

SODEPSI

Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría

Revisiones · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

AÑO 9, VOLUMEN 9, Nº 3 SEPTIEMBRE DE 2013

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

www.revistagpu.cl

IMPORTANTE

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

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

SUSCRIPCIONES DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

(incluye envío por correo certificado)

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

SUSCRIPCIONES EN EL EXTRANJERO

(incluye envío por correo certificado)

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

Solicitudes

CyC Salud Limitada

E-mail: cyc@consultoriaycapacitacion.cl

Fono: (56-2) 269 7517

* Suscripción por 1 año (cuatro números).

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

Revisión · Investigación · Teoría

GACETA DE

PSIQUIATRÍA UNIVERSITARIA

TEMAS Y CONTROVERSIAS

DIRECTOR ACADÉMICO

Dr. César Ojeda

SECRETARIA ACADÉMICA

Ps. Anneliese Dörr

EDITOR GENERAL

Dr. Alberto Botto

SUB-EDITORES

Dra. Patricia Cordella, Dr. Paul Vöhringer

SUB-EDITOR INTERNACIONAL

Ps. André Sassenfeld

CUERPO EDITORIAL

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

www.revistagpu.cl

Gaceta de Psiquiatría Universitaria

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

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

Revista de distribución gratuita a los profesionales psiquiatras

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

ISSN: 0718-4476 (Versión impresa)

ISSN: 0718-9346 (Versión en línea)



JULIA AMANDA ACUÑA ROJAS

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



CLAUDIA ALMONTE KONCILJA

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



FÉLIX BACIGALUPO I.

Médico Psiquiatra, Académico Universidad de Los Andes.



MARÍA LUZ BASCUÑÁN RODRÍGUEZ

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



SERGIO BERNAL MATA

Médico U. de Chile (Marzo 1975). Psiquiatra H. Psiquiátrico 1975 a 1982 (Urgencia y Jefe sector 1 a lo largo de esos años). Magíster Filosofía U. de Chile. Profesor Adjunto Ad honorem Instituto Neurociencias Clínicas U. Austral de Valdivia. Profesor Magíster U. Alberto Hurtado.

Fundador, ex Presidente y Director del Instituto Chileno de Terapia Familiar. Miembro de Sonepsyn. Miembro fundador de Sodepsi. Miembro del Comité Asesor Internacional de la revista *Sistemas Familiares*, Buenos Aires. Terapeuta Familiar y de Parejas. Director de la *Revista de Familias y Terapias*. Autor de diversos artículos y capítulos de libros en temas de la especialidad.



ALBERTO BOTTO VALLE

Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta de la Universidad de Chile. Postítulo en Psicoterapia Psicoanalítica Focal de la Corporación Psicoterapéutica Salvador/Universidad de Chile. Diplomado en Psicopatología Clínica (mención adolescencia y violencia) del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak". Docente de pre y posgrado del Departamento de Psiquiatría Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Profesor encargado del curso de Psiquiatría y Salud Mental de la carrera de Medicina en el Departamento de Psiquiatría Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Editor general *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. Psiquiatra Clínico de la Unidad de Salud Mental del Hospital del Trabajador, de Santiago. Miembro Titular de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN).

Ha realizado investigación sobre enfermedades del ánimo, estrés posttraumático y docencia en consultoría psiquiátrica en atención primaria (APS).

Autor de la monografía "Estabilizadores del Ánimo" editada por *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. Temas y Controversias (2007). Temas de interés: Docencia en psiquiatría, enfermedades del ánimo, psicopatología del desarrollo, apego, psicoterapia psicoanalítica, psicoanálisis y neuropsicoterapia.



FRANCISCO JAVIER BUSTAMANTE V.

Médico Psiquiatra. Académico de la Facultad de Medicina y Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes.



JORGE CABRERA

Médico Psiquiatra, psicoanalista, Profesor Adjunto de Psiquiatría de la Universidad de Chile. Su especialización en psiquiatría la hizo entre los años 1977 y 1980 en el Departamento de Psiquiatría Oriente de la Universidad de Chile. Realizó estudios de posgrado en Alemania en la Universidad Libre de Berlín entre los años 1983 y 1987. De regreso a Chile el año 1987 creó la Clínica de Trastornos del Ánimo del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz", de Santiago. Entre los años 1993 y 1997 completó su formación en el Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Chilena. En el periodo 2002 y 2004 fue editor de la *Revista Folia Psiquiátrica* de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Ha publicado más de 40 trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales y es coautor en siete libros.



CÉSAR CARVAJAL ÁLVAREZ

Médico Psiquiatra. Es Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes y Psiquiatra Clínico del Hospital del Trabajador de Santiago. Se graduó en Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile y obtuvo su especialización de posgrado en psiquiatría en la misma universidad. Posteriormente tuvo entrenamiento

en Psiquiatría Biológica en la Universidad de Navarra (España) y en Rouffach (Francia) en FORENAP (Foundation for Applied Neuroscience Research in Psychiatry). Ha realizado docencia de pre y posgrado en la Pontificia Universidad Católica de Chile, en la Universidad de Chile y en la Universidad de Los Andes. Participó en el Comité Editorial de la *Revista de Psiquiatría Clínica*, fue Editor Psiquiátrico de la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y actualmente participa en el Board de Dialogues in Clinical Neuroscience (Francia). Ex presidente del Comité Chileno de Psiquiatría Biológica. Miembro de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica y de la Sociedad Española de Psiquiatría. La investigación clínica y las publicaciones se han orientado al estrés posttraumático, la depresión y la psiconeuroendocrinología.



MARÍA PATRICIA CORDELLA MASINI

Médica psiquiatra. Psicoterapeuta. Magister en Psicología mención psicoanálisis. Formada en psicoterapia grupal gestáltica, es además terapeuta familiar y de pareja del ICHTF, donde realiza docencia y supervisión a terapeutas en Santiago y regiones. Se desempeña como profesora auxiliar del departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, desarrollando docencia de pre y posgrado en Pediatría, Psiquiatría y Medicina familiar. Es directora del diplomado de trastornos de alimentación de la Pontificia Universidad Católica de Chile y jefa del programa de trastornos de alimentación de la misma universidad. Fundadora y presidenta de la Sociedad para los estudios de los trastornos de alimentación en Chile. Ha participado en múltiples conferencias nacionales e internacionales acerca del mismo tema, y ha publicado diversos capítulos de libros, así como artículos en los temas de familia, desarrollo, psicosomática y psicopatología.



SUSANA CUBILLOS MONTECINO

Psiquiatra-psicoterapeuta, formada en el Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile, y en la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica Focal del Hospital Salvador. Postítulo en Terapia Conductual Dialéctica. Seminarios en el Instituto Wilhelm Reich de Santiago y en la Academia de Medicina Integrativa (Francia). Magister en Estudios de Género y Cultura en Latinoamérica, de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile.



GUILLERMO DE LA PARRA CIECIWA

Médico Cirujano Universidad de Chile. Psiquiatra Conacem. Psicoterapeuta. Psicoanalista Asociación Psicoanalítica Chilena y Asociación Psicoanalítica Internacional. Doctor en Medicina Universidad de Ulm, Alemania. Profesor auxiliar Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Jefe de la Unidad de Psicoterapia Adultos Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile. Organizador, junto a diversos grupos de trabajo, de las unidades de psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador, del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz" y del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Católica. Se ha dedicado a la divulgación y al trabajo en investigación empírica en psicoterapia, siendo ex presidente del Capítulo Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research y actual coordinador del comité local de dicha sociedad. Autor de numerosas publicaciones y presentaciones en los temas de psicoterapia, investigación en psicoterapia y psicoanálisis.



ANNELIESE DÖRR ÁLAMOS

Licenciada en Psicología, 5 de noviembre de 1991.

Formación en Psicodiagnóstico Centro de Investigaciones Neuropsiquiátricas, Hospital de Rouffach, Alsacia, Francia (1991-1992).

Psicóloga Clínica acreditada por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, 23 de noviembre de 1998.

Especialidad de Terapeuta Familiar. Formación realizada en el Instituto Chileno de Terapia Familiar, 10 de noviembre de 1998.

Especialidad de Terapia de Pareja. Formación realizada en el Instituto de Santiago en Terapia Familiar, 6 de enero de 2000.

Magister en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, marzo 2002-2004.

Diplomada en Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Profesora Asistente, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina Oriente.



MICHELE DUFEY DOMÍNGUEZ

Psicóloga, Magister en Neurociencias (Universidad de Valparaíso), Focusing Oriented Trainer (Focusing Institute, New York), Postítulo en Psicoterapia Experiencial (Universidad de Chile). Psicoterapeuta con orientación Experiencial. Académica de la Universidad Diego Portales.

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



RAMÓN FLORENZANO URZÚA

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

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



CLAUDIO DANIEL FULLERTON UGALDE

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

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



NINA HORWITZ

Socióloga, Postítulo en Sociología de la Salud.

Posgrados:

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

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

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

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

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

Magister en Bioética, Universidad de Chile (c).

Cargos y Funciones Académicas:

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

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

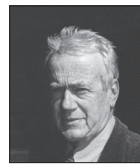
Integrante de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina Integrante del Comité Académico del Magister de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina

Líneas de Investigación:

Sociología de la Salud, Familia y Salud Mental

Salud Mental y Subjetividad

Bioética y Humanidades Médicas



FRANCISCO HUNEEUS COX

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

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



FERNANDO IVANOVIC-ZUVIC R.

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

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

de Chile.

Profesor Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Profesor Escuela de Psicología Universidad La República.



ENRIQUE JADRESIC

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

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



JUAN PABLO JIMÉNEZ

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

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



JUAN FRANCISCO JORDÁN MOORE

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

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

Co-Presidente para América Latina del Comité Internacional de Nuevos Grupos. Miembro del Comité Editorial del International Journal of Psycho-Analysis y Editor Delegado para América Latina. Miembro del Consejo Consultivo de la *Revista de Psicanálisis de la Sociedad Psicanalítica* de Porto Alegre y del Consejo Editorial de la *Revista Brasileña de Psicoterapia* del Centro de Estudios Luis Guedes. Numerosas publicaciones en revistas nacionales e internacionales dirigidas a la investigación de diversos aspectos del proceso analítico, desarrollos del concepto de transferencia, la bilógica de Matte Blanco, la relación entre realidad externa e interna, entre otros temas.



MARIANE KRAUSE

Mariane Krause realizó sus estudios de pregrado en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se doctoró en el Departamento de Psicología Clínica y Comunitaria del Instituto de Psicología de la Universidad Libre de Berlín. Actualmente es profesora titular de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Directora del Programa de Doctorado en Psicoterapia. Sus estudios han estado dirigidos fundamentalmente a los procesos de cambio psicoterapéutico, y han sido publicados en numerosos artículos, capítulos de libros y libros. En 2005 publicó la obra *Psicoterapia y Cambio: una mirada desde la subjetividad*, bajo el sello de Ediciones Universidad Católica de Chile.



JUAN FRANCISCO LABRA JELDRES

Médico Cirujano U. de Chile.
Médico Psiquiatra U. de Chile.
Profesor Asistente Fac. de Medicina U. de Chile.
Formación en Administración de RR.HH. en Salud en PIAS.
Formación en Bioética en U. de Chile.
Formación en Terapia Conductual Dialéctica con Marsha Linehan en USA.
Subdirector Departamento de Psiquiatría Oriente de la Facultad de Medicina U. de Chile.
Socio de SONEPSYN.



JUAN CARLOS MARTÍNEZ AGUAYO

Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes.
Jefe Unidad Adolescencia Hospital Naval "Almirante Nef", Viña del Mar.
Miembro SOPNIA.
Fellow of International Society of Affective Disorders (ISAD).
Membership of International Society of Bipolar Disorders (ISBD).
Co-coordinador de la Sección Psiquiátrica Infanto-Juvenil de APAL.



ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI

Formado como psiquiatra en el Servicio Nacional de Salud y Universidad de Chile, y en la University of Ottawa, de Canadá. Certificado como psiquiatra por el Royal College of Physician and Surgeon of Canada. Participación en diversos programas de psiquiatría social y comunitaria en Chile, Canadá e Italia. Formación clínica en psicoterapias breves y tratamiento de adicciones. Asesor de Salud Mental y Alcohol y Drogas del Ministerio de Salud desde 1990 y actualmente Jefe del Departamento de Salud Mental. Consultor

en Políticas, Planes y Programas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Miembro de la Canadian Psychiatric Association, American Psychiatric Association, Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Sociedad Chilena de Salud Mental y Society for the Study of Addiction to Alcohol and other Drugs (United Kingdom). Profesor invitado a cursos de diversas universidades chilenas.



CÉSAR OJEDA

Médico Psiquiatra, ha sido profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Cursó estudios de Filosofía en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Subdirector y Director de la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y, recientemente, Presidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Actualmente es Profesor Agregado de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Ha publicado numerosos libros de psiquiatría y psicopatología, como autor y co-autor, así como también una gran cantidad de artículos de fenomenología, epistemología, filosofía y clínica. Entre los libros de su exclusiva autoría destacan *La Esquizofrenia Clásica*, Ediciones de la Universidad Católica (1981); *Delirio, Realidad e Imaginación*, Ed. Universitaria (1987); *La Presencia de lo Ausente: Ensayo sobre el Deseo*, Ed. Cuatro Vientos (1998); *La tercera etapa: Ensayos críticos sobre la psiquiatría contemporánea*, Ed. Cuatro Vientos, Santiago (2003).



EUGENIO OLEA B.

Médico-Cirujano de la Universidad de Chile.
Psiquiatra de la Universidad de Chile.
Especialista en Psico-Oncología de la Universidad de París V.
Coordinador de Posgrado Unidad Docente Facultad de Medicina de la Universidad de Chile-Instituto Psiquiátrico.
Jefe de Sector 7, Instituto Psiquiátrico.
Consultor Unidades de Cuidados Paliativos y Psico-Oncología, Instituto Nacional del Cáncer.
Secretario de la Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica. Afiliado a la WFSBP.
Miembro fundador del Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología, afiliado al CINP.
Miembro de la Sociedad Chilena de Salud Mental.
Miembro de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED).



PATRICIO OLIVOS ARAGÓN

Estudios de Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Formación en Psiquiatría, y ex Profesor Auxiliar de Psiquiatría en la Universidad de Chile.
Ex Director del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B.". Cofundador de la Sociedad Chilena de Salud Mental. Coautor del Manual de Psiquiatría de L. Gomboroff y P. Olivos. Editor durante 4 años de la *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Trabajos publicados en esa revista, en la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* y en la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* y en drpolivos.googlepages.com
Actualmente médico psiquiatra en consulta privada y participante en el GDT de Psicoterapia en SONEPSYN (Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía).



GRICEL PAULINA ORELLANA VIDAL

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



POLICARPO REBOLLEDO MARCHESINI

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



PEDRO RETAMAL C.

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

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



RAÚL RIQUELME VÉJAR

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

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



ARTURO ROIZBLATT

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

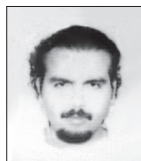
Miembro del Comité Editorial del *Journal of Family Psychotherapy*.



SANDRA SALDIVIA

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

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



PABLO SALINAS

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

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

Profesor de cátedra de psiquiatría, Universidad Bolivariana.



ANDRÉ MICHEL SASSENFELD JORQUERA

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



CATALINA SCOTT ESPÍNOLA

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

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

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

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



HERNÁN SILVA IBARRA

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



LUIS TAPIA VILLANUEVA

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

Miembro de la Society for Psychotherapy Research.

Miembro de la International Society for Humor Studies.

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



BENJAMÍN VICENTE

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

Jefe Servicio Psiquiatría Hospital Guillermo

Grant Benavente, de Concepción.

Bachiller en Filosofía (Universidad de Concepción).

Médico Cirujano (Universidad de Chile).

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

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



MARIO VIDAL CLIMENT

Estudios en Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Título: médico-cirujano, marzo de 1952.

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

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

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

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

Libros publicados:

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

Temas de Psiquiatría. Edit. LOM 1999.

Para leer a Jaspers. Edit. Univ. 2003.



HERNÁN VILLARINO HERRERÍA

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

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



PAUL VÖHRINGER C.

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

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

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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

Artículo:

1. López C. La imipramina en la enuresis. Rev Chil de Neuropsiquiatría, 2004, 3: 25-29

Libro:

1. Jaspers K. Psicopatología General, Ed Beta, Madrid, 1970

4. El autor puede iniciar su artículo con un resumen en castellano (e inglés si lo desea), que sirva de invitación al lector y dé cuenta de aquello que desarrollará en el texto.
5. Los editores se comunicarán vía mail con los autores a efectos de cualquier sugerencia, y se reservan el derecho de rechazar una colaboración por fundamentos que se les dará a conocer por escrito.
6. Los trabajos recibidos podrán ser publicados, además de en números regulares de la *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, en suplementos y/o separatas de la misma revista.

ÍNDICE

228 EDITORIAL

- 228 EL DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA:
EN BUSCA DE LA PSICOPATOLOGÍA PERDIDA
Alberto Botto

230 CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS

237 ENSAYO

- 237 RAZÓN Y LÓGOS. HEIDEGGER Y ORTEGA
Jorge Acevedo

- 244 LA FUNCIÓN DE UN ALEPH
Hernán Villarino

- 251 PROMOVRIENDO EL BIENESTAR DESDE EL COMIENZO. BIENESTAR
PSICOLÓGICO Y CONDUCTAS PRO-SOCIALES EN NIÑAS Y NIÑOS
Claudio Araya

254 REVISIÓN

- 254 INTRODUCCIÓN AL ENEAGRAMA: UNA CONTRIBUCIÓN A LA
INTEGRACIÓN DE SÍ MISMO. SEGUNDA PARTE
Rodrigo Brito

263 PSICOLOGÍA ANALÍTICA

- 263 ACERCA DE LA INDIVIDUACIÓN Y LOS SUEÑOS
Álvaro Wolfenson

268 PSICOPATOLOGÍA

- 268 DESÓRDENES DEL APETITO: ¿UNA FORMA DE HISTERIA
POSTMODERNA?
Carmen Gloria Fenieux y Alex Oksenberg

273 SALUD MENTAL

- 273 ADHERENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD MENTAL SEVERA: DISCUSIÓN Y PROPUESTAS
Pablo Moreira, Valeria Sequeida y Rafael Sepúlveda

280 TERAPÉUTICA

- 280 RECUERDO Y OLVIDO EN EL TRASTORNO
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
José Gengler, César Jara y Luis Acuña

283 INVESTIGACIÓN

- 283 CONDUCTAS Y PREFERENCIAS SEXUALES DE LOS CHILENOS.
SEGUNDA PARTE
*Fernando Maureira, Crystian Sánchez, Ekatherine Stapf y
Yessenia Maureira*

- 293 PROBLEMAS DEL DORMIR Y SU RELACIÓN CON TIPOS DE APEGO
EN NIÑOS PREESCOLARES
Claudia Andrea Cerfogli

- 307 CEDER ESPACIO A LOS INGRESOS JUDICIALES:
LA OCUPACIÓN DE CAMAS NO ASIGNADAS
Rafael Céspedes

EL DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA: EN BUSCA DE LA PSICOPATOLOGÍA PERDIDA

Alberto Botto

Hace algunas semanas se publicó un estudio en el cual se señalaba que cerca del 60% de los individuos tratados con psicofármacos durante el año 2009 carecían de un diagnóstico psiquiátrico que fundamentara la indicación (Wiechers, Leslie y Rosenheck, 2013). Aunque para muchos pueda parecer un anacronismo, el debate acerca de la importancia de un adecuado diagnóstico se encuentra implícito cada vez que se indica un tratamiento o se establece un pronóstico. La reciente aparición de la versión número cinco del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5), editado por la Asociación Americana de Psiquiatría, ha reanimado la discusión no sólo en torno a la validez y confiabilidad de los diagnósticos en psiquiatría sino también acerca de la naturaleza de las enfermedades mentales.

A pesar de los innumerables intentos por encontrar una definición satisfactoria para lo que conocemos como “enfermedad mental”, todavía no ha sido posible llegar a un acuerdo (Phillips *et al.*, 2012). Tanto clínicos como investigadores han dividido sus opiniones entre una postura “realista” (las enfermedades mentales existen en la realidad, pudiendo reconocerse y delimitarse con precisión), una postura “nominalista” (las enfermedades mentales existen en la realidad, pero nuestros criterios diagnósticos son constructos que no necesariamente las representan de manera fidedigna) y una postura “constructivista” (las enfermedades mentales no existen en la realidad, simplemente son constructos teóricos).

Una de las tantas críticas que se le han hecho al DSM-5 es que ha “creado” una serie de diagnósticos específicos como si fuesen enfermedades claramen-

te distinguibles sin contar con un fundamento etiopatogénico que los avale. Y lo mismo se ha sugerido para la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Como una forma de responder a la creciente insatisfacción que estas dificultades han ocasionado, el National Institute of Mental Health (NIMH), desarrolló un proyecto cuyo propósito es crear un marco para la investigación fisiopatológica –especialmente para la genómica y la neurociencia– que permita informar de mejor manera el diseño de las futuras clasificaciones. Dicho proyecto, denominado Research Domain Criteria (RDoC), pretende identificar síndromes que tengan un fundamento fisiopatológico específico, lo que eventualmente debiera mejorar la implementación y la respuesta a las intervenciones (Insel *et al.*, 2010). El RDoC se basa en tres supuestos: (1) Las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales que, a diferencia de los trastornos neurológicos (que presentan una lesión identificable), encuentran su origen en una alteración de los circuitos neurales; (2) La disfunción en los circuitos cerebrales se puede identificar mediante el uso de instrumentos de evaluación como las neuroimágenes o la electroencefalografía y (3) La información proveniente de la genética o de la neurociencia clínica permitirá la identificación de marcadores biológicos que mejoren los diagnósticos y, por lo tanto, también los tratamientos. Sin embargo, el RDoC también ha sido recibido con cierto escepticismo. Es así como se ha planteado que, aunque su propósito es valorable, el proyecto no corresponde a un sistema diagnóstico, por lo que no podrá reemplazar a los manuales utilizados en la actualidad (Carpenter, 2013).

Una de las premisas en que se basa el RDoC es que las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales y, por lo tanto, su origen se encontraría en una alteración de los circuitos neurales. Para los propósitos del proyecto del NIMH esta premisa es fundamental; es decir, si se pretende validar el diagnóstico psiquiátrico mediante argumentos fisiopatológicos, no queda otra alternativa que asumir que las enfermedades mentales son, efectivamente, enfermedades del cerebro. Sin embargo, esta afirmación implica, por una parte, asumir una postura dualista, reconociendo la existencia tanto de la mente como del cerebro –de lo contrario habría que plantear algo tan enrevesado como que “las enfermedades cerebrales son enfermedades del cerebro”– y, por otra, un materialismo eliminativo que desconoce algo que desde Freud en adelante es imposible eludir; esto es: que la mente también puede enfermar. Un enfoque exclusivamente *fisiopatológico* del enfermar mental corre el riesgo de excluir, paradójicamente, aquello que es el fundamento del diagnóstico psiquiátrico: la *psicopatología*.

No cabe duda respecto de la relevancia ni los méritos que posee un proyecto de la magnitud del RDoC. En el caso de las enfermedades del ánimo, dicho enfoque puede ser especialmente útil, por ejemplo, para distinguir entre la depresión bipolar y unipolar, permitiendo redefinir la bipolaridad en términos de dimensiones fisiopatológicas subyacentes a diversas categorías diagnósticas –incluidas dentro del espectro afectivo– con el objeto de facilitar la identificación de marcadores específicos desde el nivel genético al conductual (Cardoso de Almeida y Phillips, 2013). Sin embargo, esto no debiera desestimar la importancia de efectuar un cuidadoso análisis psicopatológico. Asimismo, el hecho que los diagnósticos se apoyen en instrumentos o pruebas biológicas como las neuroimágenes no permi-

te concluir que los tratamientos adecuados deban ser necesariamente biológicos. Para la psicoterapia esto es especialmente relevante porque una correcta evaluación clínica (donde se incluyan parámetros biológicos) puede informar sobre qué tipo de intervenciones será más útil para cada paciente.

