	2,1
	Nunca	0	0,0
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Sólo en la opción siempre o casi siempre los hombres presentan valores más altos que las mujeres. En las demás opciones sobre la frecuencia de orgasmos en las relaciones sexuales no hay diferencias entre ambos sexos.

**Pregunta 32**  
a) Si eres mujer. ¿Has experimentado orgasmos múltiples?  
b) Si eres hombre. ¿Has experimentado más de un orgasmo en tiempos menores de 1 hora?

a) *Respuestas femeninas*

Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Sí	101	78,3**
No	28	21,7**
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Más del 70% de las mujeres encuestadas dice haber experimentado orgasmos múltiples durante sus relaciones sexuales en contra de sólo un 21% que afirma no haberlo hecho.

b) *Respuestas masculinas*

Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Sí	114	79,2**
No	30	20,8**
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Casi un 80% de los hombres encuestados dice haber experimentado más de un orgasmo en periodos inferiores a una hora durante sus relaciones sexuales en contra de sólo un 20% que afirma no haberlo hecho.

**Pregunta 33**  
**¿Has fingido un orgasmo alguna vez?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	82	63,6**
	No	47	36,4**
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	61	42,4**
	No	83	57,6**
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Las mujeres presentan índices más alto que los hombres a la consulta si han fingido un orgasmo alguna vez. En el caso de ellas la respuesta afirmativa supera el 60%.

**Pregunta 34**  
**¿Generalmente cuánto dura el juego previo al coito?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Menos de 3 minutos	6	4,7
	Entre 3 y 10 minutos	73	56,6
	Entre 10 y 20 minutos	35	27,1
	Entre 21 y 30 minutos	3	2,3
	Más de 30 minutos	12	9,3
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Menos de 3 minutos	6	4,2
	Entre 3 y 10 minutos	61	42,4
	Entre 10 y 20 minutos	35	24,3
	Entre 21 y 30 minutos	19	13,2
	Más de 30 minutos	23	16,0
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existen diferencias entre hombres y mujeres en los porcentajes asignados a cada opción. La mayoría de los/las encuestados/das dicen que el juego previo dura entre 3 y 10 minutos durante sus relaciones sexuales.

**Pregunta 35**  
**¿Qué cosa prefieres hacer o que te hagan durante el juego previo?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Besos en la boca	38	29,5
	Estimulación manual de los senos	9	7,0
	Estimulación manual de los genitales	28	21,7
	Estimulación oral de los senos	29	22,5
	Estimulación oral de los genitales	22	17,1**
	Besos en el trasero	0	0,0
	Besos en los muslos	3	2,3
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Besos en la boca	23	16,0
	Estimulación manual de los senos	12	8,3
	Estimulación manual de los genitales	26	18,1
	Estimulación oral de los senos	3	2,1
	Estimulación oral de los genitales	74	51,4**
	Besos en el trasero	3	2,1
	Besos en los muslos	3	2,1
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

En la única opción en la cual existe diferencia entre los sexos es en la estimulación oral de los genitales, donde los hombres poseen índices más altos de preferencia. Además, este ítem es el que presenta mayor preferencia por parte de los hombres con valores sobre un 50%, en contraste con las mujeres que prefieren en su mayoría los besos en la boca con un índice sobre un 30%.

**Pregunta 36**  
**¿Has metido o te han metido los dedos en la vagina alguna vez?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	129	100,0**
	No	0	0,0**
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	127	88,2**
	No	17	11,8**
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

**Pregunta 37**  
**¿Visitas regularmente páginas de sexo en Internet?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	16	12,4**
	No	113	87,6**
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	96	66,7**
	No	48	33,3**
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al ,01.

Los hombres afirman visitar páginas pornográficas mucho más que las mujeres. Más del 65% de ellos entrega una respuesta positiva en relación al sexo en internet, en cambio en las mujeres este índice alcanza sólo el 12%.

**Pregunta 38**  
**¿Has practicado cyber sexo?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	51	39,5
	No	78	60,5
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	64	44,5
	No	80	55,5
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existe diferencia entre hombres y mujeres en la práctica de cyber sexo. En ambos sexos la respuesta afirmativa llega a cerca del 40%.

**Pregunta 39**

**¿Has practicado sexo telefónico?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	45	34,9
	No	84	65,1
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	61	42,4
	No	83	57,6
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

No existe diferencia entre ambos sexos en relación con la práctica de sexo por teléfono. En hombres y mujeres la respuesta afirmativa supera el 35%.

**Pregunta 40**

**¿Opinas que la pornografía es natural, sólo una forma de entretención?**

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	69	53,5**
	No	60	46,5**
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>
Masculino	Sí	122	84,7**
	No	22	15,3**
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>

\*\* Diferencia significativa al .01.

Los hombres consideran en mayor porcentaje que las damas que la pornografía es una forma de entretención. En el caso de ellos llega al 85%, en cambio el 50% de las mujeres consideran lo mismo.

**CONCLUSIONES**

Siendo la sexualidad un tema tan importante dentro de la vida humana, los estudios que abordan su naturaleza resultan necesarios tanto para conocer la evolución de las actividades sexuales en nuestras sociedades, así como también para dilucidar posibles estrategias orientadas al tratamiento de ciertas patologías y/o complicaciones relacionadas con la sexualidad humana. Si bien, este tema permaneció oculto durante mucho tiempo, como una parte prohibida de nuestra naturaleza, los trabajos de Kinsey pusieron al sexo como tema central de estudio y de interés científico, abriendo la puerta para toda una línea de investigación en decenas de países.

En el trabajo aquí expuesto, sobre las conductas sexuales de hombres y mujeres chilenos, podemos

observar que la masturbación se comienza incluso antes de los 9 años en los varones (con un 6% de práctica), siendo nula en las mujeres a esas edades, pero ya se practica entre los 10 y 12 años. En comparación del trabajo de Jara *et al.* (1997), el 100% de los hombres y el 84% de las mujeres encuestados, dicen haberse masturbado alguna vez, siendo los resultados mayores que los encontrados por Jara, quien habla de un 96% y 47% respectivamente, en relación con la práctica de la masturbación entre los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad de Chile.

Con respecto al inicio de la actividad sexual con penetración, observamos que tanto en mujeres como en varones puede comenzar antes de los 14 años (2% de la muestra) indicando sin duda la precocidad de la iniciación sexual en la sociedad del hoy. Por otra parte, alrededor del 50% de la muestra dice haber usado algún tipo de protección la primera vez que tuvo relaciones sexuales con penetración (datos no mostrados en el presente artículo), siendo más baja que los valores encontrados por el Centro de Opinión Ciudadana (2009) en los jóvenes de Talca.

También se destaca la influencia en el uso de las tecnologías de la información como la Internet, en la búsqueda de placer sexual virtual. Tanto hombres como mujeres recurren a ella diariamente. Sin embargo, esto también puede reflejar otras problemáticas inherentes a la sexualidad, tales como la dificultad de establecer relaciones de parejas y por lo tanto afectivas y sexuales; miedos a contagios de enfermedades; problemas o trastornos sexuales y de personalidad entre otros que aquejan y se acrecientan en las sociedades modernas.

**REFERENCIAS**

1. Aguirre M, Bravo G. (2009). *Percepción y conducta de los jóvenes santiaguinos frente a su sexualidad*. Centro de Estudios de Opinión Ciudadana, Universidad de Talca
2. Centro de Estudios de Opinión Ciudadana (2009). *Sexualidad de los adolescentes talquinos*. Universidad de Talca
3. Giddens A. (2001). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial
4. Jara G, Molina T, Caba F, Molina R, González E. (1997). *Sexualidad en alumnos universitarios*. Proyecto DID S-9616/1-2 Universidad de Chile
5. Kinsey A. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia and London: Saunders Company
6. Kinsey A. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia and London: Saunders Company
7. Suárez C, Navarrete D, Riffo P, Reyes D, Gutiérrez C, Herrera C, Molina T, Molina R. (2004). Temas de sexualidad que preguntan adolescentes a través de la prensa. *Rev Sogia*, 11 (3): 84-90

## INVESTIGACIÓN

# PSICOTERAPIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEVERA Y ANTECEDENTES DE TRAUMA INFANTIL: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE SU TRATAMIENTO

(Rev GPU 2013; 9; 2: 202-213)

Soledad Ballesteros<sup>1</sup>, Verónica Vitriol<sup>2</sup>, Alfredo Cancino<sup>3</sup>

Se evalúa la apreciación subjetiva de mujeres con depresión severa y antecedentes de trauma infantil acerca del tratamiento que recibieron en el Servicio de Salud Mental de un Hospital General. Un grupo control, que recibió el tratamiento habitual para la depresión severa, fue comparado con un grupo experimental que recibió un tratamiento protocolizado que focaliza en abordar las dificultades interpersonales presentes comprendiéndolas como secuelas del pasado traumático explorado. Resultados: Un 86 % del grupo protocolizado frente a un 60% del grupo control señaló satisfacción respecto al tratamiento ( $\chi^2=6,17$   $p<0,01$ ). Un 78% del grupo experimental versus un 57% del grupo control señaló que sirvió hablar de sus experiencias traumáticas ( $\chi^2= 2,9$   $P<0,008$ ). Las mujeres del grupo experimental se sintieron 'más valoradas', percepción que concordó con los indicadores de mejoría sintomática y de relaciones interpersonales según mediciones pre y postratamiento entre ambos grupos.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud mental de relevancia para la salud pública en Chile y el mundo. En nuestro país existe una prevalencia de vida del 10,7% en mujeres y del 4,9% en hombres. Es la segunda causa de años de vida saludable perdidos por discapacidad

y muerte prematura (AVISA) en mujeres (República de Chile, Ministerio de Salud 2001).

En Chile, desde el año 2006, la depresión está incorporada dentro de las patologías con garantías de acceso y oportunidad según ley del Estado (decreto supremo N° 228 del año 2005). Estudios epidemiológicos nacionales (Numhauser, Alvarado, Soto, Hermosilla,

<sup>1</sup> Psicóloga clínica, psicoterapeuta. sballesteros17@hotmail.com

<sup>2</sup> Unidad de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Base de Curicó.

<sup>3</sup> Unidad de Salud Mental, CESFAM Curicó-Centro, Curicó.



Vera, 2004; Vitriol, 2004; Vitriol, Ballesteros, Arellano, 2004; Weil K, Florenzano R, Vitriol V, Cruz C, Carvajal C, Fullerton C, 2004; Fullerton C, Acuña R, Florenzano R, Cruz C, Weil K, 2005) han corroborado los hallazgos extranjeros (Kendler & Prescott, 1999; Kendler, Kuhn, Prescott, 2004; Weiss, Longhurst, Mazure, 1999; Hill, 2001; Cheasty, Clare, Collins, 1998; Rutter 2002; Gladstone, Parker, Wilhelm, Mitchell, Austin, 1999, Gladstone, Parker, Mitchell, Malhi, Wilhelm, Austin, 2004; Kaplan, Klinetob, 2000; Newman, Clayton, Zuelig, Cashman, Arnow, 2000; Levitan, Parikh, Lesage, Hegadoren, Adams, Kennedy, 1998) respecto a la relación entre los traumas infantiles y los trastornos depresivos en usuarios adultos de los servicios de salud. Sin embargo los programas estandarizados para tratar la depresión no incluyen rutinariamente la indagación de los traumas biográficos y el abordaje de sus consecuencias (República de Chile, Ministerio de Salud, 2004).

Desde esta perspectiva, en el año 2006 en el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital de Curicó se evaluó la eficacia de una intervención protocolizada en mujeres con depresión severa y antecedentes traumáticos infantiles que incorpora al tratamiento farmacológico estandarizado una intervención estructurada de tres meses de duración cuyos objetivos fueron: pesquisar activamente los antecedentes traumáticos infantiles en mujeres derivadas por depresión y trabajar focalizadamente en las dificultades interpersonales presentes comprendiéndolas desde una orientación psicodinámica (Vitriol V, Ballesteros S, Florenzano R, Weil K, Benadof D, 2009).

Esta intervención demostró ser más eficaz que el tratamiento estandarizado en la mejoría de los síntomas depresivos, relaciones interpersonales y rol social (Vitriol V, Cancino A, Florenzano R, Ballesteros S, Schwartz, 2010).

El presente estudio tiene como objetivo comparar la percepción subjetiva del tratamiento por parte de las pacientes con depresión severa y 3 o más antecedentes de trauma infantil (poli-trauma psíquico) que fueron intervenidas con el tratamiento protocolizado respecto al tratamiento naturalista.

## MATERIAL Y MÉTODO

Entre los meses de abril y agosto de 2006, 154 mujeres mayores de 20 años, derivadas en interconsulta con el diagnóstico de depresión severa desde la atención primaria u otro servicio clínico, fueron sucesivamente asignadas a tres psiquiatras con vasta experiencia en el diagnóstico y manejo de los trastornos afectivos pertenecientes a la Unidad de Salud Mental del Hospital

de Curicó. Los criterios de exclusión fueron deterioro psico-orgánico, hipoacusia, adicción actual, psicosis y/o el antecedente de haber estado en tratamiento con algún psiquiatra el año previo.

Las pacientes con diagnóstico de depresión severa confirmado por los especialistas según la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS, 1992) (n=145) y que no tenían criterios de exclusión (n=6), firmaron un consentimiento informado en el que se les explicaba los términos de la investigación y se les proponía participar en forma voluntaria (n=139).

De ellas, 136 pacientes accedieron a una evaluación con una psicóloga clínica, quien administró la escala de Hamilton de 21 ítems (Hamilton, 1960) y el screening de trauma infantil confeccionado por Marshall y validado en nuestro medio (Cuneo C, González I, Jara M, Palomares L, Rammasy C, Cruz C, 2005). Esta escala de 7 ítems registra el recuerdo de haber sufrido uno o más de los siguientes sucesos traumáticos antes de los 15 años de edad: separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes; experiencia de haber sufrido castigo físico; haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador; haber convivido con algún miembro del grupo familiar que abusara de alcohol o drogas; haber resultado con daño físico asociado a castigos; contacto sexual forzado con un pariente y contacto sexual forzado con un no familiar.

Las pacientes con 21 puntos o más en la escala de Hamilton y con 3 o más respuestas positivas y/o la sola respuesta positiva al contacto sexual forzado en la escala de Marshall (n=87), fueron randomizadas a dos tratamientos: el grupo experimental (n=44) y el grupo control (n=43). Se evaluó asimismo el funcionamiento general con el OQ45 de Lambert (De La Parra, Von Bergen, 2002) instrumento que determina cambios en clínica general, rol social y relaciones interpersonales. La Tabla 1 muestra que no hubo diferencias basales entre ambos grupos al momento de la admisión a los tratamientos.

Respecto a las características sociodemográficas, los grupos control y experimental también resultaron ser homogéneos, es decir, no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ellos (Tabla 2). Esta equiparidad inicial permite considerar al grupo de control un buen punto de comparación respecto del grupo experimental que recibió el tratamiento protocolizado.

Características de los modelos de intervención:

A. *El protocolo implementado en el grupo experimental* consistió en la estructuración de las atenciones para pacientes con depresión severa y antecedentes traumáticos. En este tratamiento se conectó la clínica actual con

**Tabla 1**  
COMPARACIÓN ENTRE PRESENCIA DE TRAUMA INFANTIL Y GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO, EN LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL

Test	Promedio Grupo Experimental	DS	Promedio grupo Control	DS	T	p
Marshall (Rptas.+ ) (1)	4,19	1,348	4,14	1,354	0,162	0,872
Hamilton (2)	34,79	6,319	34,55	6,240	0,174	0,862
OQ45 total (3)	112,57	20,393	117,50	19,683	-1,127	0,263
OQ45 Síntomas (4)	70,55	12,188	75,62	11,853	-1,933	0,057
OQ45 Rel.Interpers.(5)	24,71	6,421	23,45	6,779	0,876	0,384
OQ 1 Rol Social (6)	17,52	5,964	18,58	6,189	-0,754	0,453

(1) Escala de Marshall: puntajes de 0 a 7. Cada punto indica la presencia de un evento traumático. (2) Hamilton: puntajes entre 0 a 63 puntos indicando puntajes más altos mayor severidad en los síntomas. (3) OQ45 total: Puntajes fluctúan entre 0 a 180 indicando puntajes más altos mayor severidad en los síntomas. (4) OQ45 escala de síntomas: los puntajes van de 0 a 100 puntos. A mayor puntaje peor funcionamiento. (5) OQ45 relaciones interpersonales: puntajes entre 0 a 44 indicando peor funcionamiento los puntajes más altos. (6) OQ45 escala social: puntajes entre 0 a 36 puntos. A mayor puntaje peor funcionamiento.

los antecedentes traumáticos biográficos infantiles. Las pacientes fueron inicialmente acogidas y evaluadas por el psiquiatra, quien realizó el diagnóstico de ingreso (incluyendo además la presencia o no de trastorno por estrés postraumático, TEPT), determinó la gravedad del cuadro actual e indicó un plan de tratamiento psiquiátrico que consideraba la eventual hospitalización.