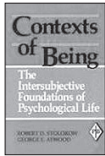
Por lo tanto, si asumimos que la mente corresponde a un campo causal tan legítimo como el cerebro y, más aún, si pensamos la relación mente-cerebro como las dos caras de una misma moneda –lo que se ha denominado “monismo de doble aspecto”–, entonces es posible plantear que el diagnóstico en psiquiatría, más que en una *fisiopatología*, debiera fundarse en una *psicopatología* que permita incorporar distintos niveles de análisis, desde los genes hasta la conducta, pasando por la experiencia subjetiva y las complejas relaciones con el entorno social.

REFERENCIAS

1. Cardoso de Almeida JR, Phillips ML. (2013). Distinguishing between unipolar depression and bipolar depression: Current and future clinical and neuroimaging perspectives. *Biological Psychiatry*, 73(2), 111-118
2. Carpenter WT. (2013). RDoC and DSM-5: What's the fuss? *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 945-946
3. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, ... Wang P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751
4. Phillips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoine J, Decker HS, First MB, ... Zachar P. (2012). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine: PEHM*, 7, 3-5341-7-3
5. Wiechers IR, Leslie DL, Rosenheck RA. (2013). Prescribing of psychotropic medications to patients without a psychiatric diagnosis. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*

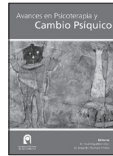
CATÁLOGO DE LIBROS COMENTADOS EN GPU

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



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

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



AVANCES EN PSICOTERAPIA Y CAMBIO PSÍQUICO

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



LA ESQUIZOFRENIA CLÁSICA

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



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

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



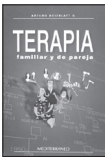
CUANDO EL ESTADO CASTIGA: EL MALTRATO LABORAL A LOS EMPLEADOS PÚBLICOS EN CHILE

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



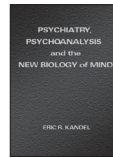
EL CEREBRO Y EL MUNDO INTERIOR. UNA INTRODUCCIÓN A LA NEUROCIENCIA DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA

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



TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

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



PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS AND THE NEW BIOLOGY OF MIND

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



NO HUMANO, PERO INTELIGENTE ON INTELLIGENCE

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



TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. HACIA UNA MIRADA INTEGRAL

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



MUJERES DEL MEDIOEVO. SUEÑOS, MEMORIAS, IMÁGENES Y LEYENDAS

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



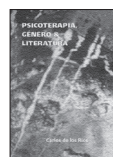
TRATADO SOBRE LA FAMILIA

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



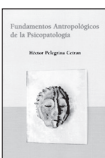
JUICIO A LA PSICOTERAPIA

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



PSICOTERAPIA, GÉNERO & LITERATURA

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



FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

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

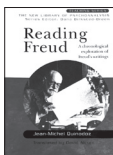


SCHIZOPHRENIC SPEECH

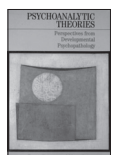
Autores: Peter McKenna y Tomasina Oh
Ed: Cambridge University Press, London, 2005
Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 229-232
Compra: www.amazon.com



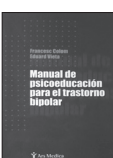
TRAYECTO DEL PSICOANÁLISIS DE FREUD A LACAN
 Autores: Michel Thibaut y Gonzalo Hidalgo
 Ed: Universidad Diego Portales. Segunda Edición, Santiago, 2004, 268 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1; 3: 233-235
 Compra: www.udp.cl/publicaciones



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



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



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



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



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



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



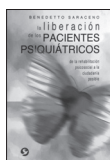
EL TRASTORNO BIPOLAR Y EL ESPECTRO DE LA BIPOLARIDAD
 Editor General: Hernán Silva
 Ed: CyC Aconcagua, 2004, 130 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 13-15
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



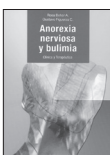
DROGA Y ALCOHOL. ENFERMEDAD DE LOS SENTIMIENTOS
 Autores: Raúl Schilkrot y Maité Armendáriz
 El Mercurio-Aguilar. Santiago, 2004, 255 páginas
 Comentario: Rev GU 2005; 1: 20-22
 Compra: www.tienda.clubdelectores.cl



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



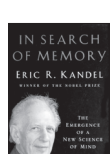
MARTIN HEIDEGGER Y EL CAMINO HACIA EL SILENCIO: ENSAYO DE CRÍTICA FILOSÓFICA
 Autor: César Ojeda Figueroa
 Ed: C&C Ediciones
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 1: 26-28
 Compra: cyc@consultoriaycapacitacion.cl
 Fono: 269 75 17



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



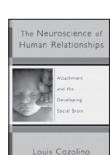
PSIQUIATRÍA CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTADÍA
 Autor: Mario Vidal C.
 Ed: Serie Roja, Sonepsyn Ediciones, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 132-133
 Compra: www.sonepsyn.cl



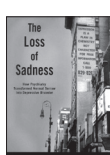
IN SEARCH OF MEMORY
 Autor: Eric R. Kandel
 Ed: W.W. Norton & Company, Inc.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 2: 134-136
 Compra: www.amazon.com



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



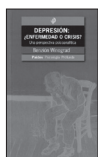
THE NEUROSCIENCE OF HUMAN RELATIONSHIPS: ATTACHMENT AND THE DEVELOPING SOCIAL BRAIN
 Autor: Louis Cozolino
 W.W. Norton & Company, New York, 2006
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 242-244
 Disponible en: www.amazon.com



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



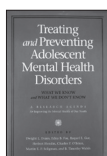
DEPRESIÓN: ¿ENFERMEDAD O CRISIS? UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA
 Autor: Benzió Winograd
 Editorial Paidós, Buenos Aires, 2005, 312 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 3: 251-254
 Compra: www.paidos.com



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



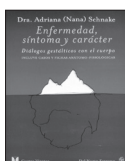
SENTIR LAS PALABRAS. ARCHIVOS SONOROS DE LA MEMORIA IMPLÍCITA Y MUSICALIDAD DE LA TRANSFERENCIA
 Autor: Mauro Mancia
 Editorial: Lumen, 2006, 301 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 384-386
 Compra: www.tematika.com



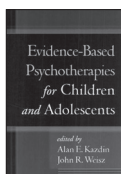
TREATING AND PREVENTING ADOLESCENT MENTAL HEALTH DISORDERS: WHAT WE KNOW AND WHAT WE DON'T KNOW
 Autores: Dwight L Evans, Edna B Foa, Raquel E Gur, Herbert Hending, Charles P O'Brien, Martin EP Seligman y B Timothy Walsh
 Editorial: Oxford University Press, USA, 2005
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: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



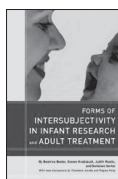
LA MUJER SOLA: ENSAYO SOBRE LA DAMA ANDANTE EN OCCIDENTE
 Autora: Alcira Mariam Alizade
 Editorial: Lumen, Buenos Aires, 1998, Colección Tercer Milenio, 220 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2007; 3; 4: 389-390
 Compra: magisterio@commet.com.ar



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



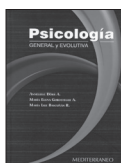
EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS
 Autores: Alan E. Kazdin y John R. Weisz
 Editorial: The Guilford Press, New York, USA, 2003, 475 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 1: 21-22
 Compra: www.amazon.com



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



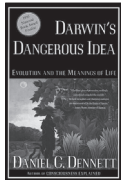
GENÉTICA Y FARMACOGENÓMICA EN PSIQUIATRÍA
 Editor: Dr. Hernán Silva
 Coautores: Mónica Acuña, Renato Alarcón, Víctor Karpyak, Víctor Lermada, David A. Mrazek, Fernando Novoa, Carlos Valenzuela y Hernán Silva
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago de Chile;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



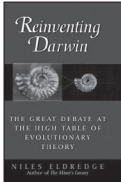
ESTUDIOS CLÍNICOS EN NEURO-PSICOANÁLISIS: INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA PROFUNDA
 Autores: Karen Kaplan-Solms & Mark Solms
 Fondo de Cultura Económica (2005/2000).
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 162-164
 Compra: www.libreriasdelfondo.com



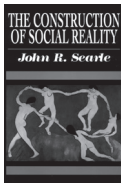
EL FEMINISMO ESPONTÁNEO DE LA HISTERIA. ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS DE LA FEMINIDAD
 Autora: Emilce Dio Bleichmar
 Ed. Fontamara, Buenos Aires, 1989
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 2: 165-166
 Compra: www.libreriaangeles.com.mx



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



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



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



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



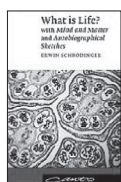
LE GÉNIE FÉMININ. LA VIE, LA FOLIE, LES MOTS
 Tome II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Paris, Éditions Fayard, 2000, 446 pages.
 ISBN : 2213605939
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



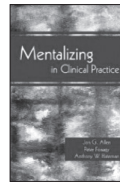
EL GENIO FEMENINO. LA VIDA, LA LOCURA, LAS PALABRAS
 Tomo II. Mélanie Klein
 Autora: Julia Kristeva
 Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2001, 315 páginas.
 ISBN : 950-12-3809-1
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 385-387
 Compra: www.amazon.com



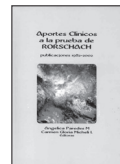
THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE
 Autor: Daniel Siegel
 Editorial: The Gilford Press, New York, London, 1999, 394 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2008; 4; 4: 388-391
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



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



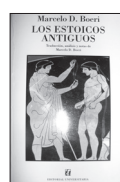
WHEN BLUSHING HURTS: OVERCOMING ABNORMAL FACIAL BLUSHING
 Autor: Enrique Jadresic
 Editorial: Bloomington Universe, New York, 2008, 108 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 1: 22-23
 Compra: www.amazon.com



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



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



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



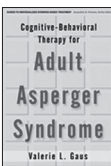
LA NATURALEZA DE LA CONCIENCIA. CEREBRO, MENTE Y LENGUAJE
 Autores: Maxwell Bennett, Daniel Dennett, Peter Hacker y John Searle
 Editorial: Paidós, 2008, 269 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 164-166
 Compra: www.tematika.com



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



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



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



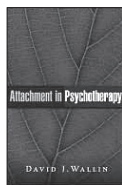
ENCUENTRO CON LA PSICOTERAPIA. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA RELACIÓN Y EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD EN LA PARADOJA DE LA VIDA
 Autor: Jean-Marie Delacroix
 Editorial: Cuatro Vientos
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 2: 177-179
 Compra: www.cuatrovientos.cl



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



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



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



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



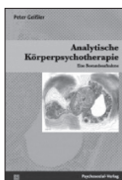
BLUSHING: CUANDO EL RUBOR DUELE
 Autor: Enrique Jadresic
 Uqbar Editores, Santiago, 2009
 Comentario: Rev GPU 2009; 5; 3: 303
 Compra: librerías



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



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



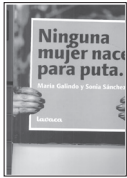
ANALYTISCHE KÖRPERPSYCHOTHERAPIE: EINE BESTANDSAUFNAHME
 Autor: Peter Geissler
 Editorial: Psychosozial-Verlag, Giessen, 2009
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 1: 21-23



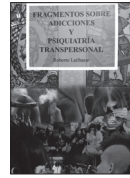
AUTOBIOGRAFÍA DE UN ESPANTAPÁJAROS
 Autor: Boris Cyrulnik
 Editorial: Gedisa, 249 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 2: 134-136



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



NINGUNA MUJER NACE PARA PUTA
 Autoras: María Galindo, Sonia Sánchez
 Editorial: Ediciones Lavaca, 2007, Buenos Aires, Argentina
 Comentario: Rev GPU 2010; 6; 3: 260-262



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



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



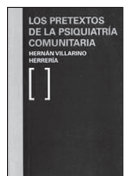
DOLOR HUMANO Y FE CRISTIANA
 Autor: Sergio Peña y Lillo
 Editorial: Patris, 2009, 50 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 3: 248-249



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



PSICOPATOLOGÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA SEGUNDA EDICIÓN
 Autores: Carlos Almonte V., María Elena Montt S.
 Editorial: Mediterráneo, 2012, 776 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 4: 361-362



LOS PRETEXTOS DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA
 Autor: Hernán Villarino H.
 Editorial: Gráfica LOM, Santiago, 2010, 288 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 1: 16-20



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



EMBUDOS MÁGICOS. DE METÁFORAS Y TERAPIAS: LA ESTRATEGIA METAFÓRICA
 Autor: Carlos Almonte Vyhmeister
 Editorial: RIL editores, 2010, 106 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 1: 21-22



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



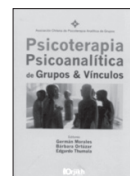
SOCIEDAD Y COMPLEJIDAD. DEL DISCURSO AL MODELO
 Autor: Manuel Vivanco
 Editorial: LOM / Fac. de Ciencias Sociales de la U. de Chile, Santiago, 2010, 186 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 2: 148-150



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



REPENSANDO LO PSICOSOMÁTICO: DESDE LO CLÍNICO A LO PSICOSOCIAL
 Editores: Armando Nader, Cinthia Cassán
 Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago, 2010, 117 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2011; 7; 2: 151-152



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



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



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



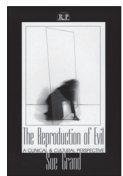
SOMOS FRAGMENTOS DE NATURALEZA ARRASTRADOS POR SUS LEYES
 Autor: Martín López Corredoira
 Editorial: Visión Net, Madrid 2005, 381 páginas.
 Comentario: Rev GPU 2013; 9; 1: 23-25



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

ENSAYO

RAZÓN Y LÓGOS. HEIDEGGER Y ORTEGA

(Rev GPU 2013; 9; 3: 237-243)

Jorge Acevedo¹

El pensamiento de Ortega no queda recluido en lo que Heidegger llama pensar calculador, que él vincula con la *ratio*. Hay ciertos aspectos en común entre lo que Heidegger entiende por *ratio* y lo que Ortega entiende por racionalismo o intelecto puro, así como entre lo que el primero entiende por *lógos* y des-ocultar protector y el segundo por razón viviente. Ni Ortega ni Heidegger son irracionales, sino que, por el contrario, se mueven en un nivel de pensamiento más radical que el de la *ratio* y el del racionalismo. *Alétheia* como des-ocultar, amor y salvación son tres puntos de encuentro entre ambos filósofos.

INTRODUCCIÓN

Tanto Heidegger como Ortega han sido tildados de irracionales. Los acusadores hablan del misticismo poético de Heidegger y del vitalismo o biologicismo de Ortega. Sin embargo, creo que no se han detenido a pensar lo que tanto el uno como el otro entienden por razón y *lógos*. Si lo hubieran hecho –suponiendo que hayan estado o estén en condiciones de hacerlo–, probablemente no habrían emitido sus reproches. Al menos, no en el tono que les han dado.

Comencemos por Heidegger. En él encontramos cierta vinculación entre razón –*ratio*– y pensar calculador o computante, así como entre *lógos*, pensar meditativo y “el otro pensar” (*das andere Denken*). Como ahora conviene hacer un planteamiento simplificado, nos centraremos en la contraposición entre *ratio* y *lógos*.

Esta contraposición se da en el contexto de la traducción de términos clave del pensar griego al latín. *Lógos* se traduce por *ratio*. Así lo establece Heidegger en su *Parménides*, por ejemplo, donde, a propósito de la definición del hombre como *zōon lōgon échon*, señala que “*lógos* se hace *ratio*” (Heidegger (H.) 2005c, p. 89. Véase, también, pp. 65 ss. / GA 54, p. 100. Véase, también, pp. 72 ss.). Sin embargo, hace notar Heidegger, *ratio* no recoge lo que significa *lógos*, con lo cual el significado originario y pleno de éste se pierde. Opino que no hay que sentirse molesto por lo que hace resaltar Heidegger, puesto que, en mi concepto, él no está diciendo que se haya producido una decadencia de lo humano debido a un presunto carácter inferior del latín frente al griego. Con la traducción de que hablamos ocurrió un *cambio* que orientó el pensamiento –y a la humanidad occidental– en *otra dirección*. Esta otra dirección le merece a Heidegger ciertas “reservas” –por

¹ Universidad de Chile.

decirlo de alguna manera— que se encarga de justificar. Pero no un rechazo. Estaría completamente fuera de lugar rechazar un estadio de la historia del ser y de la historia de la verdad. “La latinización del mundo griego por los romanos [...] ocurre como una *transformación de la esencia de la verdad y del ser*” (Heidegger, 2005c, p. 57 / GA 54, p. 62), advierte el filósofo. Lo que hay que hacer con todos los estadios de esas dos historias que se entrelazan —o que son una misma historia— es asumirlos. Esos estadios ni se desprecian ni se refutan. Esas actitudes serían absurdas dentro de la postura de Heidegger.

Ortega se enfrentó a algo parecido —no idéntico— a lo que hemos indicado. “Fichte —nos relata— [...] dice una vez que frente a la lengua alemana, las latinas son lenguas muertas, porque las lenguas romances contienen raíces extrañas a los hombres que las hablan”. Y comenta: “Tal vez tenga Fichte un poco de razón, aunque no ve que ese defecto de las lenguas romances, al hacer de ellas lenguas, en cierto modo, ‘aprendidas’, le proporciona determinadas virtudes y gracias que faltan a la alemana” (Ortega, 2006c, p. 809. Lo que va entre guiones es nuestro). Sería inoportuno tratar de determinar ahora cuáles serían esas virtudes y gracias. Lo que me importa destacar en este instante es que, lejos de rasgar vestiduras sintiéndose injustamente menospreciado, Ortega toma con calma lo que podría sentirse como un intolerable ataque a la latinidad, incluyendo en ella a la hispanidad.

Creo ver una actitud parecida a la de Ortega en François Fédier. Para el filósofo francés, quien dirige la edición de las obras de Heidegger en Gallimard, carece de importancia que su idioma no sea una lengua especialmente filosófica. Lo importante es alcanzar lo más propiamente humano del hombre, y el francés tiene tanta altura para eso como el alemán y el griego. En un libro inspirado en un pasaje de *Ser y tiempo* en que Heidegger habla de “la voz del amigo”, no tiene el menor inconveniente en afirmar que su lengua materna no ha tomado la forma filosófica; no obstante, aclara, “decir esto no insinúa que el francés —por no haber tomado esta forma [pli]— sería una lengua ‘inferior’. Ahí donde apenas hay filosofía, los hombres no son *menos* humanos; lo que implica, inversamente, que no lo son *más* ahí donde la filosofía ha conocido un despliegue excepcional” (Fédier, 2007, p. 21).

RATIO Y LÓGOS. HEIDEGGER

Continuemos con Heidegger, quien nos remite a la palabra latina de donde viene razón, *ratio*. Pone en juego lo que, *con Ortega*, podríamos llamar razón semántica

o razón etimológica (particularización y concreción de la razón histórica o razón narrativa). Al actuar así, Heidegger recurre a un modo de pensar que practicaron tanto él como Ortega, según lo destaca este último en sus artículos “En torno al «Coloquio de Darmstadt, 1951»” (Ortega, 2006c, pp. 807 ss.; Ortega, 2010c, p. 380), referidos a una reunión de arquitectos a la que ambos asistieron. Atendiendo a lo que indica la palabra *ratio*, Heidegger considera que la razón no es la única manera de pensar, ni el único modo de pensar digno de ser tomado en serio, ni tampoco el superior en todos los sentidos.

En el *Leviatán*, Hobbes nos indica cómo entender la razón en su sentido originario, considerando que la palabra *ratio* se inscribe originalmente en el lenguaje mercantil romano. “Los Latinos —dice—, llamaban *rationes* a las cuentas de dinero, y al contar mismo lo llamaban *ratiocinatio*. Y lo que en las facturas y libros de cuentas nosotros llamamos *items*, ellos llamaban *nomina*, es decir, *nombre*; y parece que, partiendo de ahí, procedieron extendiendo el significado de la palabra *ratio*, y lo aplicaron también a la facultad de hacer cálculos sobre todo lo demás” (Hobbes, 2001, p. 40; cap. 4). Y más adelante, agrega que la razón “no es otra cosa que un *calcular*” (*Ibid.*, p. 46; cap. 5).

Pues bien, para Heidegger, en consonancia con lo dicho hasta ahora, “el principio de razón —el pensador de Friburgo se refiere aquí al principio de razón suficiente enunciado por Leibniz—, es el principio del representar racional en tanto cálculo asegurador” (Heidegger, 1978, p. 78. H., 1991, p. 188 / GA 10, p. 176. Lo que va entre guiones es nuestro). *Ratio*, razón, significaría, por tanto, “contar” en un doble sentido: 1º Calcular y asegurar algo gracias a ese cálculo. 2º Posibilidad de fundamentar algo a través de ese cálculo y ese aseguramiento.

No es éste, por cierto, el único lugar en que Heidegger aborda la razón. A propósito de la definición del hombre como animal racional, señala el sentido restringido en que tenemos que comprender la palabra razón: “El hombre es el animal racional. La razón es la percepción de lo que es, y eso significa a la vez: lo que puede ser y lo que tiene que ser. Percibir incluye en sí escalonadamente el recibir, el hacerse cargo, el estudiar, el repasar, es decir, el discutir. Discutir en latín se dice *reor*, del griego *reo* (retórica). La facultad de proponerse algo y repasarlo o puntualizarlo (*reri*) es la razón (*ratio*); el animal racional es el animal que vive en tanto percibe en la forma expuesta. La percepción que actúa en la razón se propone fines, establece reglas, prepara medios y así pone en marcha la acción” (Heidegger, 2005b, p. 48 / GA 8, p. 65).

La razón así concebida nos aparece como altamente respetable. Probablemente, en el contexto de las filosofías de la praxis y de las filosofías científicas sea la única concepción de razón que vale la pena tomar en cuenta. Se trata de la razón supeditada a la acción, se entiende, a la acción exitosa que se obliga a sí misma a optimizar sus resultados, es decir, a impulsar y lograr “la máxima utilización mayor que sea posible con el mínimo esfuerzo” (Heidegger, 2007a, p. 129 / H., 1994, p. 18 / H., 1985, p. 14 / GA 7, p. 16) y con el mínimo gasto. La razón “se propone fines, establece reglas y prepara medios” para alcanzar esa meta final. En otras palabras, la razón se hace cargo de lo que percibe estudiándolo, esto es, analizándolo –calculándolo– para así asegurarlo, apoderándose totalmente de ello y dominándolo por completo.

¿Es esta razón respetuosa de aquello que percibe? ¿Se atiene a lo que percibe? ¿Va a las cosas mismas? ¿Deja de lado toda instancia que le impida acoger aquello a lo que se refiere? ¿Se abre a la posibilidad de recibir las cosas tal como son? ¿Se interesa en el ser de ellas? ¿Permite que se desplieguen en plenitud? A todas estas preguntas tendríamos que responder que *no*. Las prioridades de la razón –es decir, del pensar computante– son por completo diferentes. ¿Es esta razón –la que cuenta, computa, contabiliza y calcula para asegurar y dominar– equivalente al *lógos*? Parecería que no. ¿Cómo proceder frente a esto?

Pienso que es preciso recoger aquí con algún detalle la distinción que hace Heidegger entre *ratio* y *lógos*. Aunque ambas palabras suelen traducirse al castellano por “razón”, tienen significados radicalmente diferentes. El término *lógos* tiene múltiples significados, y no sólo dentro de la filosofía (considérese, por ejemplo, el comienzo del Evangelio de San Juan). No es oportuno tratar de verlos todos. Vamos, de nuevo, hacia lo originario. Recordemos –advierte Jean Beaufret– que el griego *léguein* no significa, en primer lugar, hablar y decir; tampoco significa simplemente recoger y reunir; el *léguein* no recoge y reúne sino para volver a poner, reponer o restablecer lo que es recogido y reunido *en él mismo* –dejándolo *allí*–, respetando en él –lo recogido y reunido–, el reposo o la postura que le es más propio (Beaufret, 1974, p. 65). Al hacer esta advertencia, Beaufret remite al ensayo “Logos”, de Heidegger (Heidegger, 1994, pp. 186 ss. / H., 1964a, pp. 198 ss. / GA 7, pp. 220 ss.).