Posteriormente, en forma ambulatoria, las pacientes fueron evaluadas en entrevistas separadas por psicólogo y asistente social. La entrevista psicológica estuvo dirigida a recoger la historia de antecedentes biográficos traumáticos infantiles y actuales. La asistente social buscó establecer factores psicosociales de riesgo y evaluó la disponibilidad de la red social y del

ecomapa, y realizó visitas domiciliarias en aquellos casos que lo ameritaron.

En forma voluntaria, las pacientes fueron invitadas a una reunión con un equipo integrado por psiquiatra, psicólogo y asistente social. En esta sesión, desde una orientación psicodinámica, se estableció un foco de tratamiento, que permitió asociar el motivo de consulta actual a un patrón interaccional presente de maltrato y agresión, comprendiéndolo como una repetición del pasado traumático.

En ocho sesiones psicoterapéuticas de 45 minutos se trabajó cognitivamente la comprensión y el cambio de las conductas relacionadas con el foco interaccional repetitivo del binomio víctima/victimario. Se ayudó a la

**Tabla 2**

		GRUPO EXP.	n	GRUPO CONT.	n	T o X <sup>2</sup>	p
EDAD	PROMEDIO EN AÑOS	37	44	41	43	T = -1,816	0,073
ESCOLARIDAD	BÁSICA	53,7%	44	50%	43	X <sup>2</sup> = 1,445	0,695
	MEDIA	41,50%		45%			
	TÉCNICA	2,40%		5%			
OCUPACIÓN	DUEÑA DE CASA	47,7%	44	55,8%	43	X <sup>2</sup> = 1,103	0,776
	OCUPADA	45,5%		34,9%			
	CESANTE	4,5%		7%			
	ESTUDIANTE	2,30%		2,3%			
ESTADO CIVIL	SOLTERA	6,8%	44	16,3%	43	X <sup>2</sup> = 3,456	0,485
	SEPARADA	15,9%		18,6%			
	CASADA	43,2%		44,2%			
	VIUDA	6,8%		2,3%			
	CONVIVIENTE	27,3%		18,6%			

paciente a discriminar el presente del pasado traumático y a elaborar estrategias para el manejo de la conducta impulsiva. Se favoreció la movilización de aspectos personales de autonomía e independencia, neutralizando la perpetuación del rol de víctima.

El objetivo de esta intervención fue que la paciente discriminara mejor los conflictos de su vida actual, distinguiendo los aspectos de repetición del pasado traumático infantil que tendían a reeditarse en las relaciones interpersonales del presente.

Durante este proceso la paciente fue evaluada por el psiquiatra quincenalmente durante el primer mes, y luego mensualmente.

B. *El tratamiento naturalista (grupo control)* se basó en el tratamiento farmacológico y psicológico habitual para la depresión severa, según las pautas establecidas por el Ministerio de Salud, que es el aplicado normalmente en los servicios de salud mental a nivel secundario. Dicho tratamiento involucra el ingreso de las pacientes a través del servicio de admisión del hospital a consulta por psicólogo o psiquiatra según disponibilidad de agenda profesional. En caso de riesgo suicida, la asistente social coordina una atención preferencial para la paciente, que está subordinada a la disponibilidad del recurso psiquiatra y que habitualmente se concreta dentro de la semana. Las pacientes hospitalizadas son evaluadas y tratadas por un psiquiatra y –en los casos que se solicite– por psicólogo. El psiquiatra realiza el tratamiento farmacológico establecido por las normas del Ministerio de Salud. Habitualmente los tratamientos psiquiátrico y psicológico cursan paralelamente aunque no siempre son coordinados explícitamente entre estos dos profesionales. Dada la alta demanda de atención, las pacientes son citadas a los controles según la disponibilidad de la agenda profesional, pudiendo concretarse al mes o habiendo transcurrido más tiempo. La duración de los tratamientos individuales es variable según el criterio profesional y la adherencia de las pacientes. De hecho, muchas veces las usuarias abandonan su tratamiento psicológico continuando sólo con el tratamiento farmacológico. Esta última situación acontece frecuentemente sin constituirse en materia de análisis para el equipo de salud.

### Seguimiento

Las participantes fueron evaluadas al inicio, a los tres y seis meses de tratamiento por un equipo externo a la unidad mediante la aplicación de la escala de Hamilton para evaluar los síntomas depresivos, el OQ45 de Lambert (De La Parra, Von Bergen, 2002) para

determinar cambios en clínica general, rol social y relaciones interpersonales y el TOP-8 de Connor y Davidson (1997) para explorar la clínica del trastorno por estrés postraumático.

En el último seguimiento, al sexto mes del ingreso, de las 87 pacientes se pudo pesquisar sólo a 71 (grupo experimental n=36 y grupo control n=35) independientemente de si estaban aún en tratamiento, lo habían abandonado o habían sido dadas de alta. Este grupo se constituyó en la muestra de estudio, en la cual –utilizando una entrevista semiestructurada– se comparó la opinión que las pacientes tenían acerca del tratamiento recibido (ver anexo).

La entrevista giró en torno a cuatro preguntas centrales creadas por los mismos investigadores y fue realizada por alumnas de psicología capacitadas y supervisadas por una psicóloga clínica. Dichas preguntas se dirigieron a dimensionar los siguientes aspectos del objetivo de este estudio:

1. Conocer el grado de beneficio atribuido por las pacientes a la intervención recibida.
2. Conocer cuál fue el impacto que tuvo en las pacientes la posibilidad de hablar de sus experiencias traumáticas infantiles.
3. Evaluar la incidencia de intento de suicidio durante el tratamiento y la actitud del profesional tratante que percibieron las pacientes respecto a este hecho.
4. Determinar el grado de adherencia real al tratamiento farmacológico.

Para la interpretación de los datos se utilizó la modalidad de la metodología cualitativa “Grounded Theory” de Glaser y Strauss (1964), la cual consiste en un análisis inductivo de la información recolectada mediante codificación abierta, de modo de extraer diferentes categorías de respuesta (por ejemplo, según indicadores de mejoría). Luego se realiza un análisis relacional buscando establecer asociaciones de mayor nivel de abstracción entre los diferentes contenidos que arrojan las respuestas descriptivas. Finalmente los conceptos relacionados entre sí se agrupan para poder realizar un conteo que permita comparar la información entre ambos grupos. Este proceso se efectuó para cada respuesta por separado.

Los datos fueron codificados y analizados con el paquete computacional SPSS considerando la misma metodología que se ha utilizado en estudios previos a nivel nacional (Weil K, Florenzano R, Vitriol V, Cruz C, Carvajal C, Fullerton C, 2004). Se determinaron frecuencias y promedios y se compararon las variables sociodemográficas y los indicadores de los instrumentos,

**Tabla 3**  
CAMBIOS EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LAS PACIENTES ASIGNADAS AL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL AL SEXTO MES DE SEGUIMIENTO (GRUPO EXPERIMENTAL N=36 Y GRUPO CONTROL N=35). PUNTUACIONES FINALES POR GRUPOS

	Admisión	Promedio SD	6° mes seguimiento	Promedio SD
<b>HAMILTON</b>				
Experimental	34.09	6.2	19.4	8.8**
Control	34.42	6.7	25.0	11.1
<b>OQ45 total</b>				
Experimental	112.73	19.7	85.8	37.6*
Control	114.72	22.5	102	31.7
<b>OQ45 síntomas</b>				
Experimental	71.07	12.2	53.5	22.8*
Control	73.37	13.6	63.4	18.9
<b>OQ•45 Rel. interpersonales</b>				
Experimental	24.5	6.6	18.7	10.2
Control	23.1	6.9	21.6	8.7
<b>OQ45 rol social</b>				
Experimental	17.4	5.5	13.5	8.2*
Control	18.3	6.7	16.8	7.1
<b>TOP8 (1)</b>				
Experimental	16.6	7.6	11.7	7.9
Control	19.1	8.4	15.0	7.8

\* Diferencia significativa  $p < 0.05$ ; \*\* Diferencia significativa  $p < 0.01$

(1) TOP-8: la escala mide presencia e intensidad de síntomas de estrés postraumático y fluctúa entre 0 y 32 puntos, siendo los puntajes más altos los que indican mayor compromiso clínico.

utilizando las pruebas de chi cuadrado y t de Student con un valor estadísticamente significativo de  $p < 0,05$ .

Este trabajo fue autorizado por el Comité de Ética del Servicio de Salud del Maule y financiado por CONICYT-FONIS (Sa05i20037).

## RESULTADOS

Se produjeron diferencias significativas en cuanto a la mejoría del grupo experimental versus el control, las

cuales resultan coherentes y coinciden con lo que las pacientes opinan de los tratamientos recibidos. La Tabla 3 muestra una diferencia significativa a favor del grupo experimental en la mejoría de los síntomas depresivos, rol social y relaciones interpersonales.

Respecto a las respuestas sobre la percepción subjetiva, se constata que un 86% de las pacientes que fueron sometidas al tratamiento experimental refirió sentir que dicha intervención les resultó beneficiosa versus un 60% del grupo control ( $\chi^2=6,17$   $p < 0,01$ ) (Figura 1).

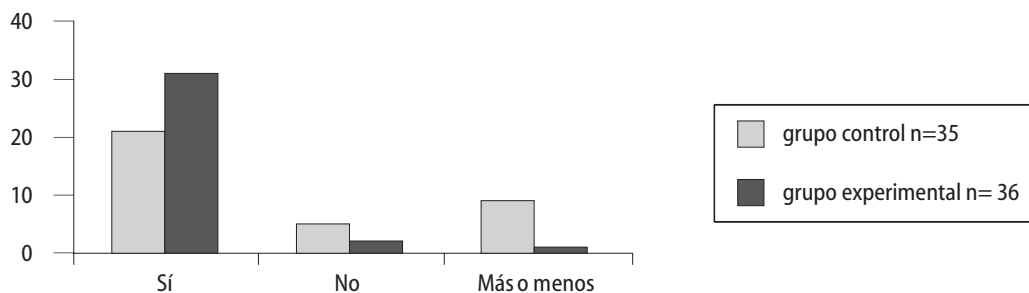


Figura 1. Frecuencia de respuestas frente a la pregunta sobre la utilidad del tratamiento al sexto mes de seguimiento

Frente a la pregunta por qué les sirvió el tratamiento, la respuesta más frecuente en el grupo control fue el

desahogo (19%); en cambio en el grupo experimental fue el sentirse valoradas (20%) (Tabla 4).

**Tabla 4**  
COMPARACIÓN DE RESPUESTAS FRENTE A LAS PREGUNTAS ¿CONSIDERA QUE LE SIRVIÓ EL TRATAMIENTO?  
Y ¿POR QUÉ? AL SEXTO MES DE SEGUIMIENTO

	GRUPO EXPERIMENTAL N=36	GRUPO CONTROL N=35
Sí	31 (86%)	21 (60%)
Porque...		
Se lleva mejor con la gente	1 (porque sabe defenderse)	1
Se conoce más	2	1
La terapia "la orientó"	4	2
La terapia la ayudó	4	2
Ahora pone de su parte para salir adelante	0	2
Resuelve mejor los problemas de su vida	1	1
Ahora está mejor con sus hijos	2	2
Fue importante sentir que alguien se preocupaba por ella	2	1
No se siente culpable por lo que pasó (evento traumático)	0	1
Se valora más *	7	0
La terapia le dio fuerzas para seguir adelante*	4	0
Fue un desahogo *	1	7
Se sintió acogida	3	6 (2 valoraron poder confiar)
Se sintió clínicamente mejor	6 (2 más tranquilas, 4 mejor de ánimo, 1 duerme mejor, 1 sin ideación suicida)	4 (1 mejor ánimo, 1 más tranquila)
Se sintió ayudada por los fármacos	4	5
Sí no, hubiese estado muerta	2	1
Sin malos pensamientos	1	1
Más o menos	1	9
Porque...		
Sigue igual	1	5 (2 no se sienten ayudadas, 1 no pone de su parte, 1 recuerda evento traumático)
Sigue con problemas	0	1
No puede confiar en terapeuta	0	1
No se cumplieron sus expectativas	0	1
No	2	5
Porque...		
No les ayudó "en nada"	0	2
El Dr. me dio toda la responsabilidad a mí	0	1
No puede olvidar el trauma	0	2
Se siente igual	0	1 (abandonó)
Se siente peor	0	1
Sólo tomaba pastillas	1 (abandonó)	0
Tuvo que dejarlo (por trabajo)	1	0

\* Se observan diferencias significativas.

El 57,1% de las personas del grupo control y 77,7% del experimental refirieron que les resultó beneficioso hablar específicamente de experiencias traumáticas de su infancia, con una diferencia significativa a favor del grupo experimental ( $\chi^2=2,9$   $P<0,008$ ) (Tabla 5). Un 5% de las mujeres del grupo control (2 personas) no lo habló porque estos antecedentes no fueron indagados por el terapeuta, pero luego señalaron que les hubiese

gustado que se los preguntaran. Es importante mencionar que un porcentaje de la muestra (9,8%) manifestó que “no fue bueno” hablar de sus traumas infantiles ya que “nunca olvidarían lo que sucedió”, o que “es muy molesto recordar”. Esto se manifiesta en algunas respuestas como: “Nunca voy olvidar o entender lo que pasó” (3 personas), “me molesta mucho volver a recordar” (3 casos), “empeoró mi relación con las personas” (1 caso).

**Tabla 5**  
COMPARACIÓN DE RESPUESTAS FRENTE A LAS PREGUNTAS ¿LE SIRVIÓ HABLAR DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA INFANTIL? Y ¿POR QUÉ?

	G. EXPERIMENTAL N= 36	G. CONTROL N=35
<b>Sí</b>	28	20
<b>Porque...</b>		
Se desahogó	10	3
Se libró de sentimientos de culpa	1	2
Se sintió acogida	5	6
Nunca lo habían contado	2	2
Sienten que lo superaron	5	2
Ha aprendido a cuidar a sus hijos. Que no les pase lo que le tocó a ella.	1	0
Se siente emocionalmente más independiente de su padre	1	0
Se siente mejor de ánimo	4	1
Sabía que no se divulgaría	1	0
Fue importante como antecedente para que la conocieran.	1	0
Ya no tiene ganas de suicidarse.	1	0
<b>Más o menos</b>	4	3
<b>Porque...</b>		
No puede olvidar lo que pasó.	1	0
Vuelve a recordar, esto es muy molesto.	3	0
Sigue con ganas de suicidarse	0	1
No lo puede superar	0	1
No puede entender, aunque fue un alivio contarle.	0	1
<b>No</b>	0	4
<b>Porque...</b>		
Nunca lo va a olvidar.	0	3
Se siente peor.	0	1
<b>Pacientes que no hablaron de sus experiencias traumáticas</b>	4	9
<b>Porque...</b>		
No le gusta hablar de su infancia.	0	1
Porque no les han preguntado.	2	3 (2 dicen que les gustaría que les preguntaran)
Hablan de otras cosas.	1	1
No quiere hablarlo (muy íntimo).	1	1
Le da miedo hablarlo por culpa.	0	1

También es importante señalar que un porcentaje de 8,3% personas del grupo experimental y un 5,5% de los controles mencionó que, gracias a la terapia, pudieron tomar más conciencia sobre el cuidado de los hijos, sin diferencias significativas entre los grupos comparados.

Respecto a la ideación suicida, hubo reintentos en un 38,8% de las pacientes del grupo control versus un 25% en el experimental, lo que implica una baja importante de este indicador de gravedad en las pacientes que recibieron el tratamiento protocolizado, a pesar de no haber diferencias significativas entre ambos grupos ( $\chi^2= 1,4$   $p<0,23$ ). Es importante señalar que 5 de ellas refirieron que les resultó beneficioso que el médico las confrontase ante su reintento. Más aún, 3 personas después de este evento se sintieron más responsables frente a sus vidas.