El *lógos* es un hablar, un decir que recoge y reúne; pero –a diferencia de la *ratio*–, deja reposar en sí mismo a aquello que recoge y reúne, llevándolo o reconduciéndolo a lo que le es más propio. La *ratio*, por el contrario, estaría siempre dispuesta a violentar a lo ra-

zonado, en aras de eso a lo cual la *ratio* se supedita: el aseguramiento y dominio incondicionados de lo real. Baste con pensar en este momento en los procesos de *racionalización* del material humano en un dispositivo tecnológico como una empresa o una universidad. En dicha racionalización se despliega sin tapujos la esencia de la *ratio*. Frente a la *ratio*, el *lógos* se caracteriza por el respeto: deja ser.

Comentando el inicio del fragmento VI de Parménides –donde aparecen las palabras *léguein* (decir) y *noeîn* (pensar)–, dice Heidegger: [1.] “El *noeîn*, el tomar en consideración, está determinado por el *léguein*. Y esto significa dos cosas.

[2.] En primer lugar, el *noeîn* se desarrolla desde el *léguein*. El tomar –inherente al *noeîn* tal como tiene que ser comprendido ahora– no es ningún agarrar, sino un dejar que llegue lo que yace en nuestra presencia –es un *léguein*–. Por otra parte, *noeîn* se mantiene en el *léguein*. El tomar en consideración –es decir, el *noeîn*– pertenece a la congregación en lo que lo yacente ante nosotros es albergado como tal –esto es, pertenece al *léguein*.

[3.] La estructura de *léguein* y *noeîn* es el rasgo fundamental del pensamiento, que aquí se mueve en el ámbito de su esencia. Por esto, el pensamiento no es un agarrar ni un intervenir en lo que yace en nuestra presencia, ni un ataque en contra. Lo que yace en nuestra presencia no es elaborado con asideros en el *léguein* y *noeîn*. El pensamiento no es ningún aprehender. En el estadio temprano, aunque ya maduro, del desarrollo de la esencia del pensamiento, éste no conoce ningún concepto en el sentido de la aprehensión. Eso de ninguna manera se debe a que ahí el pensamiento esté todavía por desarrollar. Más bien, el pensamiento que se desarrolla todavía no es encerrado en límites, que circunscriben en cuanto ponen barreras al desarrollo de su esencia” (Heidegger, 2005c, p. 174 / GA 8, pp. 214 s. Lo que va entre corchetes y entre guiones es nuestro).

En traducción, inédita, de Francisco Soler, lo recién citado suena así: “El *noeîn*, el tomar-en-la-atención, se determina por el *léguein*. Esto significa dos cosas. De un lado: el *noeîn* se despliega desde el *léguein*. El tomar no es un agarrar (*Zugreifen*), sino un dejar-llegar a lo *prestante*. Por otra parte, el *noeîn* es retenido en el *léguein*. La atención, en la que el *noeîn* toma, pertenece a la reunión, en la que se alberga lo *prestante* en cuanto tal. La trama de *léguein* y *noeîn* es el rasgo fundamental del pensar, que aquí se peralta hacia la esencia. Según esto, el pensar no es un captar (*Greifen*), ni un zarpazo (*Zugriff*) sobre lo *prestante*, ni una agresión (*Angriff*) contra él. Lo *prestante* en el *léguein* y *noeîn* no se re-elabora (*be-arbeitet*) con manejos (*Griffen*). El pensar no es un

con-captar (*Be-greifen*: conceptual). En los elevados alcances de su despliegue esencial el pensar no tiene noticia del concepto. Esto no estriba, de ninguna manera, en que el pensar esté aquí aún sin desarrollar. Más bien, el pensar que se despliega no está aún encerrado en los límites que lo delimitan, poniéndole barreras a su despliegue esencial".

El "recoger que acoge", el "reunir", el "respeto", el "dejar ser" aparecían como rasgos decisivos del *lógos* —que en este contexto hay que destacar especialmente—, en la interpretación que hace Beaufret de Heidegger. En consonancia con ellos, aparecen caracteres del pensamiento que nos dicen lo que *no es* y que, para simplificar, atribuimos —negativamente— al *léguein* (aunque, como se ve en el texto recién citado de Heidegger, su planteo es más complejo): 1. *No* es un agarrar. 2. *No* es un intervenir. 3. *No* es un ataque en contra. 4. *No* es un re-elaborar. 5. *No* es un conceptualizar en el sentido de aprehender. 6. *No* es inmaduro. 7. *No* está circunscrito por límites que le impiden desplegarse en toda su riqueza. *Positivamente*, por otro lado, el pensar como *léguein* es un "albergar".

Como dice Francisco Soler —discípulo de Ortega y Julián Marías—, "pensar no es andar a zarpazos (*Zugriff*) con las cosas cercanas y lejanas; pensar no es meter en jaulas, agarrar, asir, prender, imponer, aplastar (*Begriff*). Ya el Ortega joven había clamado: «salvémonos en las cosas»² (Soler, 2007, p. 74). Es decir, frente al pensar que usa el concepto (*Begriff*) hay un pensar diferente: el fenomenológico, tal como lo entiende Heidegger en su plena madurez. Cita Soler: "Así comprendida, la fenomenología es un camino que conduce allá abajo, ante (*ein Weg der hinführt vor...*); y que se deja mostrar eso ante lo cual es conducida (*und sich zeigen lässt das wovor es geführt wird*). Esta fenomenología es una fenomenología de lo inaparente. Únicamente ahí se vuelve comprensible que en los griegos no hubiera conceptos. En concebir hay, en efecto, el gesto de una captura. El *horismós* griego, al contrario, rodea tiernamente lo que la mirada toma en vista; no concibe"³ (Soler, 2007, p. 77).

² Soler aludiría a unas palabras de Ortega que aparecen en su artículo de 1909 "Unamuno y Europa, Fábula" (Ortega, 2004b, p. 259). El mismo Ortega las recuerda en su curso de 1929 *¿Qué es filosofía?* (Ortega, 2008, p. 351).

³ Somos remitidos en este caso al "Seminario de Zähringen 1973" (Heidegger, 1976, pp. 338 s. / H., 2005a, p. 23 / GA 15, p. 399). Algunos de los párrafos precedentes los hemos tomado de un trabajo propio anterior (Acevedo, 2010).

HEIDEGGER Y ORTEGA: COMPARACIÓN

No digo que pueda establecerse un paralelismo estricto entre el pensar computante o técnico (Heidegger) y el racionalismo, la razón pura o *a priori* y la razón naturalista (Ortega). Tampoco se podría establecer tal paralelismo entre el pensar meditativo y el otro pensar (Heidegger) y la razón vital e histórica (Ortega). Sin embargo, postulo dos hipótesis: 1. Ortega no queda recluso en lo que Heidegger llama pensar calculador, que él vincula con la *ratio*. 2. Hay ciertos aspectos en común entre lo que Heidegger entiende por *ratio* y lo que Ortega entiende por racionalismo o intelecto puro, así como entre lo que el primero entiende por *lógos* y des-ocultar protector y el segundo por "razón viviente y dramática" (Ortega, 2010a, p. 32). Trataré de hacer entrever lo que acabo de enunciar.

En *El hombre y la gente* Ortega vincula de una manera interesante respecto de lo que tenemos entre manos *ratio*, *lógos* y habla. Al exponer el concepto clave de su sociología, la idea de uso, nos dice que "la lengua es un uso social que viene a interponerse [...] entre dos intimidades, y cuyo ejercicio o empleo por los individuos es predominante irracional. La prueba más escandalosa, casi cómica, es que llamamos con las palabras 'racional' y 'lógico' a nuestro comportamiento máximamente inteligente, cuando esos vocablos vienen de *ratio* y *logos*, que en latín y en griego significaron originariamente 'hablar', es decir, una faena que es irracional, cuando menos por uno de sus lados constitutivos y frecuentemente por todos" (Ortega, 2010b, p. 292). Sin pretender agotar el contenido de este pasaje, dejemos establecido que a Ortega no le interesa hacer una diferenciación entre *ratio* y *lógos* semejante a la de Heidegger. Por el contrario, pone de relieve que ambas palabras significaron primariamente "hablar" —"faena que es irracional por lo menos por uno de sus lados constitutivos y frecuentemente por todos"—, y que, con el tiempo, pasaron a significar, paradójicamente, "nuestro comportamiento máximamente inteligente".

En su primer libro, *Meditaciones del Quijote* (1914), encontramos algo parecido, siguiendo la interpretación de Julián Marías. Allí aparece el *lógos* como "sentido", y el sentido como conexión, unidad (Ortega, 2004a, p. 755 / Ortega, 1966, p. 49 – Marías, 1966, p. 278). El sentido —"forma suprema de coexistencia de cada cosa con las demás, esto es, su dimensión de profundidad" (Marías, 1966, p. 278) —, es algo a lo que nos acercamos al hacer de la cosa "el centro virtual del mundo" (*Ibid.*), el centro del universo, «lugar donde se anudan los hilos todos cuya trama es nuestra vida» (*Ibid.*). La búsqueda del sentido así entendido es tarea del amor, tal como

lo comprendió Platón, “quien ve en el «eros» –señala Ortega–, un ímpetu que lleva a enlazar las cosas entre sí; es –dice– una fuerza unitaria y es la pasión de la síntesis. Por esto, en su opinión, la filosofía, que busca el sentido de las cosas, va inducida por el «eros». La meditación es ejercicio erótico. El concepto, rito amoroso” (Ortega, 2004a, p. 782 / Ortega, 1966, p. 100).

Indiquemos desde ya que el concepto de que habla Ortega aquí no tiene nada que ver con el concepto en el sentido de la palabra *Begriff*, la que nos remite – como lo hemos hecho notar– a un agarrar (*Zugreifen*), a un captar (*Greifen*), a un zarpazo (*Zugriff*) sobre lo que yace en nuestra presencia (*das Vorliegende*), a una agresión (*Angriff*) contra él; a un con-captar (*Be-greifen*: conceptualizar) que re-elabora (*be-arbeitet*) lo prestante (*das Vorliegende*) con manejos (*Griffen*).

Preguntar, pues, por el sentido de una cosa, por su *lógos*, por su enlace con todas las demás es –interpreta Marías– preguntar por su razón. Para él, en efecto, razón consiste, en efecto, “en anudar los hilos de nuestra vida, en hacer que algo «funcione» dentro de ella” (Marías, 1966, p. 278).

Razón y *lógos* serían lo mismo para Ortega. Pero la razón de que nos habla –por lo pronto y sobre todo en las *Meditaciones del Quijote*–, es muy diferente a la *ratio* tal como la concibe Heidegger. La razón que aparece en las *Meditaciones* –que prelude la razón viviente, o es esta misma sin ese nombre aún– no es un cálculo asegurador que va tras el dominio incondicionado de todo cuanto hay. Más bien se parece al *lógos* tal como lo ve Heidegger. Para él, el *lógos* reúne, y así deja a cada cosa en su lugar. Es lo que haría el amor que va tras el sentido, según Ortega.

Y a propósito de este amor a que se refiere Ortega, tal vez no esté de más traer a colación entre paréntesis, una definición de amor que da Heidegger: “Hacerse cargo de una «cosa» o de una «persona» en su esencia [*Wesen*] es amarla, quererla [*sie lieben: sie mögen*]. Este querer [*Mögen*] significa, si se lo piensa más originariamente, don o regalo de la esencia. Tal querer es la esencia propia del poder o ser capaz [*Vermögen*] que puede no solamente lograr esto o aquello, sino que puede hacer «desplegarse» [*wesen*] algo en su pro-veniencia u origen [*Her-kunft*], es decir, hace ser o deja ser [*sein lassen*]” (Heidegger, 2000c, p. 261 / H., 1964b, pp. 34 ss. / GA 9, p. 316).

Retomando lo anterior: lo que se asemeja a la *ratio* en Heidegger, es el racionalismo o razón pura en Ortega. Por cierto, no trataré de bosquejar la complejísima idea de razón en Ortega. Apuntaré esquemáticamente sólo a lo imprescindible para nuestro propósito actual: confrontarlo con Heidegger.

“La pura intelección o razón [pura] –indica Ortega en *El tema de nuestro tiempo*– no es otra cosa que nuestro entendimiento funcionando en el vacío, sin traba alguna, atenido a sí mismo y dirigido por sus propias leyes internas. Por ejemplo, para la vista y la imaginación, un punto es la mancha más pequeña que de hecho podemos percibir. Para la pura intelección, en cambio, sólo es punto lo que radical y absolutamente sea más pequeño, lo absolutamente pequeño. La pura intelección, la *raison*, sólo puede moverse entre superlativos y absolutos. Cuando se pone a pensar en el punto no puede detenerse en ningún tamaño hasta llegar al extremo. Éste es el modo de pensar geométrico, el *mos geometricus* de Spinoza; la «razón pura» de Kant” (Ortega, 2005a, pp. 574 s.).

La intelección pura –arraigada en la vida humana, como no podía menos de ser así, pero desintegrada orgánicamente de ella–, ese tipo de razón no es –advier-te Ortega– “una actitud propiamente contemplativa, sino más bien imperativa. En lugar de situarse ante el mundo y recibirlo en la mente según es, con sus luces y sus sombras, sus sierras y sus valles, el espíritu le impone un cierto modo de ser, le imperializa y violenta, proyectando sobre él su subjetiva estructura racional. Kant llegará a declararlo: «No es el entendimiento quien ha de regirse por el objeto, sino el objeto por el entendimiento». Pensar no es ver, sino legislar, mandar” (Ortega, 2005b, p. 723).

Ortega habla de imposición, violencia, imperio, mando, primacía de la subjetividad, a propósito de esa manera de pensar. Sus expresiones se parecen mucho a las que utiliza Heidegger cuando caracteriza la *ratio*, el pensar computante (*das rechnende Denken*), el concepto (*Begriff*). Añade Ortega: “El racionalismo tiende dondequiera, y siempre, a invertir la misión del intelecto [...]. De esta manera la realidad se convierte, de meta con la que aspira a coincidir la pura contemplación, en punto de partida y material, cuando no mero pretexto, para la acción. [...] De donde resulta que se la reduce a simple punto de inserción para nuestras acciones; por tanto, a algo que de antemano existe sólo para ser negado y transformado” (*Ibid.*, p. 724).

Frente a esta actitud, Ortega propone, como decíamos, atenerse a las cosas como son, “con sus luces y sus sombras, sus sierras y sus valles.” Su propuesta podemos describirla, en otros términos suyos, así: las cosas no están ahí sólo para aprovecharlas sin más; es preciso también –y esto es de gran importancia–, es preciso ponerse al servicio de las cosas, rendir “culto a su ser.” Para eso es necesario darse cuenta de que “las cosas no son plenamente si el hombre no *descubre* su maravilloso ser que lleva tapado por un velo y una tiniebla”

(Ortega, 2006a, p. 628). En esta tarea, por cierto, entra en juego la verdad como *alétheia*, como des-encubrimiento, como *alétheuein*, como advenir, en lo cual hay nítida coincidencia con Heidegger.

De aquí que el pensar que lo es auténticamente y sin restricciones, consista en “andar afanado [...] en que cada cosa llegue de verdad a ser lo que es, exaltarla hasta la plenitud de sí misma” (*Ibid.*, p. 629). Frente a la actitud que aprovecha las apariencias de las cosas, es necesario permitir a las cosas ingresar “en su verdad”, es decir, *dejar ser* a las cosas (*Ibid.*). En esta actitud vemos cómo se manifiesta “el síntoma máximo del amor”⁴ (*Ibid.*, p. 628), lo cual, de otra manera, había sido establecido por Ortega en las *Meditaciones del Quijote*, y lo veíamos reiterado por Heidegger en su *Carta sobre el “humanismo”*.

¿Y no es lo que acabamos de presentar lo que Heidegger llama proteger, preservar, cuidar o mirar por (*schonen*) y salvar (*retten*)? *Schonen* y *retten* refieren al pensar en su más alta manifestación. “*Freien* [liberar] significa propiamente proteger, preservar, cuidar o mirar por [*schonen*] –dice Heidegger–. El proteger mismo no consiste sólo en que nosotros no hagamos nada contra lo protegido. El proteger auténtico es algo *positivo* y acontece cuando, de antemano, dejamos algo en su esencia, cuando retroalbergamos algo propiamente en su esencia” (Heidegger, 2007b, p. 212 / GA 7, p. 151). En íntima vinculación con el proteger está el salvar. “La salvación [*Rettung*] –dice Heidegger– no es solamente quitar un peligro; salvar significa propiamente: liberar algo en su propia esencia” (*Ibid.*, p. 214 / GA 7, p. 152).

Pero apuntemos hacia otra coincidencia –o presunta coincidencia⁵– entre ambos filósofos. Heidegger caracteriza el ser como lo trascendente “pura y simplemente [*schlechthin*]” (Heidegger, 1962, p. 48 / GA 2, p. 51). En *Ser y tiempo* afirma: “*Ser es lo trascendens por excelencia*. [...] Toda apertura del ser como lo

trascendens es conocimiento *trascendental*. La verdad fenomenológica (apertura del ser) es veritas trascendentalis” (Heidegger, 1997, p. 61 / GA 2, p. 51). Ortega, por su parte –apuntando tal vez en una dirección algo distinta, pero, en mi opinión, convergiendo en lo básico con Heidegger–, declara: “Para mí es razón, en el verdadero y riguroso sentido, toda acción intelectual que nos pone en contacto con la realidad, por medio de la cual topamos con lo trascendente” (Ortega, 2006a, p. 77). Y esto lo afirma en el último capítulo de su libro más importante publicado mientras vivía, con lo cual tendría una especial significación. La verdad fenomenológica, pues, y la razón en su verdadero y riguroso sentido, van más allá de lo inmanente, de lo puramente subjetivo, de lo meramente intelectual; ambas tienen un carácter trascendental. Por cierto, es preciso no conceptualizar lo que Ortega entiende por realidad desde el § 43 de *Ser y tiempo*. “Para Heidegger «real» quiere decir *vorhanden*, esto es, estar-ahí-delante” (Rivera, 2007, p. 179). Lo real, para Ortega, no se reduce a eso.

Espero que lo expuesto haya hecho al menos entrever lo planteado en las hipótesis enunciadas anteriormente: 1. Ortega no queda recluso en lo que Heidegger llama pensar calculador, que él vincula con la *ratio*. 2. Hay ciertos aspectos en común entre lo que Heidegger entiende por *ratio* y lo que Ortega entiende por racionalismo o intelecto puro, así como entre lo que el primero entiende por *lógos* y des-ocultar protector y el segundo por “razón viviente y dramática”.

REFERENCIAS

1. Acevedo Guerra J (2010), “Logos, ratio. María Zambrano, la razón poética y Heidegger”, en Eyzaguirre, Sylvia y Johnson, Felipe (eds.), “Fenomenología y Hermenéutica. Actas del II Congreso Internacional de Fenomenología y Hermenéutica”, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, 2010, pp. 205-219
2. Beaufret J (1974), “Le principe de raison”, en *Dialogue avec Heidegger*, III. Approche de Heidegger, Éditions de Minuit, Paris, pp. 52-69
3. Fédier F (2007), *Voix de l’ami*, Éditions du Grand Est, Paris
4. Heidegger, M. (2007a), “La pregunta por la técnica”, trad. Francisco Soler Grima, ed. Jorge Acevedo Guerra, en *Filosofía, Ciencia y Técnica*, 5a. ed. revisada, Editorial Universitaria, Santiago de Chile, pp. 115-154
5. — (2007b), “Construir Habitar Pensar”, trad. Francisco Soler Grima, ed. Jorge Acevedo Guerra, en *Filosofía, Ciencia y Técnica*, 5a. ed. revisada, Editorial Universitaria, Santiago de Chile, pp. 205-228
6. — (2005a), “Seminario de Zähringen. 1973”, trad. Óscar Lorca, *A Parte Rei* [Online], nº 37. Dirección URL: serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/lorca37.pdf [Consulta: 2, junio, 2013]
7. — (2005b), *¿Qué significa pensar?*, trad. Raúl Gabás, Editorial Trotta, Madrid
8. — (2005c), *Parménides*, trad. Carlos Másmela, Ediciones Akal, Madrid

⁴ Dejo de lado la contraposición entre el Intelectual y el Otro, que es tema central –al menos a primera vista– del ensayo que estoy citando, ya que en esta ocasión no es especialmente relevante.

⁵ Digo “presunta coincidencia” pues queda abierta la tarea de precisar qué entiende cada uno de ellos por *lo trascendente*. En la misma página de *Ser y tiempo* que citaré a continuación, Heidegger advierte en una nota marginal, que no es de fácil interpretación, lo siguiente: “Pero *trascendens* –a pesar de toda su resonancia metafísica– no a la manera escolástica ni grecoplatónica del *koinón*, sino trascendencia en tanto que lo extático-temporeidad-temporiedad; pero ¡horizonte! El Ser [*Seyn*] ha ‘recubierto’ el ente [*Seyndes*]. Pero trascendencia desde la verdad del Ser: el *Ereignis* [acontecer apropiante]”.