La adherencia a tratamiento farmacológico en ambos grupos fue baja, ya que sólo un 43% del grupo experimental y 47% del grupo control siguieron las indicaciones tal como fueron prescritas por el psiquiatra.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mejor percepción subjetiva que demostró el tratamiento protocolizado respecto al grupo control coincide con la mayor eficacia que demostró este tratamiento en los niveles de mejoría sintomatológica, relaciones interpersonales y rol social (Vitriol, Ballesteros, Florenzano, Weil, Benadof, 2009). Por lo tanto, este estudio demuestra que pesquisar activamente los antecedentes traumáticos infantiles, ligarlos al motivo de consulta actual y trabajar focalizadamente en las dificultades interpersonales presentes, comprendiéndolas como una repetición del pasado traumático en mujeres con depresión severa, además de ser más eficaz, resulta ser subjetivamente mejor evaluado por las pacientes que el tratamiento centrado sólo en la manifestación actual de la depresión.

Hemos observado que el indagar activamente los antecedentes traumáticos infantiles, principalmente los sexuales, como parte de la exploración en la entrevista diagnóstica inicial, cuidando de no forzar los límites de la autoexposición de cada persona, permite a la mayoría de las pacientes abrir un espacio en que cuenten con un tercero que valide aquello que muchas veces han tenido que callar por vergüenza e incomprensión de los demás y que esta instancia precoz puede resultar en sí misma reparatoria. Sin embargo, al igual que lo señalado por otros autores (Ibaceta 2007), hacemos hincapié en diferenciar esta estrategia de otras intervenciones en que se induce activamente el recuerdo del trauma como

objetivo en sí mismo (O'Leary, Coohy, Easton, 2010), lo que podría incluso interferir en la mejoría sintomática, al elicitar una reexperimentación del trauma aumentando la severidad clínica de TEPT asociado (Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hilden M, Schei B, 2004).

La intervención que hemos validado coincide con los planteamientos de Van der Kolk (1989) y otros autores respecto a que los pacientes con psicopatología asociada a secuelas de traumas biográficos deben ser tratados en etapas (Luxenberg T, Spinazzola J, Hidalgo J, Hunt C, Van der Kolk B, 2001). En un primer abordaje, estos sujetos requieren ser estabilizados abordando las secuelas sintomáticas emocionales e interpersonales que en el aquí y el ahora están asociadas al motivo de consulta presente, para permitir que en una segunda etapa se acceda a la reconstrucción de la narrativa biográfica de la situación traumática. Nuestro modelo coincide con la primera etapa de abordaje señalada por dichos autores.

Al igual que la psicoterapia estructurada por Cloitre *et al.* denominada STAIR (Cloitre M, Cohen L, Koenen K, 2006), el tratamiento propuesto trabaja las dificultades interpersonales presentes. El indagar activamente en los traumas infantiles desde la primera entrevista permite precisar con mayor rigurosidad los problemas asociados al motivo de consulta presente y estructurar el foco de tratamiento en el que se comprende una dificultad interpersonal presente como una repetición del pasado traumático. Este patrón interaccional, habitualmente caracterizado por la díada víctima/victimario, en que las pacientes han desarrollado tolerancia al maltrato, fenómenos de revictimización en las relaciones sociales en general y sobre todo en las de mayor cercanía afectiva, se asocia a la perpetuación y severidad de la depresión crónica o severa (Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, Van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG, 2009; Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK, 2008). La racionalidad de la intervención propuesta se desprende de la evidencia que demuestra que las dificultades interpersonales son el principal motivo de consulta en pacientes con traumas biográficos (Cloitre *et al.*, 2006) y específicamente en sujetos con depresión es concluyente la eficacia que presenta la terapia interpersonal en la mejoría de los síntomas depresivos (Klerman GL, Weismann MM, Rounsaville B, Chevron E, 1984).

La modalidad propuesta se diferencia de las intervenciones de orientación cognitivo-conductual, cuya eficacia ha sido demostrada en sujetos con TEPT (Foa EB, Keane TM, Friedman JM, 2009). Estas intervenciones se basan en la inducción y exposición del recuerdo traumático; sin embargo, lo anterior podría estar asociado a mayor retraumatización y posible abandono prematuro

del tratamiento. De hecho, en nuestra muestra el 14% de las pacientes señaló que no les sirvió el haber hablado de sus experiencias traumáticas infantiles.

El tratamiento propuesto no sólo fue subjetivamente mejor percibido que el naturalístico, sino que, además, cualitativamente, la mejoría estuvo asociada a una mayor valorización y empoderamiento, considerado este último concepto como la capacidad de tomar el control sobre la propia vida (Rappaport, 1984). Es importante rescatar el porcentaje de personas de ambos grupos que espontáneamente mencionó que, gracias a la terapia, tomó más conciencia sobre el cuidado de sus hijos. Esto último adquiere aún mayor relevancia al considerar que la transmisión transgeneracional de los traumas infantiles es un tema vastamente conocido y estudiado (Noll JG, Trickett PK, Harris WW, Putnam FW, 2009). Específicamente, en poblaciones con depresión se demostró cómo el abuso sexual infantil constituye un factor de riesgo para la transmisión transgeneracional de la conducta suicida (Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Zelazny J, Burke AK, Melhem NM, Brent D, 2008).

La repetición de la conducta suicida durante el tratamiento fue menor en el grupo experimental, sin embargo ambos porcentajes son altos. El hecho que las pacientes hayan manifestado que ser confrontadas en su conducta autoagresiva les sirvió para hacerse más responsables de sus vidas, apoyaría la noción de que algún integrante del equipo de salud asume para ellas el rol del adulto responsable que "castiga" esta conducta, a modo de figura paterna que cuida y advierte de los peligros, lo que sugiere también la existencia de importantes necesidades de dependencia de estas pacientes, las cuales deberían ser abordadas en psicoterapia como lo señalan otros modelos (Wagner A, Rizvi S, Hamed M, 2007).

Con respecto a la baja adherencia al tratamiento farmacológico, se confirma lo demostrado por otros estudios (Ortiz M, Ortiz E, 2007) en que la adherencia a los tratamientos en general es baja, ya que entre el 30% y 70% de los pacientes no sigue las indicaciones médicas. Martín y Grau (2005) informan que en general un 40% de los pacientes no cumple las recomendaciones terapéuticas. En el caso de enfermedades crónicas, el incumplimiento alcanzaría a 45%, correspondiendo a patologías biomédicas en general.

Dados los hallazgos encontrados en este estudio, se requiere estudiar con mayor profundidad el impacto que podría tener la psicoterapia en general en romper la tendencia a la transmisión transgeneracional de maltrato infantil y abuso sexual al tratar específicamente estos aspectos en mujeres con antecedentes de trauma

infantil que se encuentran en etapa de crianza y que están consultando a los servicios de salud por depresión.

Es importante considerar que los fenómenos autodestructivos en este tipo de usuarias también pueden repetirse en la relación equipo de salud/paciente debido a los importantes sentimientos transferenciales y contratransferenciales que suelen surgir y que deben ser manejados por los miembros del equipo, de modo tal que estos últimos no reconfiguren la relación de maltrato o dependencia que la paciente inconscientemente propone, fenómeno que ya ha sido descrito por Numhauser y Soto (2006) en estudios de casos con población chilena. Estos aspectos más bien deben ser integrados a la narrativa autobiográfica de la paciente, condicionando una mayor capacidad de control sobre sí misma y en las relaciones que establece, desarrollando por consiguiente mayores niveles de autonomía y empoderamiento. En terapia se busca que las pacientes vean en el profesional a alguien que les facilita la comprensión sobre aspectos discrepantes de sus propias vidas, pero que sean ellas mismas las responsables y las únicas capaces de mejorarlas, en contraposición a la expectativa de que sea el terapeuta o la pareja quien se movilice por sus necesidades, asumiendo ella un rol pasivo y quejumbroso (rasgo pasivo-agresivo), tendencia frecuentemente observable en la dinámica relacional de las pacientes con este perfil y que tanto rigidiza su interacción social.

Una de las limitaciones a que nos enfrentamos en este estudio es que no fue considerada la variable trastorno de personalidad como co-diagnóstico que pudiese explicar y/o influir los resultados obtenidos. En este sentido, se requiere continuar validando los hallazgos expuestos en otras poblaciones, considerando la influencia de la variable caracterológica del eje II.

## REFERENCIAS

1. Breslau N, Davis G, Andreski P. (1991) Risk factors related for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis *Am J Psychiatry*; 152: 216-222
2. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Zelazny J, Burke AK, Melhem NM, Brent D. (2008) Familial transmission of suicidal behavior: factor mediating the relationship between childhood abuse and Offspring suicide *J Clin Psychiatry*; 69: 584-96
3. Cheasty M, Clare A, Collins S. (1998). Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case control study. *BMJ*, 316 198-201
4. Clasificación internacional de enfermedades (OMS), (1992). Descripción Clínica y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Ediciones Meditor
5. Cloitre M, Cohen L, Koenen K. (2006) Treating survivors of childhood abuse, psychotherapy for the interrupted life. The Guilford press, New York, USA



6. Connor K, Davidson J. (1997) The eight-item treatment outcome post-traumatic stress disorder scale: Clin A brief measure to asses treatment outcome in post-traumatic stress disorder. *Int Psychopharmacol*; 12: 41-45
7. Cuneo C, González I, Jara M, Palomares L, Rammasy C, Cruz C, Florenzano R. (2005). Validación externa de la Escala de Trauma de Marshall. En: Florenzano R, Weil P, Carvajal C, Cruz C. *Trauma Infanto-Juvenil y Psicopatología adulta*. Santiago: Editorial Corporación de Promoción Universitaria
8. De la Parra G, Von Bergen A. (2002) El instrumento OQ-45 que mide resultados terapéuticos como herramienta en la investigación psicoanalítica. Santiago, *Rev. Chil. Psicoanálisis*; 17(2): 143-156
9. Florenzano R, Weil K, Acuña J. (2002) Personalidad límite, somatización, trauma y violencia infantil: un nuevo estudio con muestra mayor. Santiago, *Revista Chilena Salud Mental*, 149: 155
10. Foa EB, Keane TM, Friedman JM. (2009) *Effective treatments for posttraumatic stress disorder*. New York. Guilford Press
11. Fullerton C, Acuña R, Florenzano R, Cruz C, Weil K. (2003). Psicopatología y antecedentes de trauma infanto juvenil en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev chil neuro psiquiatría*; 41 (2): 103-109
12. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin MP. (2004) Implications of childhood trauma for depressed women: and analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. USA; *Am J Psychiatry*; 161(8): 1417-25
13. Gladstone G, Parker G, Wilhelm K, Mitchell F, Austin MA. (1999) Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. USA, *Am J Psychiatry*, 156: 431-437
14. Glaser B, Strauss A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory*. New York
15. Hamilton M. (1969) A rating scale for depression. USA, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23: 56-62
16. Hill J. (2001) Child sexual abuse, poor parenteral care and adult depression, evidence for different mechanisms. UK: *Br J Psychiatry*; 179: 104-109
17. Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, Van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. (2009) Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. USA *Acta Psychiatr Scand*; 122: 66-74
18. Ibaceta F. (2007) Agresión sexual en la infancia y viaje al futuro: clínica y psicoterapia en la edad adulta. Santiago, *Terapia psicológica*; 25: 189-198
19. Kaplan J, Klinetob NA. (2000) Childhood emotional trauma and posttraumatic stress disorders in adult outpatients with treatment resistant depression. *J Nerv Men Dis*; 188: 596-601
20. Kendler KS, Kuhn JW, Prescott CA. (2004) Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for mayor depression in women. *Psychol med* 36: 147-82
21. Kendler KS, Prescott CA. (1999) A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry*; 56: 9-44
22. Klerman GL, Weismann MM, Rounsaville B, Chevron E. (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books
23. Levitan R, Parikh S, Lesage A, Hegadoren L, Adams M, Kennedy S *et al.* (1998) Mayor depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse. USA; *Am J Psychiatry* 155 1746-52
24. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK. (2008) Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. USA, *Psychiatr Serv*; 59: 1018-26
25. Luxenberg T, Spinazzola J, Hidalgo J, Hunt C, Van Der Kolk B. (2001) *Complex trauma and Disorders of extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part Two: Treatment*. Directions in Psychiatry, 373-87
26. Martin L, Grau J. (2005) La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Hernández E, Grau J, eds. *Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones*. Universidad de Guadalajara, México
27. Marty C, Carvajal C. (2005) Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 43: 180-7
28. Newman M, Clayton G, Zullig A, Cashman L, Arnow D. (2000). The relationship of childhood trauma and depression with somatic symptoms and medical utilization. USA, *Psychol med*; 30: 1063-77
29. Noll JG, Trickett PK, Harris WW, Putnam FW. (2009) The cumulative burden borne by offspring whose mothers were sexually abused as children: descriptive results from a multigenerational study. *J Interpersonal Violence*; 24: 424-49
30. Numhauser J, Alvarado R, Soto P, Hermsilla J, Vera A. (2004) Eventos traumáticos en la infancia y depresión en la vida adulta, en una muestra comunitaria de mujeres de la isla de Chiloé. *Rev Psiquiatría y Salud Mental*; 2: 90-8
31. Numhauser J, Soto P. (2006) Consejos en la psicoterapia de mujeres víctimas de incesto. Revisión 59 casos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatría*; vol 44, n° 4 p 271-281
32. O'Leary P, Coohy C, Easton SD. (2010). The effect of severe child sexual abuse and disclosure on mental health during adulthood. *J Child Sex Abus*. May; 275-89
33. Ortiz M, Ortiz E. (2007) Psicología de la salud: Claves para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev méd Chile*. Mayo 2007 Vol 135, n 05 p 647-652
34. Rappaport J. (1984). *Studies in empowerment: Introduction to the issue*. USA, *Prevention in Human Services*, 3, 1-7
35. República de Chile, Ministerio de Salud. (2001). Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Depresivos en el Nivel primario de Atención. Div Rectoría y Regulación de Salud Mental. División Gestión de la Red Asistencial. Departamento Modelo de Atención Primaria. Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud
36. República de Chile, Ministerio de Salud. (2003-2004) Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Depresivos en el Nivel primario de Atención. Algoritmos y Flujogramas para el Tratamiento de la Depresión Severa. Unidad de Salud Mental Ministerio de Salud. Avances
37. Rutter M. (2002) The interplay of nature, nurture and developmental influences. *Arch Gen Psychiatry*; 59: 996-10
38. Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hilden M, Schei B. (2004). Women's perceived experiences of abuse in the health care system: their relationship to childhood abuse. *BJOG*; 111: 1429-36
39. Van Der Kolk BA. (1989) The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*; 12: 389-411
40. Vitriol V. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría* 43: 83-7
41. Vitriol V. (2005). Programa de Atención Especializada a Pacientes con Antecedentes Traumáticos en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Curicó. *Trauma Infanto-Juvenil y Psicopatología adulta*. Santiago: Editorial Corporación de Promoción Universitaria
42. Vitriol V, Ballesteros S, Arellano C, Calvo J. (2004). Frecuencia de referencia de trauma infantil en mujeres consultantes a un servicio de salud mental. Santiago, *Rev Psiquiatría y Salud Mental*; 21 (1): 34-42

43. Vitriol V, Ballesteros S, Florenzano R, Benadof D, Weil K. Protocolized treatment in women with severe depression and a past history of childhood trauma in a mental health service: a randomized clinical trial. Accepted Psychiatric Service, (in press) USA
44. Vitriol V, Ballesteros S, Florenzano R, Weil K, Benadof D. (2009). Evaluation of an outpatient intervention for women with severe depression and a history of childhood trauma. USA, Psychiatric Service. 2009; 60: 636-42
45. Vitriol V, Cancino A, Florenzano R, Ballesteros S, Schwartz D. Eficacia y costos asociados a un tratamiento ambulatorio en mujeres con depresión severa y trauma temprano. Rev Med Chile 2010, 138: 428-436
46. Wagner A, Rizvi S, Harned M. (2007). Applications of Dialectical Behavior Therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all. Journal of Traumatic Stress; 20: 391-400
47. Weil K, Florenzano R, Vitriol V. (2004) Trauma infanto-juvenil y psicopatología adulta: Un estudio empírico. Revista Médica Chile 132: 1499-1504
48. Weil K, Florenzano R, Vitriol V, Cruz C, Carvajal C, Fullerton C. (2004) Trauma infanto-juvenil y psicopatología adulta: Un estudio empírico. Rev med Chile; 132: 1499-1504
49. Weiss L, Longhurst J, Mazure C. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. Am J Psychiatry; 156: 816-28
50. Widom C. (1999) Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grow up. Am J Psychiatry 1999; 156: 1223-29

**ANEXO**  
**PLANILLA DE PERCEPCIÓN FINAL DE LAS PACIENTES RESPECTO DEL TRATAMIENTO**

Esta planilla debe ser administrada al momento de efectuar el último seguimiento, vale decir, el del sexto mes desde la fecha de ingresar a la investigación.