9. — (2002), GA 8, *Was heißt denken?*, ed. Paola-Ludovika Coriando, Frankfurt, V. Klostermann Verlag, 2002
10. — (2000a), "Die Frage nach der Technik", en GA 7, *Vorträge und Aufsätze*, ed. Friedrich-Wilhelm von Herrmann, Frankfurt, V. Klostermann Verlag, 2000, pp. 5-36
11. — (2000b), "Logos (Heráclito, Fragmento 50)", en GA 7: *Vorträge und Aufsätze*, ed. Friedrich-Wilhelm von Herrmann, Frankfurt, V. Klostermann Verlag, 2000, pp. 211-234
12. — (2000c), "Carta sobre el 'humanismo'", trad. Helena Cortés y Arturo Leyte, en *Hitos*, Editorial Alianza, Madrid, pp. 259-297
13. — (1997a), *Ser y tiempo*, trad. Jorge Eduardo Rivera, Editorial Universitaria, Santiago de Chile
14. — (1997b), GA 10, *Der Satz vom Grund*, ed. Petra Jaeger, Frankfurt, V. Klostermann Verlag, 1997
15. — (1994a), "La pregunta por la técnica" trad. Eustaquio Barjau, en *Conferencias y Artículos*, Ediciones del Serbal, Barcelona, pp. 9-37
16. — (1994b), "Logos (Heráclito, fragmento 50)" en *Conferencias y Artículos*, Ediciones del Serbal, Barcelona, pp. 179-199
17. — (1991): *La proposición del fundamento*, trad. Félix Duque y Jorge Pérez de Tudela, Ediciones del Serbal, Barcelona
18. — (1986), "Seminar in Zähringen 1973", en GA 15, *Seminare*, ed. Curd Ochwadit, Frankfurt, V. Klostermann Verlag, 1986, pp. 372-400
19. — (1985), "La pregunta por la técnica", trad. Adolfo P. Carpio, *Época de Filosofía*, nº 1, pp. 7-29
20. — (1982), GA 54, *Parmenides*, ed. Manfred S. Frings, Frankfurt, V. Klostermann Verlag, 1982
21. — (1978), "El principio de razón", trad. José Luis Molinuevo, en *¿Qué es filosofía?*, Ediciones Narcea, Madrid, pp. 69-93
22. — (1977), GA 2, *Sein und Zeit*, ed. Friedrich-Wilhelm von Herrmann, Frankfurt, V. Klostermann Verlag, 1977
23. — (1976), "Le Séminaire de Zähringen 1973", en *Questions IV*, Éditions Gallimard, Paris, pp. 307-339
24. — (1976), "Brief über den 'Humanismus'", en GA 9, *Wegmarken*, ed. Friedrich-Wilhelm von Herrmann, Frankfurt, V. Klostermann Verlag, 1976, pp. 313-364
25. — (1964a), "Logos y Moira. Dos ensayos sobre los presocráticos (Heráclito, Fragmento 50)", trad. Francisco Soler Grima, *Mapocho*, vol. II, nº 1, pp. 194-206
26. — (1964b), *Lettre sur l'humanisme*, trad. Roger Munier, bilingüe, nueva edición revisada, Éditions Aubier-Montaigne, Paris
27. — (1962), *El ser y el tiempo*, trad. José Gaos, 2a. ed., Editorial Fondo de Cultura Económica, México
28. Hobbes T (2001), *Leviatán*, ed. y trad. Carlos Mellizo, 7a. ed., Editorial Alianza, Madrid
29. Marías J (1966), Comentario a J. Ortega y Gasset, *Meditaciones del Quijote*, 2a. ed., Editorial Revista de Occidente, Madrid
30. Ortega y Gasset J (2004-2010), *Obras Completas*, Fundación José Ortega y Gasset / Editorial Taurus, Madrid. De estas obras, en 10 tomos, se han considerado especialmente los siguientes textos:
31. — (2010a), "Goethe sin Weimar", X, pp. 20-35
32. — (2010b), *El hombre y la gente* [Curso de 1949-1950], X, pp. 139-326
33. — (2010c), "En torno al 'Coloquio de Darmstadt, 1951'". III [Borrador], X, pp. 377-382
34. — (2008), *¿Qué es filosofía?*, VIII, pp. 235-374
35. — (2006a), "El Intelectual y el Otro", V, pp. 623-630
36. — (2006b), *Historia como sistema*, VI, pp. 45-81
37. — (2006c), "En torno al «Coloquio de Darmstadt, 1951»", VI, pp. 797-810
38. — (2005a), *El tema de nuestro tiempo*, III, pp. 559-616
39. — (2005b), "Ni vitalismo ni racionalismo", III, pp. 715-724
40. — (2004a), *Meditaciones del Quijote*, I
41. — (2004b), "Unamuno y Europa, Fábula", I, pp. 256-259
42. — (1966), *Meditaciones del Quijote*, Comentario por Julián Marías, 2a. ed., Editorial Revista de Occidente, Madrid
43. Rivera Cruchaga, Jorge Eduardo (2007), "Un vacío en *Ser y tiempo*", en *En torno al ser*. Ensayos filosóficos, Brickle Ediciones, Santiago de Chile, pp. 171-185
44. Soler Grima F (2007), "Prólogo" a M. Heidegger, *Filosofía, Ciencia y Técnica*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile, pp. 55-88

ENSAYO

LA FUNCIÓN DE UN ALEPH

(Rev GPU 2013; 9; 3: 244-250)

Hernán Villarino¹

El Aleph es la primera letra del alfabeto hebreo, simbólicamente muy relevante en la cábala, pero su fama actual probablemente se la deba a un cuento de Borges². El Aleph borgiano es un punto del espacio que contiene todos los puntos, el lugar donde están sin confundirse todos los lugares vistos desde todos los ángulos. Ahora bien, si es un punto dentro del mundo entonces es una parte de él, que paradójicamente contiene al mundo donde está contenido y del que es parte. Como además todo está en un Aleph simultáneamente, en él está el tiempo junto con todo lo que es y lo que ha sido. Uno de los rasgos más curiosos del Aleph, pero que es lógicamente inevitable y necesario, es su circularidad e infinitud. Si en el Aleph se ve la tierra, en la tierra vista a su través ha de verse también un Aleph, y así sucesivamente.

A lo largo de su obra Borges menciona con frecuencia los laberintos y los tigres, pero también los espejos que duplican el mundo. Su Aleph, a nuestro entender, amplía y complica el símbolo existencial del espejo, porque al adicionarle el tiempo refleja también lo que fue pero ya no es, de manera que aunque está en el tiempo de cierto modo contiene también la eternidad. Podría decirse como si Borges, precisando y ajustando el símbolo, a los familiares espejos sincrónicos hubiera agregado los espejos diacrónicos. Empero, ¿tratamos con una fantasía literaria o con un lugar real y necesario? ¿Hay un solo Aleph o hay muchos? ¿Hay algún Aleph en la psiquiatría? En trabajos anteriores hemos estudiado el problema de la totalidad en la psicología analizando dos de los instrumentos con que la formula Jaspers: los tipos y la psicología de las concepciones del mundo. Con el actual nos apartamos de sus enfoques explícitos, aunque quizá no de su espíritu. A lo largo de este escrito intentaremos, si no responder, por lo menos plantear los términos en los que aquellas últimas preguntas tengan quizá algún sentido.

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

² Borges J.L. *El Aleph*. Alianza Editorial, Madrid, 1998.

EL PENSAR

En el laberinto de lo real una cosa remite a otra y de cierto modo a todas las cosas. Entender realmente esta rosa, asegura Borges, supone entender el universo. En términos abstractos este es el problema de lo uno (y por ende de la totalidad) tratado ya por Platón en el *Parménides*, texto particularmente difícil y endiablado. Desde siempre se ha experimentado como menesteroso explicar las partes en términos de las otras partes excluyendo la totalidad, porque la parte sólo puede ser parte si es la parte de un todo, de modo que en cada fragmento está también el todo, en el bien entendido que no está todo sino el todo. En cualquier caso sería inútil que halláramos un Aleph como una arbitrariedad, una metodología, una suposición o un deseo nuestros; debe venir exigido y revelado realmente por la realidad, y como lo que estamos tratando de graficar es el modo intensivo en que el todo está en las partes un buen ejemplo de ello puede ser el pensar.

Según la concepción clásica, el pensar cumple tres pasos. El primero es la aprehensión, concepción o conceptualización, el segundo el juicio y el tercero el razonamiento. Es cierto que modernamente se considera a la proposición como el elemento primero del pensar, los términos y conceptos tendrían un valor lógico dentro del enunciado y no por sí mismos. Esto es discutible, pero no modifica en nada las siguientes conclusiones. Todo lo que digamos ahora vale también si se adopta esta otra perspectiva.

El concepto, el fruto primero del pensar, es tanto aquello en lo que conocemos como lo conocido, pero es las dos cosas al mismo tiempo. No tenemos conceptos y después los conocemos, siempre los tenemos como conocidos; ni tampoco es que pensemos y luego tengamos conceptos, porque ¿cómo podríamos pensar sin ellos? Hay aquí una circularidad insuperable. El concepto es un signo formal realizado o concebido en la mente, a diferencia del lenguaje que es un signo instrumental socialmente determinado. Por eso, al concepto se lo llama también verbo mental. Es evidente que un mismo concepto puede ser dicho con palabras diversas en idiomas distintos, del mismo modo que sin palabras no iríamos muy lejos con los pensamientos o que un lenguaje emitido sin pensar sería una ensalada de palabras. Lenguaje y pensamiento están penetrados el uno por el otro, pero con todo no se identifican y uno de ellos es más originario.

En el juicio, por otro lado, se afirma o se niega algo de algo a través de la cópula, es decir, se hacen atribuciones a un objeto concebido y presente en el

concepto. Pero el juicio comporta una aserción, ya sea positiva o negativa, por eso juzgar no es algo que ocurre sino algo que alguien hace, de modo que está supuesto el sujeto que lo hace. El pensar no es un proceso impersonal, es algo que en cada caso yo hago, y que me comprometo del mismo modo que en él estoy comprometido³. No por nada Descartes, para quien el pensar tiene un sentido más amplio que en la tradición previa porque incluye también los sentimientos, deseos, etc., halló en él una prueba de nuestra propia realidad: el cuerpo y el mundo podrían ser una alucinación o una trama engañosa creada por algún genio maligno, sólo sabemos que somos reales porque pensamos y que pensamos porque somos reales. El razonamiento, por último, establece inferencias y deducciones a partir de los juicios.

El concepto, entonces, no es el juicio, ni el juicio es el razonamiento, ni el razonamiento el concepto ni el juicio. Aquí hay al menos tres operaciones distintas, ¿en cuál de ellas está el pensar? Podríamos afirmar, con las neurociencias y la ciencia cognitiva, y con un estilo de razonamiento que se nos hizo familiar a través del modelo biopsicosocial, que es la suma de los tres. Pero si así fuera sería ininteligible, porque consistiría en el resultado de tres cosas que no son pensar, y constituiría un efecto incomprensible a partir de causas que no tienen ningún orden a él. Habría en el efecto algo infinitamente mayor que en la causa, lo cual es cuando menos milagroso. Las representaciones, por ejemplo, o si se quiere las palabras, no llegan al cerebro y después las conocemos, si están en alguna parte siempre están como conocidas de alguna manera. El conocer y lo conocido no son dos actos sino uno e inseparable. Los objetos mentales no consisten en cosas que entran o estén prodigiosamente en el cerebro, y que floten, se mueven e interactúan en él, su entidad consiste en ser conocidos, y hablando metafóricamente: según como son conocidos es que están en el cerebro. Y si conocemos bien o mal, eso es harina de otro costal, porque incluso conociendo mal se conoce, y si en el error no estuviéramos pensando y conociendo nunca podríamos

³ Dicho sea de paso, en este suceso aparentemente tan trivial y soslayado, esa totalidad que es la identidad del juicio y el que juzga, arraiga la doctrina habermasiana de la acción comunicativa. Al fin de cuentas, si en el juicio se patentiza la verdad, ésta no es algo que ocurre simplemente, sino que yo quiero que ocurra y que me comprometo a que ocurra. La filosofía analítica redescubrió esta cualidad de los juicios mayormente olvidada y la llamó fuerza ilocucionaria, que es uno de los puntos de partida de Habermas.

corregirnos. Si no pensáramos, ¿cómo podríamos elaborar conceptos, juicios y razonamientos? El pensar es esa totalidad presente como totalidad en cada una de sus partes, un discreto Aleph en la corriente de la vida psíquica, y que además en su operar no remite a una ocurrencia ni a un suceso sino a un sujeto que está pensando.

Pero hablamos de corriente, que supone tiempo, aunque lo más misterioso del pensar es que, si es circular, en él, propiamente, no hay tiempo, lo cual refuerza y fundamenta los anteriores argumentos. Si el concepto simultáneamente es tanto aquello en lo que conocemos como lo conocido no hay, no puede haber, transición ni paso de una cosa a la otra. El pensar no es una *poiesis* sino una *praxis*, como dice Aristóteles. La *poiesis*⁴ es el hacer habitual, aquel que se distiende en el tiempo y concluye con obras, como hablar o hacer una casa. Ahora bien, hablar y haber hablado, o construir una casa y haberla construido no son lo mismo; en cambio pensar y haber pensado son lo mismo. No hay acto previo al pensar que no sea el mismo pensar⁵. Que lo pensado se realice en el tiempo, incluso que hoy piense exactamente lo contrario que ayer no quiere decir que el acto de pensar tome tiempo. En el acto de pensar comparece el pensar como un todo indivisible que siempre es pensamiento. A diferencia de la casa y el habla, el pensar no se construye ni se compone de nada que no sea pensar.

Todo esto, desde luego, no es ninguna novedad ni pretendemos ser originales, está dicho por una larga tradición que se remonta a los griegos y que corroboró Descartes. Como se recordará, este último halló dos ideas claras y distintas, el pensamiento o *res cogitans*, y el espacio o *res extensa*. El espacio es siempre extenso, la representación geométrica del mismo como la suma de puntos inextensos, del mismo modo que la representación del tiempo como la suma de instantes intemporales es un absurdo. Esto podrá ser todo lo útil que se quiera, y dar origen a ciencias muy respetables y reputadas, pero es metafísicamente inexacto. La extensión sólo puede salir de la extensión como el tiempo sólo puede salir del tiempo y no de nada que los preceda; por eso el espacio y el tiempo, como dice Kant, no son analizables sino intuitivos. Del mismo modo, el

pensamiento no puede derivar de ninguna otra cosa que no sea pensamiento⁶.

EL SÍMBOLO

Un signo no es un símbolo sino aquello cuya presencia remite a otra cosa, es decir, que está por otra. El humo, por ejemplo, es un signo del fuego. Basta verlo para pensar en lo que lo produce y que quizá no vemos. Jaspers dice que los signos pueden ser agotados con su traducción. El humo, en tanto que signo y no en tanto que cosa, es un signo del fuego y con él queda descifrado. El humo es un signo natural del fuego, pero también hay signos convencionales, como por ejemplo las palabras, que no están tanto por sí mismas como por lo designado.

En las culturas primitivas siempre existió el símbolo del centro del mundo, pero, ¿qué significa el centro del mundo? La realidad del centro del mundo está en el símbolo pero no hay nada fuera de él que remita a un centro del mundo, a no ser de un modo arbitrario. El símbolo no es un signo, por eso no habla de un centro físico del mundo, además eso no tiene ninguna importancia. Por poner un caso, ¿qué ganaríamos sabiendo con toda precisión y seguridad científicas que tal centro se encuentra en el meridiano de Greenwich? ¿De qué nos serviría irnos a vivir allí? Por otro lado, no es descabellado designar éste, y éste es cualquier sitio, como tal centro, porque desde un punto de vista lógico el mundo ha sido representado como un círculo infinito cuyo centro está en todas partes. Por eso, aquellas gentes vivían legítima, cómoda, justificada, incluso lógicamente instaladas en el centro terrible, acogedor y real del mundo. Su lugar, su vida y su vivir eran aquel centro, no estaban

⁴ Ojeda C. *Naturaleza, verdad y apariencia*. Rev GU 2006; 2; 2: 144-147.

⁵ Una discusión sobre este asunto se puede leer en *Metafísica y lenguaje*, como también en *El enigma de la representación*, ambos de Alejandro Llano.

⁶ Es evidente que hemos argumentado en los términos de la filosofía griega. Sin embargo, éste también es un asunto del que trata la filosofía moderna, y particularmente Heidegger. Lo que este autor llama el haber previo, o su frecuente uso del "desde siempre", etc., apuntan en el mismo sentido. Si el *Dasein* es comprensor es porque desde siempre ya ha comprendido, pero el "desde siempre" aquí no significa eternidad, lo cual sería un absurdo, sino totalidad. Este es un asunto, a nuestro entender, fundamental en su obra, o por lo menos un modo de inteligirla. Por ejemplo, habla de la totalidad remisional, o hace un uso frecuente de lo *a priori*, que siempre es una totalidad, o supone empuñar la muerte propia como modo de alcanzar el *Dasein* la totalidad, etc. En otro trabajo quisiéramos desarrollar esta tesis analizando los argumentos de Heidegger y la original forma como articula totalidad y finitud de la vida humana.

esperando una vida centrada para un tiempo futuro ni tampoco fantaseaban ninguna utopía para alcanzarla, y si no hubieran experimentado aquello central del existir nunca se les habría ocurrido tal símbolo. Aparte la magia y la superstición, o el centro del mundo está en donde estamos y en lo que somos o no hay centro del mundo y nos disipamos en lo *sinfinito*⁷.

Un centro del mundo simboliza la vida plena y ascendente, y tal vida no es algo que podamos simplemente objetivar como una cosa, no es ese tipo de cosas que están “ante los ojos”; como decía Heidegger, es un modo de ser y existir. *Mutatis mutandis*, un pueblo que no crea vivir en el centro del mundo, o peor aún, que no crea que el mundo tenga un centro, simplemente está perdido, no encuentra su lugar en él ni se halla a sí mismo. No es que sea más racional ni más sabio, solamente carece de un norte. El símbolo dice solamente que aquellos que lo concibieron vivían indudablemente en él. Hoy se tiende a negar la realidad del símbolo o a degradarlo con interpretaciones extemporáneas. Los símbolos significan, pero aquello significado no es una cosa. Y aunque algunos se representan el centro del mundo como un árbol, una montaña o una cueva (la representación es siempre convencional y sobre todo fantástica e imaginaria), los símbolos no son signos porque no pueden ser traducidos como ellos.

⁷ Sinfinito es un término que emplea Jaspers, y aunque no tengamos certeza que él lo haya acuñado no lo hemos leído en ningún otro autor anterior ni posterior a él. Lo sinfinito designa lo que no es finito ni infinito, es decir, la mera enumeración o catálogo de las cosas del mundo, o de lo que acontece en el mundo, pero sin que contenga ningún objeto (finitud), ninguna idea (infinitud), ni tampoco ningún objeto finito que transparente lo infinito, de modo que aunque simula el pensar en realidad lo impide porque carece de totalidad. La misma idea de lo sinfinito, aunque no el término, la aplica Borges en otro lado a un autor de cuyas creaciones dice que son una colección de *símbolos, retruécanos y emblemas*, lo que también cabe aplicar a su propia obra. En el mismo sentido critica en el Aleph un *poema que parecía dilatar hasta lo infinito las posibilidades de la cacofonía y del caos*. El personaje al que enfrenta en este cuento pareciera ser su *alter ego*, de modo que el irónico juicio que hace acerca de su obra cae también sobre el Aleph, y con ello sobre todos los que alguna vez escriban de él: *Tan ineptas me parecieron esas ideas, tan pomposa y tan vasta su exposición, que las relacioné inmediatamente con la literatura; le dije que por qué no las escribía*.

Nuestra época, dominada por la tecnología, es muy pobre en símbolos, dice Jaspers⁸, y la humanidad puede que haya perdido, quizá para siempre, la vida de y en ellos. El personaje de otro cuento de Borges⁹, mientras esperaba el cumplimiento de su condena a muerte, confesaba que dos pasiones “ahora casi olvidadas” le habían permitido afrontar con valor y aun con felicidad muchos años infaustos: la música y la metafísica. La metafísica aspira a ver el mundo de un modo absoluto, por lo tanto no es una ciencia sino un símbolo, como el Aleph, pero en nuestra edad se presume de haberla superado aunque sin ella puede que se malogre toda otra simbología. ¿Cómo podremos conllevar sin metafísica, y por ende sin valor ni felicidad un tiempo cada vez más aciago y vacío?

Racionalizarlos es perder los símbolos, y, por lo pronto, en la psicoterapia, son tratados mayormente como signos. En la imaginación cifrada, que es su fuente, dice Jaspers que se refleja la existencia y el existir, que no son cosas “ante los ojos”; sino frutos de esa libertad que da la posibilidad de trascender la objetividad, de modo que la existencia y el existir son realmente inobjetivos, y como no pueden ser remitidos a ninguna objetividad son simbolizables. El hombre, agrega este autor, no es un ser dado sino regalado a sí mismo, no se conoce ni se reconoce en lo dado sino en lo que por medio de su libertad ha logrado y creado, o ha fracasado en el intento, todo lo cual es aprehendido en símbolos. Por eso, los símbolos y la mitología pueden ser contemplados y conocidos, y en tal caso sólo revelan las posibilidades en general de la vida humana, pero también pueden ser vividos, y en tal caso plasman la realización o el fracaso, actual y real, de una existencia particular.

La vida simbólica está en el simbolizar, y antes del símbolo, igual que en el pensar, no hay tampoco nada que le preceda. No se trata que el pensar verse sobre el pensamiento o los símbolos sobre simbología, ambos refieren a algo (y puede incluso que el símbolo sea más vasto que el mismo pensar que siempre concluye en símbolos; quizá el pensar, que conduce inexorablemente a la metafísica, no sea más que otro símbolo), de lo que se trata, decíamos, es que en el pensamiento el pensar está siempre presente como un todo del mismo modo que en el símbolo el simbolizar está presente como un todo. Ahora bien, puede que no haya ningún pensamiento que contenga a todos los pensamientos,

⁸ Jaspers K. *La situation spirituelle de notre époque*. Desclee de Brouer, Paris, 1952.

⁹ *Deutches Réquiem*, en El Aleph, *óp.cit.*

pero quizá hay un símbolo que contiene a todos los otros símbolos: la cruz¹⁰.

La cruz no pertenece a una religión en particular. Antes que en el cristianismo se la encuentra en China, Egipto, Creta, la India, etc. Junto con el círculo, el centro y el cuadrado es uno de los cuatro símbolos fundamentales, pero es el que establece la relación entre ellos y por ende es el que los dota de unidad. Desde un punto de vista iconográfico, en el cruce de sus líneas está el centro, y en su periferia se inscriben tanto el círculo como el cuadrado. Pero a diferencia de ellos no está cerrada en sí misma sino abierta sobre todos los puntos imaginables, generando, al mismo tiempo, la izquierda y la derecha, lo alto y lo bajo. Como el cuadrado, la cruz reposa en la tierra y simboliza el asiento del hombre en el mundo, pero a diferencia de él asciende también, como el árbol de la vida, sobre una altura ilimitada. Por último, hay también en ella dinamismo y movimiento, todos sus extremos están proyectados y son proyectables hacia el infinito. En el diccionario se dice que en ella están inscritos los símbolos que contienen la orientación y actividad existencial total del hombre con sus dimensiones animal, espacial, temporal y trascendente, cumpliendo una función de síntesis, de cordón umbilical que une y lleva al núcleo original y existencial a todo los otros símbolos, de modo que resulta ser el más universal, el más totalizante, y como un Aleph, el que contiene a todos los otros aunque sólo sea uno de ellos¹¹.

EL ESTUDIO DE LA INTELIGENCIA COMO FRACASO DE UN ALEPH

Uno de los asuntos psicológicos donde la idea de totalidad es inevitable lo constituye la noción de persona, aunque para algunos, y no sin razones, éste no es, propiamente, un concepto psicológico. En todo caso, una investigación moderna, llena de tablas, mediciones, números, etc., quizá haya patinado del modo más lamentable por no tener *in mente* esto de la unidad de lo heterogéneo, que es el tema del Aleph, como tampoco la heterogeneidad de lo mismo, que es la otra cara de la moneda. La investigación a la que nos referimos es la desarrollada en relación con la inteligencia, a la

que se ha denominado con dos signos: G y E. Pero que frente a ellos no estamos ante signos reales sino ante círculos viciosos es evidente, porque cuando queremos nombrar la inteligencia la llamamos G y E, pero cuando queremos explicitar G y E los llamamos inteligencia, de modo que frente a esta formalización nos damos vueltas en lo mismo. En la tradición lógica tanto el círculo como la tautología mayormente son viciosos, porque pretendiendo decir algo en realidad no dicen nada. Para la tradición existencialista y hermenéutica, cuando ambos refieren a cuestiones existenciales pueden decir y dicen algo que no puede ser dicho de otro modo. Hay ciertos asuntos que son de suyo circulares, y no por ser tales pueden ser desechados sin más so pena de no entender nada de ciertas cuestiones. Pero allí donde un asunto es realmente circular, lo que cuenta, dice Heidegger, es saber cómo entrar y moverse en el círculo, no negarlo de plano.

En los comienzos del siglo XX la inteligencia¹² alcanzó gran difusión a través de los test que la medían. Prontamente, no obstante, aparecieron cuestionamientos, porque lo realmente medido se podía segregar en atención, sensación, percepción, juicio, razonamiento, memoria, movimiento, sagacidad práctica, etc. Pero frente a esta variedad, ¿cuál era y dónde estaba realmente la inteligencia? ¿Era sólo una palabra que carecía de un referente real pero que unificaba verbalmente una serie de funciones reales? ¿Cómo definir la inteligencia? Pues bien, tampoco se avanzó mucho en torno a esta última pregunta, porque por inteligencia se entendió la capacidad de adaptación en general, (aunque cada cual entendiera por adaptación una cosa distinta), o también la capacidad de adaptación a situaciones nuevas, o la conducta finalista exitosa, o el buen rendimiento escolar y la capacidad de aprender, o la potencia para adquirir destrezas, o la aprehensión de la verdad, o la unificación de la conducta, etc. Es curioso cómo después de todo este inútil torbellino, los investigadores más sensatos recurrieran, finalmente, a una definición tomada de la escolástica: inteligencia es la capacidad para el pensamiento abstracto.

Ahora bien, si la inteligencia en sentido monárquico, como la llama Spearman, fracasó inicialmente por sus ambigüedades y contradicciones, todavía era posible entenderla en un sentido oligárquico, es decir, como una serie de funciones y facultades discretas que podían medirse por separado. No obstante, si tomamos por ejemplo la capacidad o facultad de juicio, ha de

¹⁰ Chevalier J, Gheerbrant A. *Dictionnaire des symboles*. Seghers et Jupiter, París, 1973.

¹¹ En la matemática, la cruz es el signo de la primera y más importante operación: la suma que adiciona y totaliza. Y esto no es, no puede ser, ni gratuito ni una mera coincidencia.

¹² Spearman C. *Las habilidades del hombre. Su naturaleza y medición*. Buenos Aires, Paidós, 1955.

descomponerse en juicio práctico (donde caen la ética y la política), juicio teórico (donde caen la ciencia y quizá la filosofía), juicio estético, etc. Pero entre ellos, ¿dónde está realmente la inteligencia? ¿Es inteligente quien entiende bien la ética pero nada de ciencia, o más bien el científico que carece de ética? La inteligencia monárquica conduce a un retorno de la psicología de las facultades, que se pretendía superada, pero la oligárquica es una caída en lo infinito, donde ya no hay objetos ni ideas sino un perpetuo desmenuzamiento y catalogación que no parece poder concluir nunca ni en nada¹³.

La solución adoptada ante el panorama despejado por el desarrollo del concepto inteligencia, el reconocimiento de su constitución como una energía G, general, y de otra energía E, específica, o de motores específicos, a nuestro entender no es más que una solución verbal, quizá metafórica. Por lo pronto, es contraintuitivo pensar que alguien que posee una gran inteligencia para las matemáticas, por poner un caso, sea incapaz de entender de ética o de cualquier otra cosa¹⁴. Ocurre quizá que no le interesen éstos u otros temas, incluso que le disgusten, pero para explicar los logros y aciertos en algunos terrenos y las limitaciones y fracasos en otros no se puede apelar a la existencia, inexistencia o eventuales fallos de una enigmática energía G o E, o de los aún más enigmáticos motores específicos encargados de moverla, sino al sujeto entero o entendido como totalidad. Y tanto es esto así en la vida real, del mismo modo que podemos prestar atención al estímulo más débil a veces elegimos seguir el camino para el que estamos peor dotados, de modo que esas energías no mueven al sujeto, en todo caso es el sujeto quien las mueve a ellas¹⁵. Por otra parte, G alude a una totalidad y E a una parte, de modo que se da aquí la paradoja de que el todo y las partes son autónomos, ni el todo está en las partes ni las partes en el todo quebrándose la circularidad que los ata. Por último, ¿qué significa, científicamente, que la inteligencia sea una energía?

¹³ Cabe preguntarse si las clasificaciones de los DSM no adolecen de los mismos problemas.

¹⁴ Husserl, Jaspers y Heidegger iniciaron su andadura filosófica a través de la matemática, para la que estaban especialmente dotados. De allí quizá su vocación por los fundamentos y la claridad.

¹⁵ Una cosa es mostrar y otra demostrar. Que esta cosa sea o siga a esta otra es un mostrar, pero que sea o que siga necesariamente, demostrar. En sociología y psicología se toma a veces por demostración lo que no es más que mostración, de modo que es posible exhibir contra ejemplos reales.

¿Qué explican estas energías y motores? Aparentemente nada que no se pueda explicar sin ellas, porque para que puedan explicar algo debieran ser energías o motores inteligentes, de modo que lo que se pretende explicar, la inteligencia, entra como factor fundamental de la explicación¹⁶.

COMENTARIOS FINALES

La totalidad, para Kant, es una idea, un principio necesario y regulador del pensar pero no es ningún objeto conocido ni cognoscible; antes bien, lo conocido se muestra como escindido y no puede ser totalizado. Si tal es el caso, toda investigación sobre la totalidad siempre ha de fracasar; no obstante, sin postularla, aunque sea implícitamente, no podríamos pensar. Aquello que puede ser pensado pero no objetivado, y que por ende permanece objetivamente ambiguo, fluctuante e indeciso, a juicio de Jaspers es propiamente el terreno del símbolo, por eso son multívocos. Un Aleph es un símbolo, no tiene traducción objetiva en la realidad pero presta el gran servicio de poner la

¹⁶ Dice Miguel Espinoza en una carta al Círculo de Filosofía de la Naturaleza, que *“Para evitar malentendidos, pienso que lo primero y lo esencial en el campo de las cosas intelectuales es la calidad de la significación, de la intuición, de lo imaginario, y por lo tanto el interés de las metáforas y de los modelos, el resto sigue”*. ¿Pero qué es ese resto que sigue? *“Una metáfora, continúa nuestro autor, indispensable para la ciencia en sus momentos creativos (un momento ‘no normal’ en sentido kuhniano), es un símbolo absolutamente indispensable en tanto que fuente de significación, y esta significación, como la de todo modelo, es multívoca. Ahora bien, contrariamente a la afirmación de Borges, la metáfora es, en cierto sentido, asociable al modelo científico y no a la explicación científica. Un modelo es también, a su manera, una fuente de significación; es una caja de herramientas, un lenguaje para describir una situación. La metáfora, el modelo y la descripción preceden la explicación y la verdad”*. A nuestro juicio, de aquí se deduce que para Espinoza un modelo o metáfora se clasifica en significativa e insignificante, entendiendo por esto último lo que significa nada o naderías; el criterio de verdad, por otro lado, distinto del anterior de significatividad, sólo puede aplicarse a la ciencia y sus explicaciones. Pero, concluye nuestro autor, *“sabemos que esto implica un problema difícil de epistemología y de metafísica, a saber, cuál es la unidad de significación cognitiva que se compara con qué sector de la realidad (cómo recortar los símbolos, cómo recortar lo real). Esta unidad puede ser más o menos vasta: el concepto, la proposición (visión analítica) o el todo de una teoría (holismo)”*. A este listado quizá quepa agregar el Aleph.

discusión sobre las partes en torno a un centro de inteligibilidad. Para no perderse en las partes y falsear lo real, quizá sea siempre necesario, en la psicología, tener el contrapeso de un Aleph como forma de solventar ese problema epistemológico y metafísico del que habla Espinoza: cuál es la unidad de significación cognitiva que se debe comparar con qué sector de la

realidad, recortando los símbolos y lo real con propiedad, es decir, de modo que el todo esté intensivamente en las partes. En otro sentido, quizá quepa decir con Heidegger que el problema es cómo se relaciona lo que está "ante los ojos", las partes, con lo que no está ni puede nunca estar ante ello pero que es su totalidad real y determinante.

ENSAYO

PROMOVIENDO EL BIENESTAR DESDE EL COMIENZO. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CONDUCTAS PRO-SOCIALES EN NIÑAS Y NIÑOS

(Rev GPU 2013; 9; 3: 251-253)

Claudio Araya¹

En este breve ensayo se presentan algunos de los recientes estudios sobre conductas pro-sociales y altruismo en niñas y niños, los cuales están abriendo el debate sobre lo primario de conductas éticas en bebés y sobre el carácter transcultural de los resultados. A la luz de los hallazgos, el presente ensayo defiende la tesis de la existencia de una actitud de bondad y generosidad primaria, que estaría al servicio de la supervivencia del individuo y de la especie; además, se defiende la relevancia de desarrollar acciones preventivas psicoterapéuticas, que permitan que estas habilidades se sigan desarrollando a lo largo del ciclo vital. Estos estudios estarían dando un sustento empírico a intervenciones que promuevan la empatía, la compasión y la atención plena (*Mindfulness*), tanto en niños como en la interacción niños-cuidadores y en los cuidadores mismos.

En el año 2011 la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas aprobó por unanimidad de sus miembros su resolución A/65/L.86., donde se reconoce que la búsqueda de la felicidad y el bienestar son un objetivo humano fundamental e identifica su promoción como una de las claves para un desarrollo sustentable y armonioso en el siglo XXI. A partir de esta resolución, adquiere una mayor relevancia la comprensión y el estudio psicológico y científico del bienestar, que aporte evidencia sobre el modo de promoverlo y

que sea concordante con lo propiamente humano, que sea sustentable y que, además, pueda ayudar a hacer frente a los desafíos y dificultades de la vida moderna.

El bienestar en este contexto no puede ser entendido sólo como una búsqueda individual y hedonista por satisfacer las propias necesidades, sino más bien, se requiere de una comprensión amplia y contextualizada, que incluya y promueva el bienestar de los otros.

Hoy en el planeta existe una enorme diversidad de “realidades” culturales y subculturales. Algunas

¹ Psicólogo Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile; Docente Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez; Estudiante Doctorado Investigación en Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile-Universidad de Chile-Universidad de Heidelberg. carayav@gmail.com

regiones poseen un elevado nivel de desarrollo industrial, científico, educacional y tecnológico, mientras que otras zonas (la mayoría densamente pobladas) siguen viviendo en condiciones de pobreza, olvido y vulnerabilidad, tanto biológica como psicosocial. Así como existe una amplia gama de realidades culturales, no es menos cierto que como habitantes del planeta nos vemos enfrentados a desafíos comunes, las crisis económicas y ecológicas, además de los negativos y crecientes indicadores de salud mental (presente al menos en la mayoría de los países desarrollados o en vías de desarrollo).

Todo lo anterior hace imprescindible adoptar una perspectiva transcultural del estudio del bienestar, indagando sobre cuáles son las características comunes y diferenciadoras en nuestra naturaleza y cuáles nos pueden aportar a una mayor felicidad. En este contexto, una contribución relevante la está llevando a cabo una serie de investigadores que se han abocado a la comprensión del altruismo y las conductas pro-sociales en niñas y niños,

La evidencia de estas investigaciones indica que desde muy pequeños los niños tienen la capacidad de manifestar conductas altruistas y pro-sociales. Hamlin, Wynn y Bloom (2009) y Yamaguchi, Kuhlmeier, Wynn y Van Marle (2009) presentaron una tarea social a niños de entre 6 a 10 meses, en un diseño experimental que utilizaba un teatro de marionetas y en el que aparecían una colina y una figura de un círculo tratando de subir esta colina, un triángulo ayudaba al círculo a subir, mientras que en una segunda escena un cuadrado obstaculizaba que el círculo subiera. Luego se le pedía a los niños que habían observado la escena que eligieran entre dos figuras: El triángulo (figura ayudadora) o el cuadrado (figura obstaculizadora). Los resultados en la gran mayoría de los casos mostraba que los niños eligieron a la figura que había realizado la conducta pro-social, mostrando así cómo desde muy temprana edad los bebés muestran una preferencia por conductas pro-sociales. Otros estudios, como los de Warneken y Tomasello (2006) con niños de alrededor de 18 meses, demuestran la presencia de conductas altruistas sin que esto tenga un interés particular en obtener beneficios; además Warneken, Hare, Melis, Hanus y Tomasello (2007) hablan de un altruismo espontáneo, entendiéndolo como una actitud y conducta de ayudar a un otro, previo a las diferenciaciones culturales.

Para apoyar la hipótesis de que esta conducta es muy primaria, las investigaciones también incluyeron en las situaciones experimentales a chimpancés y en ellos también observaron conductas altruistas, mostrando que este tipo de acciones parecen ser parte de

las conductas naturales de los mamíferos. Warneken, Lohse, Melis y Tomasello, (2011) más recientemente llegaron a postular que las conductas de cooperación forman parte de las bases filogenéticas y ontogenéticas de los mamíferos.

Resulta interesante destacar que los anteriores descubrimientos se complementan con la tesis desarrollada por Heidi Keller (2007) sobre la existencia de un conjunto de conductas parentales (tales como el cuidado primario, el contacto corporal, la estimulación del cuerpo y objetos, el intercambio cara a cara y un modo particular de desarrollar una narrativa) que conforman un repertorio universal de conductas e interacciones que los cuidadores despliegan en favor del desarrollo del niño. Con los descubrimientos de las conductas de cooperación en niños se hace más claro el otro lado de la moneda, queda en evidencia que existe un sistema complejo de interacción cuidadores-hijos, donde ambos co-crean y promueven el cuidado y la protección mutuos.

Estos estudios y muchos otros parecen contravenir las creencias más tradicionales sobre la infancia, que describen al niño como un ser egoísta, demandante y despreocupado de su medio.

Considerando lo descrito por Keller (2007) que el niño nace inmaduro cerebralmente, donde a los 6 meses de nacido recién tiene el 50% de su peso, a los 2 años el 75% y a los 10 años el 95%, resulta más relevante aún destacar que las conductas pro-sociales en niñas y niños parecen formar parte del cerebro primitivo; siguiendo la teoría del cerebro triuno de MacLean (Leodoux, 1999) las conductas de cooperación en niños formarían parte del desarrollo evolutivo del cerebro reptiliano y límbico, antes que de la neocorteza, o dicho de otro modo, las conductas de altruismo y cooperación primarias están más asociadas a los instintos y las emociones básicas, que a los aprendizajes del medio.

Aun cuando estas investigaciones se han realizado en un contexto cultural occidental, podrían estar demostrando que la cooperación es una característica constitutiva o al menos muy primaria de la naturaleza humana, sobre la cual se podría ir configurando una noción de bienestar amplia y transcultural, quedando aún pendiente el desafío de replicar esta línea de investigación en otros contextos culturales.

El estudio de las conductas altruistas y pro-sociales en niños podría abrir las puertas a comprender de mejor modo el bienestar natural de los seres humanos y a buscar buenas prácticas para promoverlo o, dicho de otro modo, más que aprender a ser buenos, podemos aprender a re-descubrir y promover la bondad que cada niño ya posee.

Ante la complejidad de la vida moderna (y las dificultades que trae asociada, por ejemplo los altos niveles de depresión, estrés, etc.), una respuesta efectiva y sustentable puede estar más cerca de lo que pensábamos, quizás esté en promover el altruismo que ya tenemos y en incentivar las conductas pro-sociales en los niños. Quizás más que “aprender a ser buenos y cooperativos”, lo que parece estar mostrándonos esta nueva línea de investigación es que tenemos que “redescubrir nuestra natural bondad”.

Si lo miramos desde una perspectiva social, el primer paso para construir una cultura del bienestar (tal como lo pide la resolución de las Naciones Unidas) esta en reconocer este altruismo primario, y luego de reconocerlo, ampliarlo, promoverlo, enseñarlo, cultivarlo, buscar buenas prácticas que permitan que se desarrolle. En este altruismo primario están las semillas de un nuevo bienestar y de una nueva manera de relacionarnos, que honre nuestra diversidad cultural y que al mismo tiempo celebre lo que nos une.

REFERENCIAS

1. Hamlin JK, Wynn K, Bloom P. (2008). Social Evaluation by Pre-verbal Infants. *Pediatric Research*, 63, 3, 219
2. Keller H. (2007). *Cultures of infancy*. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates
3. LeDoux J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Planeta
4. Naciones Unidas (2011). *United Nations resolutions: Series 1, Resolutions adopted by the General Assembly*. Recuperado el 24 de Marzo del 2013, de <http://www.gnhusa.org/wp-content/uploads/2011/07/UN-Resolution-on-Happiness-Measures-7-13-2011.pdf>
5. Warneken F, Tomasello M. (2006). Altruistic helping in human infants and young chimpanzees. *Science*, 311, 1301-1303
6. Warneken F, Hare B, Melis AP, Hanus D, Tomasello M. (2007). Spontaneous altruism by chimpanzees and young children. *PLoS Biology*, 5(7), 1414-1420
7. Warneken W, Lohse K, Melis AP, Tomasello M. (2011). Young children share the spoils after collaboration. *Psychological Science*, 22(2) 267-273
8. Yamaguchi M, Kuhlmeier VA, Wynn K, Van Marle K. (2009). Continuity in social cognition from infancy to childhood. *Developmental Science*, 12, 5, 746-52

REVISIÓN

INTRODUCCIÓN AL ENEAGRAMA: UNA CONTRIBUCIÓN A LA INTEGRACIÓN DE SÍ MISMO. SEGUNDA PARTE

(Rev GPU 2013; 9; 3: 254-262)

Rodrigo Brito¹

El presente trabajo pretende sintetizar lo que, en mi opinión, representa lo medular de la sabiduría contenida en el Eneagrama en cuanto herramienta psicoterapéutica. Su propósito fundamental consiste en proporcionar al lector una oportunidad para llevar a cabo una experiencia de autoconocimiento que acaso pueda contribuir al desarrollo de un mayor bienestar personal, así como en el modo en que establecemos nuestras relaciones interpersonales. En esta primera parte se abordarán algunos aspectos teóricos del Eneagrama en cuanto a su sentido y en cuanto herramienta psicoterapéutica. Además se llevará a cabo una descripción relativamente detallada de cada eneatispo en relación con sus motivaciones básicas en cuanto fundamento de sus respectivos modos de estar-en-el-mundo cotidianamente. Queda para la siguiente publicación la segunda parte de este trabajo, relativa a los subtipos eneagrámicos, así como a una reflexión acerca del fenómeno de la integración y de la integridad humana como meta del trabajo psicoterapéutico desde esta perspectiva. Demás está decir que recomiendo sinceramente el trabajo personal basado en esta herramienta, especialmente a través de la experiencia de los programas SAT creados por Claudio Naranjo.

LOS SUBTIPOS DEL ENEAGRAMA

Eneatispo IX

Subtipo conservación: apetito. Llena el vacío interior, la falta de identidad propia, con comidas, viajes, trabajo, narcóticos, etc. Físicamente son los más

redondeados y socialmente los menos bonachones y los más enojones. Son más explosivos, egoístas, menos dispuestos a los demás, no les interesa tanto ser reconocidos. Son como elefantes enojados.

Subtipo social: participación. Es el anti-IX. Necesita sentir que forma parte de un grupo. Está disponible para los otros, para el grupo, no para los individuos.

¹ Psicólogo y filósofo de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Director del Centro Umbrales (www.centroumbrales.cl). E-mail: rbritopastrana@gmail.com

Necesita sentirse tomado en cuenta. Son los más energéticos. De conversaciones largas, pero no para defender una posición, sino para mantener la relación, por temor al abandono. Cuidadores de los demás. Joviales, alegres, bonachones. Más bien femenino. El gordo buena onda.

Subtipo sexual: simbiosis o unión. Existe en la medida en que el otro existe, al punto de perder su propia identidad (confluencia). Se pierden a sí mismos para ser aceptados por el otro ("lo que tú quieras"). Renuncia a sí mismo. Carácter masoquista. Es el que presenta la más baja sensación de sí mismo, siendo (a la vez) el más dulce. Se deprime profundamente cuando el otro ya no está. Necesita ser cuidado. Como la rémora del tiburón.

Eneatipo VI

Subtipo conservación: calor. Es al que más se le nota el miedo, el más tímido, inseguro y ansioso. Busca protección. Su energía genera una sensación de calor, despertando ganas de acogerlos. Es muy dependiente y sensible. Tiende a padecer el "síndrome de Estocolmo"; se identifica con el agresor y llega a pensar que "se lo merece".

Subtipo social: deber. Lo más importante aquí es cumplir, ser bueno, no fallar, no equivocarse, pues hay mucha culpa y temor al castigo. Carácter rígido, de muchas reglas, paranoide e hiperracionalizador. Necesita manuales e instructivos, así como autoridades a las que obedecer. Tiene una relación ambivalente con la autoridad, la obedece pero la cuestiona. Puede ser muy obediente y sumiso, así como un tirano cuando ejerce él mismo un lugar de autoridad. Muy estructurado y anticipativo, al punto de perder demasiada espontaneidad. Se hace muchas expectativas. Muy fiel, muy justiciero, siempre por temor a ser castigado. No se conecta con su rabia. Se tragó un policía.

Subtipo sexual: contrafobia. Es el anti-VI. Hace frente al miedo asumiendo riesgos y yendo contra el miedo. Arranca para adelante. Va al choque, es adrenalínico, como si en cada situación de miedo se demostrara a sí mismo que no es un cobarde. Es el más fuerte de los VI, no se le nota el miedo. Se nutre de las confrontaciones, pues así defiende su identidad. Le cuesta conectarse con sus emociones. Fuerte conflicto con el padre. En las mujeres, se da el tipo de mujer-amazona, guerrera, más bien masculina.

Eneatipo III

Subtipo conservación: seguridad. Es el anti-III. Se trata de la vanidad de no ser vanidosa. No pone interés en su

físico. Se orienta a hacer las cosas eficientemente, con el fin de ganar reconocimiento. Muy perfeccionista (= E I). Le molesta mucho que la llamen "superficial!". Su energía está puesta en la supervivencia. Suele ser buscada como consejera. Es la más confrontacional de las III, pone sus límites y es muy territorial.

Subtipo social: prestigio. Buscan permanentemente seducir al grupo, conquistarlos a todos. Se producen, quieren ser vistas. Suelen tener sus agendas completas, llenas de reuniones sociales. Simpáticas, exististas. No les gusta pasar desapercibidas. Energéticas, incansables, llamativas. Se llevan bien con todo el mundo, pero para aparentar. En el fondo son elitistas y selectivas. No son espontáneas, no improvisan. Saben un poco de muchas cosas. Interesadas en el dinero, el poder y el estatus. Creen que lo que ellas tienen es lo mejor. Se echan flores.

Subtipo sexual: sexapil, atraktividad. Motivada por conquistar a ese en particular. La vanidad está puesta en el cuerpo. Quiere ser vista con admiración, pero sin deseo ("mírame, pero no me toques"). Compulsión por comprar ropa. Mujer fría y calculadora. Es la que más finge, sobre todo en lo sexual. Camaleónica, se adapta al contexto para conseguir lo suyo. Tiene pánico de envejecer. Apariencia de niña, confusa, expresiva. Vive imaginando que la miran.

Eneatipo I

Subtipo conservación: preocupación. Es el anti-I. Es el más perfeccionista. Le cuesta contactarse con el juego, la risa y el placer, incluida la sexualidad y la diversión en general. El niño interior está dormido. Es al que menos se le ve la ira, pues está muy transformada en bondad y dulzura. Expresa la agresión en forma sutil, barnizándolo con buenas intenciones. No expresa su enojo ("te lo digo por tu bien"). No se permite sentirse vulnerable. No se le ve tan firme. Le cuesta relajarse. Jode "para callado". Poco dado al descanso, al relajarse, al tiempo de ocio. No se toma vacaciones. Suele refugiarse en el trabajo.

Subtipo social: rigidez o desadaptación. Es el más aristocrático de los I. Va por la vida con aires de superioridad. Mira desde las alturas. La ira se transforma en perfección. Siempre tiene la razón. En tensión permanente, exige al extremo, llegando a agotar a quienes están a su lado. Todo tiene que hacerse a su modo ("perfecto"). No se contactan con su sufrimiento ni con sus dificultades. Tiene la sensación de que ya llegó a la cúspide, de que no se puede estar más arriba. Suele irle bien en lo económico. Es el más duro e imponente de los I (= E VIII).

Subtipo sexual: celo o vehemencia. El más enérgico y manifiestamente enojón. Sufre mucho por su

doble moral, muy culpógeno. Presenta un gran deseo sexual, el que es censurado con dureza. Es el más autocrítico de los I. Vive confrontando a los demás y en un intenso conflicto interno. Tiende a ser avasallador y muy territorial. Físicamente delgado, recto, duro, de quijada apretada. Se tragó un palo de escoba.

Eneatipo IV

Subtipo conservación: tenacidad. Es el anti-IV. Es un carácter muy esforzado que en lugar de quejarse va en búsqueda de lo que el mundo (supuestamente) le debe. No pide ayuda, aguanta el sacrificio. Todo lo hace por esfuerzo propio, nadie lo hace por él. Lo que surge de la voluntariosidad tiene un sabor más dulce. Carácter más seco y árido que los demás IV. No necesita nada, pues no quiere depender de nadie. De actitud estoica, sufre calladamente. Aguanta el maltrato, pero cuando se aburre es definitivo.