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

**1. ¿Ud. considera que le sirvió el tratamiento? (se le pregunta igual aunque lo haya abandonado)**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Más o menos \_\_\_\_\_ ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

**2. ¿Qué considera que fue lo que más le sirvió? ¿Y lo que menos?**

Medicamentos \_\_\_\_\_ Conversaciones \_\_\_\_\_ Ambas \_\_\_\_\_

Llamadas por teléfono (del Psicólogo o Psiquiatra) \_\_\_\_\_ Visitas domiciliarias \_\_\_\_\_

¿Por qué?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. ¿Intentó suicidarse durante el tratamiento?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**3a. ¿El (la) Dr. (Dra.) le dijo algo al respecto?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Qué le dijo \_\_\_\_\_

**3b. ¿Considera que le sirvió lo que el Dr. (Dra.) le dijo?**

\_\_\_\_\_

**4. ¿Considera que habló de la(s) experiencia(s) traumática(s) de su infancia?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**4a. ¿Le sirvió hablarlo (o no hablarlo)?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**4b. ¿Por qué?:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# FRANCISCO VARELA. UN CIUDADANO DEL PLANETA Y DEL SIGLO VEINTIUNO

(Rev GPU 2013; 9; 2: 214-217)

Gustavo Jiménez<sup>1</sup>

He sido invitado a hacer algunos recuerdos de Francisco (1946-2001) como ser humano, no como científico.

Le conocí en el colegio hace medio siglo y desde joven tuvimos varios encuentros notables –que para mí fueron privilegio– y que cambiaron mi vida entera.

El eminente psicólogo suizo Jean Piaget (1896 - 1980) estudió el desarrollo infantil de sus hijos en la cuna y describió los orígenes de la inteligencia, que Piaget llamo la inteligencia “sensorio-motriz”, y luego “operaciones concretas” y finalmente “operaciones formales”.

## UN PORTENTO DE OBSERVADOR DEL MEDIO NATURAL

Piaget fue un portento de observación del medio natural. Piaget fue observando como biólogo los seres humanos y, estudiando serenamente, desarrolló una teoría de la inteligencia humana y de los fundamentos de la educación moderna.

Si recuerdo a Piaget aquí, es porque en algo se asemejó a Varela. Piaget fue biólogo de formación, epistemólogo por vocación y psicólogo por profesión. Pero no dejó ninguna escuela de seguidores. Piaget además de culto era inquieto intelectual y culturalmente, y no se encasillaba con nada. Igual que Francisco.

Francisco fue chileno de nacimiento, al parecer ciudadano francés por nacionalización, y vivió en varios

continentes, fue biólogo de formación y quizá epistemólogo por vocación y sabio aficionado.

Francisco también fue un portento de observador del medio natural y cultural, agudo preciso y con mucho humor fino.

A Francisco le interesaban las preguntas, que un periodista llamó “difíciles”: conciencia, mente, orígenes de todo, fronteras del conocimiento.

Varela no abandonó la ciencia, pero buscó y se nutrió de varias fuentes culturales de frontera: comunidades innovadoras, literatura y culturas varias.

Le interesaron las paradojas, es decir, se sentía cómodo en lo muy sutil, en las contradicciones aparentes, que muchos otros esquivaban.

Y quizá lo más importante, desarrolló con los años una sensibilidad fina, una compasión aguda y una ternura que uno no asocia a un intelectual de su nivel, pero que ciertamente manifestaba una calidez creciente, que lo hacía más querible y accesible.

## NAVEGAR EN LA INCERTIDUMBRE

Francisco supo no sólo “navegar” en la incertidumbre, sino también “danzar” con la dualidad y saltar a la sabiduría, muy esquiva, por cierto. Un terreno donde muchos resbalan, porque es escurridizo y a casi todos nos gusta la certeza y la seguridad.

Él se sentía cómodo en la frontera borrosa de la filosofía y la ciencia, el enigma de la conciencia y demás.

<sup>1</sup> jimenezgustavo@usa.net

La conciencia no es una cosa (como suele creerse), como la mente tampoco lo es. Y la mente no es el cerebro dicen los sabios. Francisco lo sabía, lo enseñaba, lo conversaba y escribía sobre ello. Juntó grandes colaboradores en torno a esas ideas de frontera.

Francisco tuvo varios maestros de vida y de meditación.

Su primer maestro fue el tibetano Chögyam Trungpa (1939-1987) en Estados Unidos. Se segundo maestro de meditación fue el eminente Lama Urgen Rimpoche (1920 - 1996) en Nepal y su tercer maestro S.S. Dalai Lama con quienes formaron el *Mind & Life Institute* de Estados Unidos, hoy famoso por estudiar los correlatos neurocientíficos de la conciencia.

El año 1994, con el empresario chileno y ex senador Fernando Flores prepararon un trabajo que iba a ser un libro que se llamó "*Educación y Transformación: preparemos a Chile para el siglo 21*".

No llegó a ser un libro ni se publicó, pero se difundió algo en Chile y en el extranjero, como un documento.

El trabajo tenía tres ideas centrales y una gran narrativa: 1) la importancia del lenguaje hablado como poder generador de mundos compartidos (coaching), 2) el cuerpo como fuente evolutiva de sabiduría, y 3) la solidaridad como comunidad humana que se nutre, crea, se conserva y se protege.

## INFLUENCIAS BENÉFICAS DE LA BIOLOGÍA DEL CONOCER

Siendo uno de los primeros doctores en biología de Chile, en una colaboración de años, construyó con el Premio Nacional de Ciencias Humberto Maturana, Ph.D., la *biología del conocer*. Publicaron dos libros juntos sobre *Autopoiesis* y el *Árbol del Conocimiento* ambos traducidos a varios idiomas.

Luego Francisco continuó profundizando estos estudios a través de su obra *Conocer: una cartografía de idea actuales*, que fue una consultoría que desarrolló en Londres para la transnacional Shell.

Fundo así lo que fue llamado en la década del 1980 "La Escuela de Santiago" que citan eminentes pensadores como Fritjof Capra (*El Tao de la Física* entre otros), Erwin Lazlo (Fundador del Club de Budapest y una decena de libros), Peter Senge (un eminente pensador del Management moderno), Otto Sharmer (Fundador del Instituto Presencing, en el MIT, que lleva la contemplación meditativa a empresas) y otros.

A través de su obra influencia en forma indirecta la gestión moderna de grandes empresas. Y entendiendo el sistema inmune humano como una "red de aprendizaje" no centralizada y sutil, en vez de una policía o

un ejército, influencia la psicoterapia y el conocer en general.

Francisco murió en París el año 2001. Fue un ciudadano del planeta, por su enorme cultura –hablaba varios idiomas– y escribía en varios. Adoraba el lenguaje y el pensamiento. Varias intuiciones que tuvo, que parecen juego de palabras no lo son, son profundas intuiciones filosóficas.

De lo mucho que escribió y dijo he seleccionado unas pocas palabras que me parecen notables. Por ejemplo cierta vez dijo:

### UNA IDEA ME TIENE

UNA IDEA ME TIENE, que no es el reverso de *TENGO* una idea. Y no es un juego inteligente de palabras, simplemente dice lo que pensaba.

APARECEMOS Y DESAPARECEMOS A CADA INSTANTE, que apunta a lo escurridizo del sentido de Yo e identidad que tenemos.

Cuando las personas saben que van a morir, algunas se preparan. Varela lo hizo, se preparó meditando, amando y reposando.