Subtipo social: vergüenza. Es el tipo más sufrido. Vive comparándose con los demás y siempre sale perdiendo. Autoconfirma constantemente su poco valor. Es el más quejumbroso y autodestructivo. Proclive a hacerse cortes e intentos suicidas. Lloro y grita con espectacularidad. Tiene la sensación de que no puede entrar en los grupos, en los que suele proyectar su automenosvalía, avergonzándose. Apegado al sufrimiento, goza en el dolor y vive en una nostalgia infinita. Se avergüenza de ser quien es. Ávido de amor, se atormenta pensando que lo obtiene por lástima. Extremadamente culpógeno. Se siente culpable por todo lo que ocurre alrededor. Guarda la secreta esperanza de recibir algo a cambio de su sufrimiento.

Subtipo sexual: odio. Es el tipo más insufrible e insoportable de los IV (= E VIII). Evita la envidia intentando eliminar el objeto que se "la produce". De pensamiento vengativo, maquiavélico y premeditado. Asume aquel viejo refrán según el cual "la venganza es un plato que se sirve frío". Abiertamente rabioso, intenso y justiciero. Tiende a devaluar a los demás, provocándolos. Muy inestable y con mucha fuerza, suele hastiar a los demás. Descontrolado. Puede ser muy divertido, pero le dura poco. Muy competitivo, se hace notar en un grupo. Es el típico frustraterapeuta.

Eneatipo II

Subtipo conservación: privilegio. Es el anti-II. Es el subtipo al que menos se le nota el orgullo. Siente que tiene el derecho a ser cuidada, que se lo merece. Evita crecer para que la traten como princesa. De actitud infantil y atmósfera de niñez eterna. Hace las cosas sólo si se le

antoja, manipulando con berrinches. El precio consiste en mantenerse niño(a) y no madurar. Se muestra más débil y necesitada de protección que los otros subtipos II (= a E VI). Se siente privilegiada. Se acerca al poder y a lo que ella considera autoridad. Es encantadora, pero desde la dulzura no desde lo felinezco. Sutil e interesante, hace lo que quiere con un aire de irresponsabilidad. Sólo asume responsabilidades en las cosas que encuentra interesantes. Es la menos libre y la más dependiente de los subtipos II. Se siente humilde. Este subtipo esconde el peligro de la egosintonía, es decir, que la persona se siente bien con su carácter. Le viene bien una depresión.

Subtipo social: ambición. Seduce a la masa, se infla demasiado. Se le nota mucho el orgullo, anda por la vida sintiendo su grandeza y el llamamiento a hacer algo especial. No se conforma con una persona. Es la más intelectual y más femenina. Busca el conocimiento intelectual, pero para seducir a las masas, para ser reconocida por todos. No respeta límites, se vuelve invasiva. Quiere el reconocimiento del que está en el poder. Es como una planta trepadora, está donde quiere y avanza en forma devoradora. Aparenta un desinterés y una servicialidad al otro. Prefiere misiones que tengan que ver con la humanidad en general más que con los suyos.

Subtipo sexual: seducción. Hay una pasión por ser eróticamente irresistible. Necesita y busca permanentemente la mirada seducida del otro para confirmar su irresistibilidad. Es la "femme fatal". Seduce para nutrirse, para dominar al otro, sin importarle (en verdad) el objeto amoroso. Le interesa experimentar su poder. Se cansa y da mucho trabajo a la pareja. Lo importante es la conquista, no el otro, con mucho erotismo y sensualidad. Se lo toma como un reto. Muestra una sexualidad devoradora, intensa, fogosa. Seduce individualmente y en forma sucesiva. Es incapaz de quedarse, prefiere pasar a otra conquista. Sobreprotectora con la pareja. Lo emocional y mantener alta la energía es lo más importante. Reconocer su intensa necesidad de amor la conecta con una humillación intolerable. Necesita (inconscientemente) que la necesiten.

Eneatipo VIII

Subtipo conservación: satisfacción. Es el más duro de todo el eneagrama. Como si tuviera una piel de rinoceronte. Es miope, se lanza contra cualquier cosa que se mueva. Pasa por encima de cualquiera. Es el representante más contundente e hipertrofiado de su género. Toma lo que necesita, sin escrúpulos ni culpa. Es decidido e insensible. Suele hacer pactos de sangre, teniendo

más bien cómplices mafiosos, esclavos o enemigos, antes que amigos auténticos. Le irrita terriblemente la debilidad. Animal de presa, no soporta la frustración. Es despiadado. Violan los derechos de los demás y a los demás. Muy sexualizado genitalmente. Una persona antisocial que suele ser rechazada socialmente.

Subtipo social: complicidad. Es el anti-VIII. Al que menos se le nota la lujuria. Le importa lo social, son lobos disfrazados de corderos. Es un buen líder y puede tener buenas intenciones. Orientado a las alianzas pandillezas basadas en una fuerte lealtad. Parece más bueno, carismático y atractivo que los otros subtipos del VIII. Protector de los suyos, que no necesariamente son los de su sangre (el padrino).

Subtipo sexual: posesión. Muy territorial. Se apodera del otro, llega a ser un tirano con su pareja. No tiene límites. Tienen cierto carisma sexual. Muestra una energía animal e instintiva. Es el que está más cercano a la psicopatía. No tiene tabúes sexuales, desfachatado, cara dura, muy posesivo sexualmente (ley del embudo). Puede aparecer dulzón, pero en el fondo es muy violento e hiper-masculino.

Eneatipo V

Subtipo conservación: castillo o cueva. Está mucho más tiempo adentro, en sus pensamientos abismales, que afuera en el mundo. Tiene una sensación de máxima escasez, derivado de una carencia de amor materno y de una infancia pobre en afectos. Tiene grandes dificultades para establecer vínculos con la gente. Es el más marcadamente V. Preocupado de no gastarse, se encierra y retiene todo lo que tiene. Se aísla, se esconde, espera poco, se da muy poco. Se encierra en su castillo, no tiene problemas con no ver a nadie. Ahorra hasta la voz. Es como un caracol o un molusco. Muy orientado a los libros y al aprendizaje en general. No se ve a él mismo. Se siente cómodo en el mundo de las ideas, pero se siente inadecuado, como de otro planeta. Le cuesta estar en pareja y en grupos.

Subtipo social: tótem. Amante del conocimiento, se tiene que subir a mundos extraordinarios para estar a gusto. Puede ser un gran profesor y estar en grupos, pero necesita retirarse cada cierto tiempo. Sabe mucho, pero entrega de a poco, necesita que lo estrujen. Le cuesta extremadamente lo cotidiano al punto de no hablar de ello. Va empobreciendo su vida por entrar en un mundo tan abstracto. Prefiere hablar "sobre" las cosas en lugar de tener una experiencia directa de ellas. Hay una carencia de lo humano, en el sentido de relegar el placer y el disfrute. No da demasiado. Siente rabia, pero no se contacta con ella. Cuando la logra expresar

es como el estallido de una bomba. Hay un profundo anhelo de tocar su furia. Retrofecta la rabia, volcándola sobre sí mismo. Esta rabia brota de la contradicción entre anhelar amar y no poder salir de sí mismo. Tiene miedo a perder el control. La tristeza también se la vive hacia adentro. Elabora lentamente lo emocional. Tiene que ser adivinado, dando por supuesto que el otro tiene una bola de cristal.

Subtipo sexual: confianza. Es el anti-V. Al que menos se le ve el retraimiento. Le cuesta confiar en que esa persona que está a su lado es su pareja. Desea tapar su soledad con alguien. Le viene la duda de que puede haber otra mejor. Necesita que lo comprendan. Sensación de carencia que lo mueve a buscar. Es muy sensible en el fondo. No termina de encontrar a la pareja definitiva. Le cuesta mucho el arraigo y el quedarse. Pide más de lo que da. Es el más atormentado de los V, pues no encuentra. Muy intenso y sensible en relaciones yo-tú. Cree que los otros lo pueden adivinar. Es el subtipo V al que más se le nota la emoción, es más expresivo. Se mueve en la dialéctica de acercarse y alejarse. Pone a prueba a la pareja sin decirle.

Eneatipo VII

Subtipo conservación: familia. La sangre lo tira, así como aquellos a los que él considera como su familia. Compulsión por acumular para la familia. Generoso en lo material, desprendido, de lazos cálidos, práctico, astuto para los negocios, aunque sin muchos escrúpulos. Se parece al E VIII en su sombra. Oportunista. Su generosidad forma parte de una estrategia por alcanzar su beneficio. Maquiavélico. Se toma la vida a la ligera. Derrochador, gastador, tramposo. No suele ser pobre, pues le sale fácil hacer dinero. Es el más eróticamente sexual de los subtipos VII y el más orientado a la conquista. Le cuesta mantenerse fiel. Huye del compromiso, costándole poner el corazón. Suele ocultar sus engaños.

Subtipo social: sacrificio. Es el anti-VII. Se le ve poco lo VII. El menos chistoso y de payaseo. Desea ser bueno, casi santo. Servicial, establece relaciones con facilidad y con todo el mundo. Es leal y fiel. Tiene carisma, cae bien. Tiene una actitud contraria a los placeres de los sentidos, ya que cree que éstos pueden desviarlo de su camino. Conciliador. De los VII, es el que puede sentir culpa y remordimiento. Participa en muchas cosas y quiere ser aceptado por todos ("nunca queda mal con nadie"). Hace múltiples actividades, pero dura poco. Es seductor. Se pasea por todas partes, lo prueba todo, necesita límites. El día se le hace demasiado corto. Por medio de este buen humor y esta frenética actividad

busca atraer cariño, ya que perdió el paraíso original. Le cuesta tocar la rabia. Carácter dulce y carismático.

Subtipo sexual: sugestionabilidad. Es al que más se le nota lo VII. Es un encantador encantado. Le encanta encantar y termina encantándose de su encantamiento. Es el más chistoso, bromista y charlatán de los VII. Inoportuno, habla mucho, de risa fácil y muy orientado al placer. Le vende la pomada a cualquiera. Engaña y se autoengaña orientado hedonísticamente. Fraudulento, tramposo y racionalizador, se autojustifica permanentemente. Muy jovial, pero puede saturar y hostigar. Incansable, no necesita mucho tiempo para recargar las pilas. Anímicamente ciclótico. Siempre quiere más. Siempre piensa en otra cosa. De ahí que le cueste mucho trabajo permanecer en el presente. Se enamora de la fantasía. No termina las experiencias. No puede sostener el placer. Desea el deseo. Huye de la frustración y del dolor. Es hiperactivo, no apasionado. Su arma principal es la lengua, la palabra. Aprende de cualquier cosa.

EL ENEAGRAMA COMO UN CAMINO HACIA LA INTEGRACIÓN

Una vez presentadas las sutiles y profundas descripciones que nos ofrece el Eneagrama por cada eneatispo y subtipo de personalidad, estamos en condiciones de comenzar a reconocer en nosotros mismos cuáles son nuestras emociones básicas predominantes (rabia/ira, tristeza/angustia de separación o miedo/ansiedad), así como nuestras motivaciones fundamentales (pasiones y fijaciones) y el modo en que la propia instintualidad enfoca nuestra atención e impulsa nuestro actuar en una determinada dirección en el mundo (conservacional, social o sexualmente). Reconocer estas motivaciones y modos de ser profundos, más allá de nuestro comportamiento explícito, significa “dar con mi eneatispo” y estar en condiciones de comenzar a andar un camino personal y muy real de y hacia la integración. En este apartado quisiera bosquejar algunas líneas respecto de cómo podemos entender este proceso llamado “integración”; además de ensayar algunas propuestas acerca de cómo se puede forjar y trabajar a partir del propio eneatispo un camino concreto que nos permita ir integrándonos conscientemente. Demás está decir que lo que sigue no pasa de ser algunas ideas sueltas y generales que no pretenden siquiera ser una guía, sino más bien una provocación a que cada cual piense, cree y realice un camino, su propio camino.

El fenómeno de la integración es seguramente una de las experiencias cruciales de todo proceso psicoterapéutico, así como de toda ética y de todo camino

espiritual y religioso. En una época como la nuestra en que, además, nos enfrentamos a una verdadera moda de “lo integral” en la que la integración es una promesa lanzada al aire desde cualquier lugar y, en general, como un slogan vacío que no significa nada preciso, me parece importante, incluso urgente, pensar este asunto. La perspectiva del Eneagrama, en mi opinión, nos sirve como una plataforma especialmente rica, compleja y amplia para llevar a cabo dicha meditación. Lo primero que quisiera decir es que la integración supone (siguiendo en esto a C. G. Jung) hacer una distinción entre totalidad y bondad. Nuestra cultura greco-cristiana nos ha acostumbrado a creer que el máximo de realización de una persona radica en su grado de bondad, en ser una “buena persona”. Ya en Platón encontramos que la idea de Bien es la idea suprema que orienta e ilumina la vida del hombre sabio, para no explayarnos en la explícita apología neotestamentaria de la bondad en expresiones como “ofrecer la otra mejilla”; “las ovejas del Señor”; “amar a nuestros enemigos” y, en general, la idea según la cual “el reino de los cielos es del hombre bueno”. La bondad se relaciona con un cultivo explícito de atributos positivos relativos al amor y a una actitud pro-social y a una represión o sublimación de los aspectos negativos (odio, deseo sexual, egocentrismo, etc.) entendidos como vicios, pecados o psicopatologías que debieran ser extirpadas, como quien extirpa un tumor cancerígeno de un organismo en general sano. Junto con esta visión unilateral del bien y la bondad hay una exaltación de estados anímicos como la culpa o el arrepentimiento, como caminos para salir del mal y entrar al bien. Lo que quiero decir es que la defensa de la bondad implica, necesariamente, entrar en el dualismo bien/mal y, por lo tanto, en una lucha espiritual infinita y poco fecunda que lleva a una vida conflictiva y, como decía Nietzsche, a un debilitamiento del propio ser. Por supuesto que en los siglos en que esta visión ha predominado ha habido bellos y nobles frutos, aunque, en mi opinión, con una cuota excesiva y casi enfermiza de sufrimiento y de sacrificio.

La totalidad, por su parte, o mejor dicho: el proceso de totalización que representa la integración tiene una pretensión no-dualista e inclusiva y, por lo tanto, más abarcadora. Ir volviéndome más total (íntegro) incluye el ser bondadoso, pero lo trasciende hacia diversos e indefinidos aspectos de la existencia tanto positivos como negativos, tanto de “las alturas” como de “los abismos”, por así decirlo. En este punto hay al menos dos temas relevantes que a mí me dan qué pensar. El primero tiene que ver con el desarrollo de la conciencia y su nivel de comprensión de la realidad en su totalidad. La integración supone un camino de toma de con-

ciencia gradual en la que ésta se va volviendo cada vez más abarcadora, luminosa, acogedora y simple. Wilber distingue esta conciencia adulta que requiere de un esfuerzo espiritual hacia una dimensión trans-personal de aquella conciencia con la que nacemos cuando aún somos unos infantes que es pre-personal. Lo que tienen en común es la experiencia de totalidad y unidad entre el sí-mismo y el mundo; sin embargo, se distinguen radicalmente ya que en el primer caso no hay diferenciación y, por tanto, tampoco conciencia en un sentido pleno, mientras que en el segundo caso la conciencia comprende distinciones, decide en medio de ellas, siendo capaz de ver la urdimbre con la que todo está tejido. Pasar de la indiferenciación hacia la diferenciación significa entrar en una vida personal (he aquí la meta fundamental de la infancia hasta más o menos los siete años), en cambio, pasar de esta diferenciación (de una manera particular de sentir y comprender el mundo) a una conciencia de la unidad radical de la realidad significa despertar a una conciencia lúcida que es capaz de reconocer su propia naturaleza y, por lo mismo, la naturaleza de la totalidad en la que se manifiesta. La conciencia es el grado de luminosidad con que se muestra la realidad en la mente de un individuo y esta luminosidad admite una indefinida gama de matices y de intensidades. En rigor, implica mucho más que la pura mente, entretejiéndola con el cuerpo y el mundo del que formamos parte. Tal vez el concepto de alma que Hillman adapta de Jung sea más preciso para dar cuenta de la magnitud imprecisa de la conciencia.

El segundo tema se refiere a que este proceso de totalización supone ir tejiendo una unidad cada vez más compleja a partir de elementos opuestos. Por supuesto que esto implica mucho más que una mera comprensión intelectual. Se trata de la experiencia de enfrentarse con las propias polaridades que constituyen nuestro ser así como el ser de la realidad misma. Precisamente a esto se refiere Jung cuando describe el proceso de individuación como un "llegar a ser lo que ya soy" por medio del reconocimiento y de la puesta en relación de los distintos modos de ser personales. Jung distingue varias polaridades en la personalidad humana, siendo una de ellas la constituida por los opuestos persona/sombra. Tomo esta polaridad como una ilustración, a mi juicio, fundamental del proceso que intento explicar. Sin embargo, las ideas de Jung acerca de la individuación me parecen cruciales e insoslayables para comprender este punto. Para completar y profundizar este modesto cuadro recomiendo leer el capítulo dedicado a la individuación en el libro de Jung. El hombre y sus símbolos, así como la sección correspondiente que dedica Recuero en su libro comparativo entre

Jung y Rogers. Dentro del ámbito del yo (esa parte de nuestra alma que nos orienta en el mundo desde una actitud y desde un conjunto de funciones específicas) están todas esas formas de ser de las que somos más o menos conscientes en nosotros mismos y que valoramos como positivas mostrándolas a los demás. Tienen que ver con todo lo que creemos que somos y con los rasgos de personalidad con los que estamos más identificados. Si alguien me pidiera que definiera quién soy o cómo soy, probablemente diría cosas del tipo: "soy generoso", "me gusta saber cosas", "soy cariñoso y preocupado", "soy responsable y confiable", en fin... "soy una buena persona". Todo esto se refiere a mi persona, es decir, a mi máscara, a la fachada que quiero mostrar ante los demás, probablemente para ser aceptado o, al menos, para no ser juzgado. Todos tenemos una máscara (o varias), que cumple una función adaptativa y corresponde a mi historia personal, al contexto familiar y social en el que mi personalidad se fue armando. En el lado opuesto de mi persona se encuentra mi sombra, es decir, todos aquellos modos de ser que valoro negativamente en mí y que quisiera mantener ocultos para mí mismo y para los demás. Son rasgos más inconscientes y, en general, representan puntos ciegos para uno mismo. Es más fácil que los que nos rodean los identifiquen con más facilidad. Alguien puede estar convencido de ser generoso y desinteresado, pero cada vez que alardea sobre esto ante su esposa e hijos éstos hacen una expresión de incredulidad irritada. Este hombre seguramente está convencido de su altruismo desinteresado y no ve que "detrás" de cada "acto generoso" hay una motivación egoísta que espera reciprocidad, reconocimiento o ponerse en una posición de dominio respecto de la persona regalada, por poner algunos ejemplos. En su sombra puede haber todo tipo de motivaciones e impulsos narcisistas relativos a sentirse superior, mejor que los demás, necesitado de cariño y reconocimiento, ocultos para sí mismo. El proceso de integración supone reconocer la propia máscara así como la propia sombra para tener una autocomprensión más amplia de uno mismo, más objetiva y más flexible. Si el personaje de nuestro ejemplo tomara conciencia de que es, al mismo tiempo, generoso y egocéntrico, podría tal vez dar de un modo más auténtico y transparente (con menos conflicto interior) y a la vez poder pedir lo que necesita sin sentirse humillado por eso. Acontece así un enriquecimiento en el propio ser dado por el paso de un modo de ser unilateral a uno en el que se ha ampliado el repertorio de respuestas posibles.

Considerando lo anterior, la totalidad incluye y trasciende la bondad, ya que implica un reconocimiento y un encuentro cara a cara con lo que en cada uno

hay de “bueno” (lo valorado positivamente por mí y mi cultura) y con lo que hay de “malo” (lo valorado negativamente por mí y mi cultura). Estar en un camino de integración supone ir tejiendo una integridad personal en la que se enhebran aspectos contradictorios de la propia personalidad y de las relaciones entre ésta y el mundo. Aquí no cabe el pensamiento tipo “blanco/negro” o “todo/nada”, así como tampoco el juicio externo basado en meras conductas observables. El trabajo con uno mismo basado en el Eneagrama nos enseña que lo fundamental son las motivaciones profundas y la necesaria distorsión egótica de la que se engendran y alimentan. Alguien íntegro (en camino de integración) de hecho puede actuar de un modo muy extraño y aparentemente incoherente para un observador externo, algo que no debería sucederle a alguien bueno guiado por la lógica moralidad de un deber objetivo sustentador de la bondad. Mientras que la bondad se enorgullece con la coherencia, la integridad se revitaliza con la verdad y ésta, parafraseando a Heidegger, siempre se halla más allá de la corrección. Una vida correcta conlleva la satisfacción del deber cumplido, incluso, de una cierta sensación de superioridad moral; una vida íntegra vive e irradia la alegría de ser uno consigo mismo en co-respondencia con la situación dada. La primera suele conllevar mucho ruido interior e, incluso, solapada amargura; la segunda otorga la serenidad que surge de la simplicidad de estar imbuido en la danza de la vida.

Si la integridad no tiene tanto que ver con la coherencia (entendida como el ajuste de la vida a una serie de principios morales orientadores), la pregunta es entonces cómo reconocer cuando estamos integrándonos. ¿Qué es la integración? ¿Integración de qué? A lo ya dicho sobre las polaridades, creo que es importante añadir que lo que está en juego en la integración es una alineación entre mente-cuerpo-situación. Ésta es la tríada fundamental que da cuenta de toda experiencia de integración. La mente puede ser entendida como el conjunto de las experiencias simbólicas que tenemos en el mundo, es decir, como las diversas formas de pensamientos que tenemos respecto de nosotros mismos y del mundo. Estos pensamientos involucran reflexiones, ideas, conceptos, emociones, estados anímicos, sensaciones verbalizadas y en general toda experiencia con significación. Por definición, nuestra mente tiende a la divagación, a la construcción de imágenes, a poblar el cielo despejado de nuestra vida de nubes de todos los tamaños y de todas las formas. El cuerpo abarca toda nuestra realidad física incluido nuestro cerebro y el sistema nervioso en su conjunto. Nuestros sentidos y nuestra actividad cerebral configuran la médula de nuestra experiencia corporal dada por la percepción

tanto intra como extracorporal. Uno de los atributos principales del cuerpo es que siempre está funcionando en el aquí y ahora del momento presente, por supuesto que desde una cierta tendencia orientada por nuestra memoria, pero siempre expuesto y responsivo a las circunstancias del momento a momento. Casi todo aquí es frescura y novedad y, sobre todo, realidad presencial. La situación, por último, implica el mundo específico de significados en el que nos movemos en cada momento, así como la realidad que nos sostiene más allá de toda significación. En cuanto seres humanos, cada vez estamos expuestos a un mundo significativo particular, por ejemplo, el mundo de mi familia con sus propias reglas del juego o el mundo de mi trabajo con las suyas propias. Lo que en un contexto tiene cierta significación no la tiene en otro contexto. Cada situación en la que estamos implica habitar en un mundo de significados específicos. La realidad también es algo con lo que siempre contamos, sólo que ésta no tiene la apertura de las significaciones sino que se impone con su presencia insoslayable. El calor que siento ahora, la brisa fresca que me llega del mar, el espacio de este departamento, el modo de ser de quienes están conmigo, etc. Siempre que estamos presentes lo estamos en una determinada situación. Como vemos, hay un aspecto de la situación que puede cambiar (mundo), en parte, debido a nuestro propio modo de abrirnos a ella, mientras que hay otro que simplemente está ahí como una condición insoslayable (realidad). Al igual que el cuerpo, la situación siempre se despliega en el momento presente, está aquí como el trasfondo necesario de nuestras vidas.