Dijo al final de su vida:

### LA VIDA ES TAN FRAGIL Y EL PRESENTE ES TAN PLENO

Una especie de meditación profunda de su saber y existir y de lo lúcido que llegó a ser antes de morir.

No asistí a su muerte en París, pero él sabía que dejaría su cuerpo y hasta el Dalai Lama le envió sus buenos auspicios próximos a la muerte. Sus hijos, padre, hermano y otros llegaron a acompañarlo en su momento de muerte en París.

Y como herencia espiritual y cultural, murió en paz y agradecido, muy joven a los 53 años, y, entre otras cosas, dejó la meditación *Mindfulness* y *Tonglen* de compasión, que introdujo en Chile. Formó uno de los primeros centros de meditación budista el año 1981.

Es bueno decirlo: Francisco tuvo una buena madre, un gran padre y hermanos que lo querían y una familia propia que lo adoraba y cuidaba bien.

En muchos sentidos fue un ser humano bastante completo, sin ser santo ni menos piadoso, pero sí dedicado y con atención a los detalles. Y también cuando las circunstancias lo requerían era muy perseverante y además extraordinariamente flexible y dúctil.

Era un encanto y sabía ser severo y cortante también si la ocasión lo requería. Sólo de carne y hueso, simplemente humano.

Quienes trabajaron con él, o fueron sus amigos, le amaron por su encanto, su sabiduría y su enorme ímpetu y su corazón fue cada vez más dulce, abierto y cálido. Una maduración que posiblemente la meditación ayudó a hacer florecer, de lo que ya era.

## VIVIMOS UNA ÉPOCA DE SÍNTESIS

Vivimos –en gran medida– una época de síntesis y de comprensión sistémica de que algo mayor está ocurriendo, que algunos han llamado “Cambio de Paradigma”, otros “La Nueva Era”, y otros nombres que apuntan a lo mismo; no sólo cambio de estructuras, instituciones o de la economía.

Nos está sucediendo *ahora* –cada día– a nivel planetario y local, hay algo más profundo, que todos sentimos pero que nos cuesta definir o nombrar.

Chile es –en gran medida– tierra de poetas y de artistas y de algunos científicos eximios, como Francisco.

Estudiando en Harvard en la década del 1970, percibió el advenimiento de la Internet que apareció 25 años después cuando recién se estaba formando la red de satélites artificiales.

Varela leyó mucho antes de la red internacional y se inspiró en el profesor canadiense de literatura *Mars-hal McLuhan* (1911-1980) y percibió tempranamente la revolución de los medios.

La obra pionera de McLuhan fue *Understanding Media: The Extensions of Man* (*Comprendiendo los Medios: las extensiones de lo humano*). Este libro fue tan visionario, que sus editores no le auguraban buen futuro. McLuhan postuló antes de la Internet la revolución de los medios como las extensiones de la mente humana.

Y Francisco percibió esto, como buen biólogo y persona culta no cayó en la trampa reduccionista que concebía la comunicación como aún la entienden algunos “Emisor-Fuente y Canal”. Un modelo de la ingeniería de Bell Labs y del ingeniero Claude Shannon (1916-2001).

Este modelo de comunicación como transmitir información es muy adecuado para la comunicación entre máquinas, que se ha extendido mucho a la comunicación humana y que hace mucho daño. Y es un modelo de comunicación equivocado para el encuentro de comunidades humanas. Causa daño.

Sin decirlo, Francisco entendió que la comunicación humana tiene que ver con formar comunidades en el consenso y no con transmitir información como se entiende aún en varios lugares.

Francisco comprendió con penetración las sentencias de McLuhan que “*el medio es el mensaje*” y luego que el “*medio es el masaje*”.

A pesar de que la internet comercial nació en 1995 (como treinta años después del libro de McLuhan), Francisco ya usaba tempranamente computadores y se interesaba en la frontera de la investigación de la Inteligencia Artificial, que sólo era un baluceo temprano en la década del 1970.

Francisco fue siempre un visionario cultural, más que tecnológico. Ya en la década del 1980 pertenecía a una corriente mundial que hoy llamamos globalización planetaria y a una ecología avanzada.

Francisco sin ser un artista, no fue sólo un científico, tocaba flauta travesa, se interesaba en todo. Culturalmente estaba siempre alerta, abierto y atento al cambio, perceptible y sensible a escuchar, criticar y aprender.

Estar con él era aprender mucho y a la vez ser escuchado, disciplina que posiblemente desarrolló en la meditación Mindfulness avanzada, en que estuvo dedicado miles de horas por décadas.

## CASI TODOS LO SIENTEN O PRESIENTEN

Estamos –parece– volviendo a las raíces tribales. Sólo que miles de años después y con teléfonos celulares, con tablets, con redes sociales, meditando, cantando y bailando.

Francisco no era agorero ni profeta, ni hizo predicciones. Era muy aterrizado, pero a la vez un pionero silencioso.

El cambio de época se anuncia con dolor. Lo vemos también en los Tsunamis, en los terremotos, en las crisis financieras, la destrucción masiva. Los sabios de la India clásica lo llamaban la deidad destructiva de Shiva.

Hay como un despejar el terreno para algo nuevo. Algo que en economía –el economista austriaco– lo llamó la “destrucción creativa” en la economía Joseph Shumpeter (1883-1950).

Vivimos por cierto –en medio de grandes crisis mundiales– no sólo un cambio exterior y material, sino un cambio de Era profundo que también algunos llaman “Cambio de Conciencia Humana”.

Francisco encarnó y manifestó mucho de ello, sin ser santo ni perfecto y con una actitud flexible fundó una familia cariñosa y abierta, abarcó tanto como un sabio renacentista: ciencia, arte y un buen ser humano. Algo como lo que Dalai Lama ha llamado un ser humano de buen corazón.

Francisco percibía todo eso y se preparaba, participó en la formación de redes de personas en la década de 1960 con *Whole Earth Catalog* y luego *Co-Evolution Quarterly*, las raíces ecológicas tempranas en la *Fundación Lindesfarne*, perteneció a organizaciones de frontera que percibían el nuevo espíritu.

Francisco participaba en la década del 1980 de esta naciente evolución cultural o la co-evolución, se llamó en su época, *La Iniciativa Planetaria para El Mundo que Elegimos*, uno de cuyos lemas era: *Pensar Globalmente, pero Actuar Localmente*.

Eran los albores de lo que hoy vivimos pero masivamente y globalmente. Hoy aquello es historia y hay millones de personas, casi como un movimiento de masas, pero hace 40 años eran pocos, selectos y pioneros.

Es un espíritu auto-organizativo y, como dijo Jean Piaget, estamos transitando desde una *moral heterónoma* del *control de lo otro* o el otro (externo), hacia una autorregulación de la *moral autónoma* (locus interno).

Esto es más difícil, pero también más responsable y más generoso con todos.

### UN LEJANO RINCÓN DEL PLANETA LLAMADO CHILE

Desde este lejano rincón del planeta llamado Chile, donde nació Francisco, saltó a la cultura global del siglo XX y del siglo XXI, y mostró de muchas formas con su vida y su obra, que se puede hacer esta transición.

Con un ejemplo humilde y sin pretensiones, Francisco mostraba que podemos asumir nuestra propia

vida (sin dependencias extremas de autoridades), que podemos enriquecer a otros y podemos crecer sin dañar a nadie. Esto nos hace plenamente humanos y realizamos la nobleza de corazón, nos impregnamos de dignidad y un corazón intrépido que aporta a la comunidad humana y no humana toda.

Francisco buscó y encontró esas herramientas y métodos en el arte, en la ciencia y en la espiritualidad. Construyó en una vida un enorme *Puente de Confianza* entre los mundos, el antiguo-clásico, el moderno y el posmoderno actual. Algo escaso y casi extraordinario.

Hoy, en que ya no podemos tocarte ni verte sonreír, Francisco, nos han quedado muchos recuerdos tuyos.

Y como una buena música o un gran vino –que es cada vez mejor a medida que es más añejo– volvemos para valorar tu vida tan múltiple.

Tocamos –casi– por así decirlo, la *Presencia de tu Ausencia*, tus textos, tu vida y tu familia.

Gracias Francisco por iluminarnos con tu vida y tu legado.

Año de la Serpiente de Agua  
Verano de 2013, Marzo  
Santiago de Chile.