La tríada recién descrita configura una unidad inseparable que, sin embargo, supone permanentemente variadas formas de disociación, lo que significa que muchas veces no están en equilibrio ni armonía. Mientras mi cuerpo está aquí y esta situación reclama de mí algo en particular, mi mente puede estar dispersa en cualquier “lugar”. Me gusta pensar en la mente como en un animal deambulador al que le gusta ir de aquí para allá y no estarse quieta. ¿Cuántas veces no nos pasa que estamos conversando con alguien o leyendo un libro sin estar realmente atentos a lo que estamos haciendo, pensando en las tareas pendientes o imaginando situaciones fantasiosas? ¿Cuántas veces no nos sucede que comemos sin darnos cuenta de lo que estamos comiendo ni del sabor de los alimentos? El gran dilema de la existencia radica justamente en esto: que estando siempre en el momento presente (lo único real que tenemos), nuestra mente suele divagar y escaparse hacia situaciones y preocupaciones que si bien pueden ser interesantes no son reales, lo que implica que buena

parte de nuestras vidas transcurre inmersa en múltiples ilusiones. En lugar de estar y de entrar en relación con lo que hay, en lugar de observar y de comprender la situación actual, tendemos a distorsionar la realidad en base a esta divagación mental y a esta desalineación de la tríada fundamental. Desde la perspectiva del Eneagrama cada uno de los eneatis distorsiona la realidad en base a su propia desalineación existencial, por lo que cada eneatis requiere de un trabajo específico y propio de integración. Lo que aquí llamo “distorsión de la realidad” es lo que D. Siegel (2012) explica como estar en los extremos del caos y/o de la rigidez como consecuencia de no estar centrados en un genuino estar presente. Cuando nos vamos integrando va emergiendo desde el fondo de nuestro ser una experiencia que este autor llama de “tranquilidad” y que consiste en que nuestra mente (alineada con nuestro cuerpo y la situación) se mantenga clara, equilibrada y estable, bases para una vida henchida de bienestar y de alegría.

Creo que es un buen momento para ensayar una propuesta de trabajo por eneatis, para responder a la inevitable y útil pregunta: ¿cómo podemos llevar a cabo esta integración? Quiero enfatizar que mi intención es sólo la de ensayar una propuesta, ya que la integración es un camino que se puede transitar desde múltiples lugares y comprender desde diferentes perspectivas. Esto significa que el diálogo y el tomar como ejemplo a otros que van más adelantados que nosotros se torna imprescindible. En mi opinión, podemos trabajar por nuestra integración desde dos perspectivas simultáneas: una objetiva y otra subjetiva. Desde un punto de vista objetivo existen múltiples prácticas y estilos de vida que son demostradamente beneficiosos para nuestra integración. Entre otras cosas: practicar algún tipo de meditación con regularidad, hacer ejercicio físico con regularidad, buscar y cultivar relaciones interpersonales enriquecedoras basadas en el amor y en un compartir genuinos, trabajar de un modo que tenga sentido para nosotros respetando nuestros límites y los necesarios tiempos de descanso y de ocio, comer alimentos que sean saludables, llevar un estilo de vida que mantenga en un cierto equilibrio el tiempo que dedicamos a la tecnología (televisión, internet, etc.) y el tiempo que dedicamos a estar en relación con lo natural y con los ritmos naturales, incluido (por supuesto) el estar en contacto con la naturaleza, entre otras cosas. Todo esto resulta beneficioso para todos los eneatis, por lo que conviene armarse una rutina que contemple cotidianamente una armónica y realista combinación de todos estos elementos.

Por punto de vista subjetivo entiendo la generación de un trabajo de integración que considere las

peculiaridades de cada eneatis o, más específicamente, de cada persona que funciona desde un eneatis determinado, lo que implica una comprensión suficiente del Eneagrama y de sus posibilidades psicoterapéuticas. No es éste el momento de entrar en cada uno de los eneatis, pero vale la pena decir algunas cosas a modo de generalizaciones orientadoras (Wilber, 1998) que sirvan como base para articular un trabajo concreto y práctico para cada eneatis. Lo primero es comprender las motivaciones básicas de cada eneatis (su pasión y su fijación dominantes), así como sus rasgos de personalidad principales. Junto con esto, es importante observar cómo es que cada eneatis está influido desde varios otros, influencia que está dada principalmente por las flechas internas del círculo del Eneagrama y por los eneatis adyacentes (también llamados alas). Esto significa que el modo de ser que me caracteriza recibe influencias de, al menos, otros cuatro eneatis y que todo esfuerzo de integración implica considerar qué aspectos y rasgos de estos cuatro eneatis pueden contribuir a flexibilizar mi modo de ser y a abrirme a un repertorio de experiencias más amplias y abarcativas, enriquecedoras de mi forma de vivir mi vida en el mundo. Por ejemplo: una persona con un eneatis cuatro enrollada en la falsa deficiencia y en la consiguiente envidia que le despierta la vida de los demás, convencido de que él tiene menos suerte y menos capacidad que los demás, viviendo en una insatisfacción trágica permanente, puede beneficiarse mucho observando e incorporando modos de ser del eneatis dos (que suele sentirse seguro de sí mismo y autocomplacido con sus propias capacidades) y del eneatis tres (que suele ser más superficial y menos enrollado, aportando más ligereza y eficiencia práctica). Esto implica un intenso trabajo de observación (del modo de ser de otros) y de exploración en uno mismo de estos rasgos que por el momento se mantienen inconscientes. Por otra parte, se requiere del diseño de un plan específico para llevar a la acción estos modos de ser para permitirse paulatinamente y con amabilidad ir transitando por modos de ser alejados de la propia autoimagen y de lo que creemos representa nuestra identidad. Si la configuración del propio eneatis ha tomado tantos años en formarse no podemos pretender que este proceso de flexibilización y apertura acontezca en el corto plazo. Reconocer las propias motivaciones profundas y permitirnos transitar por diversos modos de ser y de ver la realidad requiere de un tiempo de maduración propicio, del mismo modo que un fruto necesita de una adecuada fertilización, un cuidadoso cultivo y del tiempo necesario para su maduración.

Junto con lo anterior, necesitamos comprender las virtudes y las Ideas Santas propias de cada eneatispo, ya que nos sirven como horizontes orientadores de un camino. Una virtud es una semilla esencial para nuestra integración que podemos regar y cultivar en nuestra vida cotidiana al comprender su profundo sentido. Cada eneatispo tiene una virtud propia que cultivar en la dirección de su particular camino hacia la integración. Siguiendo con el ejemplo del eneatispo cuatro, dada su tendencia a sentir la vida como injusta, dolorosa y trágica, así como a oscilar drásticamente e intensamente entre estados anímicos elevados (creativos) y deprimidos (ligados a una autoinsignificancia), es importante considerar el cultivo de la virtud de la ecuanimidad. Esto implica aprender a ver y sentir la propia vida con una cierta distancia y a permanecer en un cierto equilibrio para no dejarse arrastrar hacia los extremos. La ecuanimidad implica, además, una justa valoración de quién se es y de la realidad, pudiendo apreciar tanto lo positivo como lo negativo de la vida, desarrollando una sensación interna de gratitud y de aceptación. Junto con esto, es importante considerar la Idea Santa que representa el ser esencial de un eneatispo, aquella comprensión original y pura desde la que paulatinamente se fue distorsionando en su historia de adaptación familiar y social. Almaas (2002) plantea que las Ideas Santas son diferentes caminos para acceder al ser de la realidad misma, más allá de toda interpretación o perspectiva, desde una experiencia no-dual y no-conceptual. La realidad es “vista” tal cual es en una de sus diversas facetas. Y a cada eneatispo le corresponde íntimamente abrir uno de los nueve portales, atravesar ese umbral y estar presente con esa realidad que entonces queda revelada. Despertar una Idea Santa no significa entenderla racionalmente, sino abrir el propio ser a la contemplación de una cualidad esencial de la realidad. Esto acontece en una forma específica de estar presente y en una transformación cualitativa de la propia actitud ante el mundo: se trata de una experiencia que involucra la totalidad del propio ser. En el caso del eneatispo cuatro la Idea Santa que le corresponde es la del Santo Origen, e implica abrir una puerta y atravesar el umbral hacia una visión clara y viva del hecho de que todo lo que hay en la realidad (incluida, por supuesto, la existencia humana), aunque aparentemente diverso y desigual, surge desde una misma fuente y viene con el mismo potencial de desarrollo hacia la iluminación y la felicidad. Según esta Idea Santa, no hay algo “mejor” o “peor” ni existen “los más” o “los menos”; sino que todo tiene la misma naturaleza e idéntico potencial, simplemente porque hemos surgido desde lo mismo. Con las Ideas Santas

entramos en un terreno transpersonal o místico, es decir, en un ámbito referido a la realidad misma y su misterio más allá de las posibilidades de comprensión de nuestra subjetividad.

Espero que podamos ver a estas alturas, al borde ya del final, que el proceso de integración requiere de nosotros una constante atención y una especie de esfuerzo deliberado por cultivar nuestro arraigo en el momento presente como única manera de acceder a una genuina experiencia de bienestar profundo. Todo esto requiere que hagamos cosas concretas para alinear nuestra mente con nuestro cuerpo y con la situación en la que estamos cada vez. Tich Nhat Hanh (1996) señala, precisamente, en esta dirección cuando nos dice:

“Nuestro verdadero hogar está en el momento presente. El milagro no es caminar sobre las aguas. El milagro es caminar sobre la verde tierra en el momento presente. La paz está a nuestro alrededor –en el mundo y en la naturaleza–, y en nuestro interior, en nuestros cuerpos y espíritus. Una vez que aprendamos a entrar en contacto con esta paz, seremos sanados y transformados. No es una cuestión de fe; es una cuestión de práctica. Sólo necesitamos incorporar nuestro cuerpo y mente al momento presente y tocaremos lo que es refrescante, curativo y maravilloso (p. 37).

REFERENCIAS

1. Almaas AH. (2002). Facetas de la unidad: El Eneagrama de las Ideas Santas. Madrid: Editorial La Libre
2. Brito R. (2010). Psicofísica y psicoterapia: tres ejemplos para una aproximación. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6 (4), 454-464
3. Heidegger M. (1997 [1927]). Ser y tiempo. Santiago: Editorial Universitaria
4. Naranjo C. (2000). El Eneagrama de la sociedad. Males del Mundo, Males del alma. Madrid: Editorial “La Llave”
5. Naranjo C. (2008). Carácter y neurosis. Una visión integradora. Santiago: J. C. Sáez editor
6. Naranjo C. (2012). 27 personajes en busca del ser. Experiencias de transformación a la luz del Eneagrama. Madrid: Editorial “La Llave”
7. Nath Hanh T. (1996). Buda viviente, Cristo viviente. Barcelona: Editorial Kairós
8. Nietzsche F. (2005). Así habló Zaratustra. Madrid: Alianza Editorial
9. Recuero M. (2007). Los modelos terapéuticos de Carl Jung y de Carl Rogers. Una comparación en la perspectiva de la integración. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile
10. Siegel D. (2012). Mindfulness y psicoterapia. Técnicas prácticas de atención plena para psicoterapeutas. Buenos Aires: Editorial Paidós
11. Wilber K. (1998). Sexo, ecología, espiritualidad. El alma de la evolución. Madrid: Gaia Ediciones
12. Von Franz ML. (2002 [1964]). El proceso de individuación. En C. Jung, El hombre y sus símbolos (pp. 157-228). Barcelona: Buc Carlat

PSICOLOGÍA ANALÍTICA

ACERCA DE LA *INDIVIDUACIÓN* Y LOS SUEÑOS

(Rev GPU 2013; 9; 3: 263-267)

Álvaro Wolfenson¹

Se plantean concepciones generales de la *psiquis*, conciencia, inconsciente e *individuación* desde la teoría jungiana, desarrollándose la conceptualización de trabajo terapéutico con los sueños desde la psicología analítica. Finalmente se presenta un caso clínico que ilustra el análisis de un sueño en el contexto psicoterapéutico.

“...un viaje de mil kilómetros se inicia con un paso”

Lao Zi.

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia, planteada como una relación de ayuda entre terapeuta y paciente, se puede ver como un proceso que intenta transformar el sufrimiento del paciente en conocimiento de sí; y dentro de los diferentes enfoques de psicoterapia, la psicoterapia analítica, es una terapia que pretende más que únicamente curar síntomas.

Como marco de entrada, debo plantear que el descubrimiento estremecedor de Freud fue que la neurosis no es un síntoma sino un funcionamiento erróneo que afecta a toda el alma (Jung, 1942). Así claramente lo importante no es la neurosis misma, sino quién tiene la neurosis. Frecuentemente tras la neurosis se oculta todo el sufrimiento natural y necesario que no se está

dispuesto a soportar; además debo mencionar que el sufrir no es necesariamente una enfermedad, así como un complejo sólo se vuelve patológico cuando una persona dice que no lo tiene (Jung, 1942). Hay que recordar que como lo plantea Jung (1939), la colaboración de lo inconsciente y la conciencia podría funcionar sin fricciones ni trastornos, de forma que poco se notaría la existencia de lo inconsciente; pero si un individuo o un grupo social se aparta demasiado de la base instintiva, se percibe fuertemente todo el ímpetu de las fuerzas inconscientes; no obstante, la expresión de lo inconsciente sigue siendo inteligentemente compensatoria, como si quisiera tratar de restablecer el equilibrio perdido. Hoy en día todo esto es muy complejo, ya que como señala Jung (1951): “Cuanto más civilizado [...], cuanto más consciente y complicado, es

¹ Médico Psiquiatra. alvarojwr@gmail.com.

el hombre, tanto menos puede seguir la vía instintiva. Sus complicadas condiciones de existencia y el influjo del entorno hablan tan alto, que ahogan la voz de la naturaleza" (p.34).

En la psicología analítica se plantea que para conocer el alma hay que descubrir cuán diferente es de la conciencia, ya que posiblemente aquello que para nosotros es ilusión sea realidad para el alma (Jung, 1929).

Personalmente pienso que una terapia realmente exitosa debe ayudar (en algún nivel) en el proceso de desarrollo progresivo que surge del conflicto de los hechos psíquicos básicos, la conciencia y el inconsciente.

Hay que mencionar que para Jung la interacción entre la dimensión arquetípica y la dimensión biográfica de la personalidad es básica para comprender el proceso de realización del individuo. Por un lado la primera da cuenta de las posibilidades de la especie y, por otro, la segunda aporta todo el conjunto de peculiaridades de cada persona. También hay que destacar que estos dos aspectos no tienen siempre la misma relevancia, ya que su predominio e interrelación varía según los diferentes periodos de la vida.

INDIVIDUACIÓN

Entre otros aspectos, el recorrer el camino de ir encontrándose como parte de un todo colectivo es parte del proceso de desarrollo o llamado proceso de *individuación*; proceso donde se es capaz de no masificarse, teniendo los propios criterios, pero al mismo tiempo, reconocerse como parte de la humanidad y servirla. Además hay que tener en cuenta que, como plantea Jung (1939): "La conciencia y lo inconsciente no dan un conjunto total si uno es reprimido y dañado por lo otro. Si han de combatirse mutuamente, que sea al menos un combate honesto [...], pues ambas son aspectos de la vida. La conciencia debería defender su buen juicio y sus posibilidades de autoprotección, y la vida caótica de lo inconsciente también debería tener la posibilidad de obedecer a su propia naturaleza en la medida en que nosotros podamos soportarlo" (p. 270).

Lo que significa una lucha declarada pero, a la vez también, una declarada colaboración. Así el proceso de *individuación* es el tema central de toda la psicología de Jung. También a modo de marco general, cabe señalar que partimos de una base que plantea, en principio, que el proceso de *individuación* correspondería a una tendencia inconsciente, espontánea, autónoma y natural (Recuero, 1998). Aquel fenómeno sería algo natural, pero dentro del marco de una naturaleza "aristocrática", en la cual el alcanzar una mayor y mejor comunicación

con la totalidad no sería lo más frecuente, aunque, no obstante, no deja de poseer su condición de proceso natural. Siguiendo esta misma línea hay que ahondar en lo que entendemos por *individuación*. Al respecto Jung (1939) refiere: "empleo el término *individuación* en el sentido de un proceso que genera un individuo psicológico, es decir, una unidad, una totalidad independiente, indivisible" (p. 257), o sea un proceso de desarrollo progresivo que surge del encuentro y conflicto de los hechos psíquicos básicos, la conciencia y el inconsciente. Como plantea Recuero (1998) este proceso "implica el encuentro con el *sí-mismo* y, por lo tanto, el logro de una identidad única al tiempo que compartida en todo lo demás auténticamente humano que hay en cada uno de los individuos de la especie" (p. 33). Podría plantearse que es una meta ideal (e inalcanzable por completo), pero que nos indica el camino a recorrer durante la vida. Jung (1946) agrega: "la realización consciente de la unión interna requiere terminantemente la relación humana como condición inexcusable, pues sin una vinculación con el prójimo conscientemente aceptada y reconocida no es posible ninguna síntesis de la personalidad" (cit. en Recuero 1998, p. 33). Así, vale destacar que la *individuación* tiene aspectos individuales y colectivos, y al respecto Jung (1945) refiere que este proceso es un tornarse cada uno consigo mismo, pero también con la humanidad, toda aquella en la que nos incluimos.

Debo enfatizar que el proceso de *individuación* contempla la diferenciación creciente de los elementos de la psique, así como una creciente armonización entre ellos mismos. Vale señalar que para este proceso de expansión de la relación (diálogo) entre lo consciente e inconsciente es fundamental el desarrollo de los pares de opuestos, su interrelación e integración. Al respecto Wehr señala:

"La *coniunctio* representa, evidentemente, una imagen arquetípica del desarrollo espiritual humano que expresa, a veces como boda sagrada y a veces como boda mística o alquímica, el deseo más íntimo del ser humano, ya posea una tonalidad más bien erótica o (cosa que no constituiría una oposición) más bien religiosa, técnica o química. Se trata siempre de la unión de lo que está separado, mediante la cual el individuo alcanza una cualidad más elevada, la totalización o transformación en sí mismo. El proceso externo, ya sea una operación técnica o un acto religioso, se convierte en la expresión figurativa de algo interno o, más aún, de un *mysterium* que comprende las dimensiones de interioridad y exterioridad, y transmite la noción del *unus mundus*, de la realidad unificada (1991, cit. en Recuero 1998, p.34).

No debemos olvidar, o perder de vista, que la participación del *yo* es crucial en el desarrollo de este proceso. La participación de su conciencia es fundamental, en la medida que éste juegue un papel de colaborador y agradecido receptor del inconsciente.

Como señala Recuero (1998), para Jung este proceso de *individuación* puede ser encontrado expresado simbólicamente en el mito del héroe. Aunque la *individuación* pareciera darse siempre en un mismo tipo de alternancia, primero un tiempo desalienante o descenrador del *yo*, y luego un tiempo integrador y centrador en el *sí-mismo*, que se va convirtiendo poco a poco en el verdadero eje de la personalidad.

SUEÑOS

En este contexto los sueños son un medio de expresión del inconsciente, y su función está inserta dentro de la concepción de la psique como una estructura global-dinámica. Podemos plantear que para Jung la principal función de los sueños es la *compensación*, como una expresión de la capacidad de autorregulación de la psique. Aquella implica que el inconsciente, considerado como relativo a la conciencia, se expresa incorporando todos aquellos elementos que han sido omitidos, reprimidos o desatendidos, y que contribuirían a mantener el equilibrio psíquico y, finalmente, dar pasos hacia la totalidad. Como plantea Mattoon (1980), se puede considerar que el concepto jungiano de *compensación* amplía el concepto freudiano de la realización del deseo, ya que por un lado los dos conceptos reflejan la observación de que los sueños proporcionan contenidos ausentes de la conciencia; pero por otro se diferencian en el hecho de que la *compensación* "trabaja" en pos de la totalidad del individuo, mientras que la realización del deseo simplemente sirve al ello o al yo.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, los sueños tienen tal nivel de importancia, que trabajar con ellos podría permitir dar pasos hacia la totalidad. Así, para explorarlos es básica la *actitud simbólica*, la cual permite abrirse a la experiencia de buscar su significado, por muy sin sentido que en ocasiones pueda parecer. Esta particular actitud de la conciencia permite que un elemento o relación simbólica adquiera el carácter de consciente, siendo como una especie de catalizador del proceso de *individuación*, y no limitándose sólo a subordinar el sentido de los fenómenos a los hechos concretos. A su vez, hay que tener en mente que en general lo útil no es la interpretación "puntual" del sueño, sino el significado que tiene en el contexto de la terapia.

CASO

Para ilustrar-desarrollar lo expuesto anteriormente presentaré un caso en el que la terapia se ha planteado-realizado como un proceso en el cual se ayude al paciente, en algún nivel, a avanzar hacia la totalidad, utilizándose a su vez el trabajo con los sueños, y siendo así una experiencia reparadora y de conocimiento de una psique que nos constituye más allá de la subjetividad consciente.

Presento el caso de una paciente, que llamaré Antonia, la cual tiene 39 años y trabaja como Asesora del hogar. Ella vive con su pareja que llamaré Ricardo (quien trabaja como taxista), y dos hijos, el menor de 3 años (hijo de su actual pareja) y el mayor de 18 años (hijo de una pareja anterior).

Para contextualizar el caso debo mencionar que Antonia viene de una familia de origen caracterizada por la pobreza económica y marginalidad social; su padre presenta hasta el día de hoy una dependencia al alcohol, además la historia con su madre fue caracterizada por la falta de contención y negligencia en los cuidados hacia Antonia y sus hermanos. Escenario que finalmente se terminó articulando como un contexto de grave violencia intrafamiliar, de la que Antonia fue víctima-testigo durante su infancia.

Con Ricardo son pareja hace 4 años, y su relación es calificada por ella como muy conflictiva, existiendo tanto violencia verbal como física, además que Ricardo abusa frecuentemente del alcohol, y tiene una actitud abiertamente hostil hacia el hijo mayor de Antonia.

Hay que destacar que Antonia tuvo una relación anterior, la cual estuvo también caracterizada por la violencia, relación de la cual nació su hijo mayor, y donde su expareja presentaba alcoholismo, lo que significó que finalmente hace cinco años él falleciera de cirrosis hepática.

Antonia presenta grandes dificultades en la relación con sus hijos, no existiendo una adecuada jerarquía de ella como madre. El mayor ha abandonado el colegio en dos oportunidades, y su hijo menor presenta problemas que han sido calificados como alta hiperactividad-impulsividad.

Es importante mencionar que Antonia llega al espacio terapéutico "mandada" por una asistente social del consultorio de atención primaria en donde lleva a control médico a su hijo menor. En un comienzo ella decía explícitamente que "aceptó ir a terapia para que me digan qué hacer con mis hijos". Al inicio se podía observar que sus síntomas principales eran angustia/ansiedad, irritabilidad, labilidad emocional; síntomas que a mi juicio aparecen para "compensar" o como expresión

de la insatisfacción con su situación-relación de pareja actual, como así mismo con su historia marcada por la violencia.

Desde un punto de vista estructural, en términos generales, es posible plantear que Antonia presenta un yo con características evitativas, dependientes y por momentos disociado de su realidad; su *Máscara* se despliega como una madre preocupada por sus hijos, y que abiertamente refiere no querer aceptar más situaciones de violencia, pero, por otro lado, su *Sombra* se caracteriza por la irresponsabilidad con sus hijos-con ella misma, impulsividad y tendencia al masoquismo. Impresiona como evidente que sus complejos materno-paterno están "desestructurados"; caracterizados por una historia de agresión y abandono, con un padre violento, ausente, y una madre descalificadora, violenta-negligente. Se observó que sus principales mecanismos de defensa se basaban en la escisión, aunque también frecuentemente presentaba defensas maníacas y formación reactiva. Así en términos generales, en ella la relación entre la conciencia y el inconsciente se ha caracterizado por una comunicación poco fluida, donde el yo se relaciona con los complejos de una forma conflictiva, con alta facilidad de constelación.

Después de unos cuatro meses de terapia Antonia trajo a sesión un sueño, que había tenido recientemente. En aquel sueño ella iba caminando por un lugar que impresionaba como un sector rural, donde el camino era de tierra, había pastizales y antiguas casas con tejas bien deterioradas; ella caminaba sola, con cierta curiosidad (aclaro que refirió que no era un lugar que a ella le pareciera conocido). Ella se asomó a una de las casas, y observó que dentro de aquella había un grupo de campesinos bebiendo alcohol, sentados ebrios sobre el piso de madera. Luego relató que siguió caminado, hasta que se encontró con un corral, donde había un toro de un intenso color negro, además de una vaca que se observaba intranquila. Antonia relató que momentos después observó que el toro se abalanzaba sobre la vaca, tomaba unas riendas que aquella tenía. Se trabajó el sueño mediante asociaciones de diferentes elementos del mismo, elementos-partes sugeridos por el terapeuta. La interpretación que se realizó en aquella sesión tendió a relacionar los contenidos del sueño con cierta dificultad de Antonia para hacerse cargo de diversas conflictivas que han ido caracterizando su historia, y que el adherir a un espacio terapéutico podría ser un primer paso para realizar un cambio al respecto. Antonia refirió que la ideas resultadas del análisis del sueño le hacían mucho sentido y a mí como terapeuta me hacía sentido en aquel momento o contexto de la terapia. No obstante lo anterior, y gracias al trabajo con

el caso en contexto de supervisión, emergió la idea de que Antonia había sufrido algún tipo de abuso sexual durante su infancia, idea que en esas fechas no se abrió en el espacio terapéutico. Las sesiones siguientes enfatice el tratar de acompañarla en su proceso, trabajando fundamentalmente con distintos tipos de reflejos, lo cual no estuvo exento de dificultad, ya que la complejidad de la historia de vida y las experiencias por las cuales ha pasado y vive Antonia producían en mí un gran sentimiento de impotencia. Luego, a los seis meses de terapia, Antonia llega a sesión refiriendo que me quería contar algo que no había conversado anteriormente; en aquella sesión relató que siendo menor de 10 años y en varias ocasiones había sido abusada por un primo, además que en la misma época un tío también había tenido conductas abusivas con ella. Pienso que en cierto sentido, quizás de manera más implícita, Antonia previamente me había contado aquellos abusos y del impacto que tuvieron en su vida, a partir de traer su sueño a la terapia.

Posteriormente, en el transcurso de la terapia, Antonia ha traído diferentes partes del sueño, volviendo a fragmentos de él frecuentemente. Ella lo llama "el sueño del toro" y es así como nos referimos a aquél. El volver distintas veces al sueño no ha implicado el profundizar recurrentemente respecto a los abusos sexuales sufridos, sino más bien a tomar diferentes elementos del mismo sueño y reinterpretarlos. Por ejemplo, ha permitido abordar las dinámicas de violencia intrafamiliar, alcoholismo, los sentimiento de impotencia, frustración y rabia que le producen las diversas situaciones que ha vivido, además de los deseos de cuidado y protección que ella tiene hacia sus hijos.

Hoy Antonia continúa en terapia, a nivel sintomatológico se encuentra con menor angustia y duerme bien. Se mantiene viviendo con Ricardo, pero ha dejado de aceptar aquella dinámica de violencia, pidiendo a su vez orientación-apoyo legal a nivel del Sernam. Además su hijo mayor retomó el colegio, y ella decidió cambiarse de trabajo, dentro del mismo rubro, pero en un lugar donde se siente más valorada y con menor sobrecarga laboral.

CONCLUSIONES

Conuerdo con lo planteado por Jung respecto a que lo inconsciente no puede ser absorbido o reprimido así no más, ya que el inconsciente es vida, y aquella vida se nos puede volver en contra cuando no es escuchada (Jung, 1939). Desde la misma línea de pensamiento, se entiende que el trabajo con los sueños en el contexto de la relación terapéutica puede ser una gran herramienta

en pos no sólo de un cambio sobre determinados síntomas, sino más bien en relación a dar algún paso en el proceso de *individuación*. Así, destaco como la paciente ha podido incorporar los sueños cómo una herramienta para conocer aspectos más profundos de ella misma, símbolos de su funcionamiento y de su historia.

Debo mencionar que a nivel de la transferencia se desarrolló un patrón reparatorio, con una leve idealización del terapeuta, y a nivel de contratransferencia ésta estuvo marcada primeramente por los deseos de protección, pero también por sentimientos de impotencia, ya que no me ha sido fácil el acompañarla en su proceso. Pero, no obstante, no tengo duda en que algo fundamental ha sido el vínculo terapéutico, y el generar un espacio de protección-contención, y así una profunda experiencia relacional reparadora, en la que a partir del trabajo con un sueño se ha podido profundizar en distintos aspectos de la vida-historia de Antonia, ayudando a ampliar su *darse cuenta*, integrar mejor distintas partes de su *psiquis*, y ampliar su abanico de decisiones, posibilidades o formas de relacionarse.

Actualmente Antonia continúa en el espacio terapéutico, en julio recién pasado cumplió un año en terapia, fecha que no pasó; desapercibida para ella, ya que recientemente refirió: "...siento que he pasado muchas cosas terribles, pésimas, y me he mandado muchos... errores... movida no se bien por qué o por quién, pero a pesar del montón de problemas, durante este año me he dado cuenta que mi cuento no está necesariamente

escrito, y siento que puedo hacer algo para cambiarlo...". Así ha ocurrido, una-terapia-una-relación y un cambio que se sigue construyendo.

REFERENCIAS

1. Jung C. (1916). La función trascendente. En Jung C. La dinámica de lo inconsciente. Vol. 8 de Obras Completas de C. G. Jung (pp. 69-95). Madrid: Trotta, 2004
2. Jung C. (1929). Metas de la psicoterapia. En Jung C. La práctica de la psicoterapia. Contribuciones al problema de la psicoterapia y a la psicología de la transferencia. Vol. 16 de Obras Completas de C. G. Jung (pp. 41-56). Madrid: Trotta, 2006
3. Jung C. (1939). Consciencia, inconsciente e individuación. En Jung C. Los Arquetipos y lo Inconsciente colectivo. Vol. 9 de Obras Completas de C. G. Jung (pp. 257-271). Madrid: Trotta, 2002
4. Jung C. (1942). Psicoterapia y Cosmovisión. En Jung, C. Práctica de la psicoterapia. Contribuciones al problema de la psicoterapia y a la psicología de la transferencia. Vol. 16 de Obras Completas de C. G. Jung (pp. 79-86). Madrid: Trotta, 2006
5. Jung C. (1945). De la esencia de los sueños. En C. G. Jung, Dinámica de lo inconsciente. Madrid: Trotta
6. Jung C. (1951). La Sicigia: Anima y Animus. En Jung, C. Aion: Contribución a los simbolismos del Sí-mismo (pp. 25-35). Barcelona: Paidós
7. Mattoon M. (1980). La función compensatoria de los sueños. En M. Mattoon, El análisis jungiano de los sueños. Buenos Aires: Paidós
8. Lao Zi. Tao Te Ching: Los libros del Tao. Traducción directa del chino por Iñaki Preciado Idoeta. Madrid: Editorial Trotta, 2006
9. Recuero M. (1998). Carl G. Jung y su modelo de la personalidad. Capítulo I de Tesis Doctoral: Los modelos terapéuticos de Carl Jung y de Carl Rogers. Una comparación en la perspectiva de la integración (pp. 1-47). Salamanca: Universidad Pontificia

PSICOPATOLOGÍA

DESÓRDENES DEL APETITO: ¿UNA FORMA DE HISTERIA POSMODERNA?

(Rev GPU 2013; 9; 3: 268-272)

Carmen Gloria Fenieux¹ y Alex Oksenberg²

Se analizan las semejanzas entre la histeria de principios del siglo XX y algunos trastornos de la alimentación actuales, considerándolos legítimos herederos de la anterior. Se postula que ambas patologías son depositarias de factores culturales asociados a los predicamentos súper yoicos de la época. A través de un caso clínico de una paciente con trastorno del apetito (bulimia por atracones, DSM-IV) se profundiza en estas coincidencias intrapsíquicas así como culturales, otorgándole privilegio al análisis de los necesarios cambios en la técnica psicoanalítica que los actuales cuadros invitan a realizar.

INTRODUCCIÓN

Sabemos que a fines del siglo XIX la sociedad evidenciaba el repudio frente a lo sexual. El estereotipo femenino imperante definía a las mujeres “virtuosas” como absolutamente carentes de deseo sexual. En este contexto, la llamada histérica, iluminada por el destello del nacimiento del psicoanálisis, se revelaba como “representación” de aquella cultura. De esta manera la sintomatología histérica expresaba, bajo la forma de una pantomima de la “ceguera”, “parálisis” y “movimientos coitales en el ataque de Gran Histeria”, la represión reinante en la época, evidenciando así la pre-disposición del *establishment* frente a la sexualidad.

Haciendo un paralelo con nuestros tiempos, en la actualidad somos testigos de la disminución progresiva hasta la cuasi extinción de esta forma de histeria. Esta extinción es probable que se relacione con cierta liberación de la represión social en materias sexuales. Sin embargo, en contraparte observamos un alarmante aumento de la frecuencia de otras entidades clínicas entre las cuales se destacan los “Desórdenes de la Alimentación”.

Nuestra hipótesis de trabajo es que los trastornos alimentarios, o por lo menos un grupo de ellos, son legítimos herederos de la histeria que despertó el interés del genio de Freud. Con ello apuntamos a algunas condiciones esenciales de ambas entidades clínicas que a

¹ Psicóloga Universidad de Chile. Psicoanalista ICHPA. Supervisora Acreditada por la Sociedad de Psicología Clínica. Directora Centro Chileno de Sexualidad.

² Médico Psiquiatra Universidad de Chile. Psicoanalista Didacta APCH, Director Centro Chileno de Sexualidad

la vez nos estimulan a plantearnos nuevos desafíos en el tratamiento de nuestros pacientes actuales.

Estos puntos de encuentro son los siguientes:

- a) El elemento regresivo: En ambas patologías aparece la defensa regresiva hacia el narcisismo. Ello implica la fijación libidinal tanto a la fase oral del desarrollo así como a los objetos predominantes en ese momento del desarrollo, muy especialmente la madre o su representación parcial, el pecho.
- b) La erotización del síntoma, que contrasta con la falta de despliegue del deseo tanto en el imaginario erótico como en la experiencia concreta. En ambas entidades nosológicas no existe la función de pre-concepción del encuentro sexual “en intimidad con un otro”. En los trastornos alimenticios aludidos se sustituye el deseo y el vínculo, por comer. La histeria, por su parte, en su no representatividad del deseo, también lo convierte en síntoma erotizado y no simbolizable.
- c) La escenificación o “puesta en escena” de ambos cuadros hace eco de los excesos y déficits de la cultura desde la que surgen. La histérica actuaba la represión y negación de la sexualidad propia de aquella época, así como los trastornos de alimentación representan la voracidad consumista como sustento del “éxito”. Aquí el mandato es tenerlo todo y controlarlo todo, lograr la perfección, o nada. Así la cultura se permea a través de los mandatos del ideal del Yo. Una mente atrapada por estos mandatos dificulta el surgimiento del verdadero self (Winnicott, 1986).
Ambos trastornos evidencian en la sexualidad la dificultad de integración psique-soma observándose la escisión correspondiente. De esta manera, no hay espacio para la sexualidad genital. El deseo, en ambas patologías, está “cosificado”, es decir, está puesto afuera del self.
- d) No existe espacio para la creación. Ambas son manifestaciones estereotipadas, que controlan el descontrol como una manera de evitar lo real-vital implacablemente cambiante e incontrolable. Hay una cosificación de la vida.

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN POR ATRACÓN

Sofía llega a la consulta como una “niña pequeña” de 24 años, alta, maciza y con un importante sobrepeso. Se siente enrabada, desesperada, sin entender por qué.

Jamás ha pololeado ni aún besado a alguien. De esta manera la sexualidad ha estado negada, parece no

haber cobrado vida en su cuerpo grande de niña chica. Me comenta que tiene amigas muy bonitas con las que sale y que los hombres las abordan. Ella permanece al lado como si no existiera para ellos. Plantea que no le duele ni le importa, siente que a través de sus amigas vive aquello que no podrá vivir por sí misma. También vive su vida a través de la vida de Paris Hilton. Pasa horas viendo en la TV o en internet los detalles de la vida de la socialité norteamericana. Sustituye su vida por la de otros mientras traga comida. Es “más fácil” vivir de la perfección de una vida falsa que vivir la imperfección de una vida verdadera.

Duerme en la pieza que está inmediatamente al lado de la de sus padres y parece estar atrapada entre medio de ellos. Es la “niña de los ojos de papá” y quien sostiene a su madre, la cual sufre un trastorno de personalidad.

El contacto con hombres es doloroso. No logra hablarles ni mirarlos. Se siente un ente asexuado, una cosa que no tiene lugar. Entendemos que no existe la posibilidad de que alguien se fije en ella, pues no existe como mujer.

Ocurre algo que marca un hito en el proceso. Hacia los ocho meses de tratamiento, los padres de Sofía solicitan una hora. En aquella sesión se muestran impacientes, enrabados conmigo y desesperados por su hija. Se genera una situación difícil de exigencia como si esperaran que yo resolviera mágicamente toda la historia de vida de su hija. Me indican qué tengo que hacer, cómo lo tengo que hacer, qué debo decir. Me siento exhausta, confundida, exigida y con el impulso de dejar el tratamiento hasta ahí. Siento que en esa exigencia de rendimiento mi deseo de trabajar con ella se desvanece. Creemos que a modo de enactment, se reedita en mí la vivencia de incapacidad de Sofía. Los padres deciden que van a buscar al “mejor psicólogo de Chile”. Sin embargo, Sofía plantea con determinación que ella confía en mí. Es la primera vez que Sofía se diferencia claramente de sus padres. Parece ser la primera vez que se arriesga o se pone en juego “con algo o alguien imperfecto en su vida”. Ella entonces me elige como su objeto subjetivo (Winnicott, 1971, 1988).

Desde ese momento Sofía empieza a acercarse a vivir una vida más real. Comienza a arreglarse amorosamente. Esta libidinización de sí misma la convierte por momentos, mágicamente, en otra: una mujer bonita. Comienza a tener experiencias de acercamiento a algunos hombres... se siente más viva y se impresiona profundamente de lo muerta que estaba. Se inicia así un proceso donde arremete la vida, a veces como una llama potente, otras tan sólo como una chispa que amenaza con extinguirse.

ANÁLISIS DEL CASO DE SOFÍA A TRAVÉS DE LOS ASPECTOS ANTES PLANTEADOS

Elemento regresivo como defensa que evidencia la vuelta al narcisismo

Este aspecto en Sofía implicaba encerrarse en un narcisismo mortífero que impregna de desvitalización toda su vida. Ella no se arriesgaba a desear, no se arriesgaba a estar viva. Se convirtió en un ente asexuado para permanecer en su refugio psíquico (Steiner, 1997) que le permitía quedar protegida de sí misma, de los otros y por ende de la realidad. El deseo como expresión de lo vital, el deseo recorriendo su ser, atentaba contra su seguridad, su tranquilidad. Sustituir comida por sexualidad, por existencia, le permitía un devenir sin amenaza, quieto, sin cambios, que se parecía demasiado a aquello que se ha descrito como pulsión de muerte. Su vida atrapada por la muerte, la muerte convertida en vida.

No tenía espacio para ser creadora de su propia vida, tenía demasiado miedo, y demasiada satisfacción oral. Vivir implicaba empezar a abordar la concreción de la realidad y sus limitaciones, lo que inevitablemente la llevaría al quiebre del narcisismo.

Erotización narcisista

El comer estaba erotizado, existía placer sexual asociado. Podemos entender así que en esta desvitalización había una idealización de lo material y un desprecio por lo vital. Lo vital es impredecible, mutante, incontrolable, desconocido y por ende puede ser terrorífico. Lo material es accesible, cercano, conocido y ofrece un consuelo que satisface al instante. En la vida de Sofía no existía nada real, no había encuentros sexuales ni amigas verdaderas. La perfección de lo material era amada y la imperfección de lo vital era repudiada ya que le ofrecía una amenaza implacable.

Integración psique-soma

Esto también implicaba la falta de Integración psique-soma (Winnicott, 1998). Vivir su cuerpo, sentir su cuerpo, arriesgarse en la sexualidad era imposible para ella, implicaba el trabajoso camino de unir mente y soma y enfrentar con ello angustias insondables.

No existe espacio para el deseo

En Sofía había poca o ninguna capacidad para pensar, entender, contener, imaginar y desear. En la posibilidad

de desear surge la posibilidad de la creación. No ha podido crear, sólo ha comido helados, chocolates, engullido T.V. No ha habido espacio para crear, para crear aquello que estaba afuera y que fue encontrado, recurriendo a la paradoja de Winnicott.

Crear tal vez entonces tiene relación con encontrar. Los padres le han dado todo, no hay espacio para la búsqueda, por lo tanto no hay espacio para el deseo.

El deseo surge del caos, también del relajamiento luego de la tensión. Implica la expresión del YO SOY, estoy vivo, yo deseo (Winnicott, 1965). Creemos que Sofía, oscurecida por las angustias de su madre, intentó ordenar el caos de la madre sin poder detenerse en ella misma. En esta integración defensiva frente a la falla materna (Winnicott, 1971) perdió la oportunidad de la NO integración desde donde surge el sentimiento de ser persona (Winnicott, 1965, 1988).

Implicancias terapéuticas

Nada de lo descrito anteriormente tendría la misma importancia si no fuera porque a criterio de los autores, este cuadro clínico y otros suponen un desafío en el abordaje terapéutico que los separa, aunque no totalmente, de la técnica clásica descrita por Freud y sus seguidores inmediatos.

Nuestra hipótesis es que al igual que las adicciones, trastornos narcisistas y en general todas aquellas patologías que se nos presentan "in crescendo" y que tienen en común un deterioro en las funciones de simbolización y creación del mundo interno, ponen en jaque a la técnica clásica que ocupa como su principal herramienta la interpretación verbal de la transferencia. Ello, principalmente porque la "palabra" en estas patologías no tiene la potencia y vitalidad en cuanto "significado" que logre resonar en el acontecer del mundo interno. Ello debido al empobrecimiento de un interior que parece estar vaciado hacia el exterior.

De allí nuestra impresión de que el auge de movimientos como el relacional/intersubjetivo v/s los movimientos más clásicos, no están en oposición excluyente como muchas veces se plantea, sino que son un complemento necesario para poder abordar a estos nuevos pacientes posmodernos.

Para volver a nuestra paciente, pensamos que fueron las siguientes maniobras técnicas las que principalmente aportaron al trabajo en distintos momentos.

- a) Interpretación verbal de la transferencia en el sentido clásico. Este tipo de intervención ha estado presente en el transcurso de todo el trabajo con Sofía. Algunos ejemplos de ésta son los siguientes:

“Prefieres estar en tu refugio, en tu pieza, para evitar encontrarte con el dolor de la realidad. Venir a sesión es tan doloroso, tan incómodo... quisieras evitarlo y lo evitas. Estás acá pero sigues en tu refugio”.

- b) Interacciones en el campo de la transferencia/contratransferencia incluyendo operaciones de Identificación proyectiva. En la contratransferencia me entusiasma su caso, me interesa, pienso que es un “diamante en bruto”, “que si adelgazara, que si hiciera esto o esto otro...”; etc. Entonces entiendo que estoy ocupando el lugar de la madre que se obsesiona por controlarla. También me doy cuenta que en ocasiones me alegro más que ella por sus logros. Ella entonces parece proyectar su deseo en los otros, los otros desean por ella. Y ella vive una vida dormida atravesada por fantasías de ser quien no es.

De esta manera, en sesión fácilmente puedo sentir que le robo su deseo en mi deseo acerca de ella. Me doy cuenta que debo abstenerme, estar consciente de donde termino yo, darle mucho espacio... Tal vez por eso es tan grande.

- c) Enactment como devenir inevitable del proceso. En la sesión que tengo con los padres experimento a modo de enactment lo que probablemente Sofía siente en relación con su vida. Siento a sus padres excesivamente exigentes y devaluadores de mi potencialidad, me contacto con sentimientos de castración e incapacidad, ser la “mejor psicóloga de Chile” me deja fuera de carrera. Entonces surge con intensidad la desmotivación frente al tratamiento y los deseos de no intentarlo (no vivir). A través del rescate que Sofía hace de mí (“yo confío en ella”) yo logro ir al rescate de mi experiencia y planteo la exigencia de trabajar tres veces por semana.
- d) El comentario espontáneo como fuente eventual de “potencia terapéutica”: Considerando la falta de vínculos genuinos en la vida de Sofía, opté en distintos momentos por intervenciones espontáneas que podrían ser catalogadas desde la perspectiva más clásica como errores técnicos, en tanto evidencian la falta de abstinencia. Poder transmitirle el cambio que yo veía en ella y decirle, por ejemplo, “qué bonita estás”; o a propósito de su terror a equivocarse o a que las cosas no resultaran “perfectas”, poder contarle una experiencia personal que evidenciaba lo ridículo o vulnerable en mí. Al final de esa sesión intercambiamos una mirada cómplice, ella me miró, se rió nerviosa. Fue un momento cargado de significados, cercano, donde se

derrumbaban por un instante las ideas de control y perfección a las que estaba aferrada y aparecía algo vital impredecible y divertido.

- e) Intervenciones del tipo materno destinadas a la fundación del ser femenino.

Creemos que dentro de estas intervenciones se encuentran aquellas cuya función tiene relación con ligar el self con lo vital y que implican necesariamente la vitalidad del terapeuta en su propio estilo. Son intervenciones que involucran la introyección de la función maternal e implican la experiencia emocional correctora atingente a lo femenino. Recordemos que Sofía se sentía y vivía como “un ente asexuado”. ¿Cómo se es mujer? ¿Cuándo una mujer se siente más mujer? Fueron preguntas que se colaban todo el tiempo en el clima de la sesión. Aparecían entonces aseveraciones tales como “soy muy peluda”, “es que tengo el pelo muy feo”, “no tengo pechugas”, “me cargan mis piernas”... todas confesiones que en su sentimiento de monstruosidad no había podido compartir. Muchas de mis intervenciones apuntaban a señalarle espontáneamente el criterio de realidad que la sacaba de su condición de monstruo y que la ubicaba en el lugar de una mujer más, que tiene que lidiar con aspectos concretos así como con las sensaciones de fealdad e inadecuación tan características de lo femenino. El trabajo con la contratransferencia fue fundamental en este sentido para poner al servicio de ella mi experiencia como mujer para que ella la pudiera tomar. Esto ha permitido ir al rescate de su mundo afectivo indiferenciado para lograr su diferenciación. Así por ejemplo, la primera vez que un joven la invitó a salir, su primera reacción fue decirle que no. Pensaba que no quería hacerlo. Descubrimos que hay una incomodidad que es sustancial ante lo vital, lo incierto de un encuentro, que en ella cobra el sentido de no desear. Al poder descifrar esa falta de deseo como incomodidad o inseguridad ella logró entender que a pesar del miedo, deseaba ir a ese encuentro. Todo esto implicaba salir de un mundo mortífero cruzado por la indiferencia y la apatía que al lograr vitalizarse mostraba cierta conversión que impactaba. Sofía parecía transitar entre lo monstruoso informe y lo bello.

COMENTARIOS FINALES

A pesar de los procesos sociales en torno a temas sexuales, en el siglo XXI el encuentro íntimo sexual sigue siendo en muchos casos el motivo que promueve la defensa psíquica.

En el tipo de trastornos de alimentación presentado se sustituye la sexualidad por comida. Ésta se

convierte en el bolo indiferenciado, controlable e idealizado que desplaza y desvitaliza lo sexual. Así la paciente se aleja de lo sexual, a través de la negación del mundo interno, centrando su anhelo en la idealización voraz del mundo externo. Se genera entonces desesperación en torno a la omnipotencia. Lo interno no existe, la intimidad es amenazante.

Así en ambas patologías, la histeria y la bulimia, la intimidad en lo vital es lo amenazante. Pareciera ser que la amenaza es lo vivo. Es lo inevitablemente vivo, que tiene movimiento y destino propios y que por definición es incontrolable.

Tal vez por ello las intervenciones que tienen relación con la vitalidad y el estilo del analista y que dan cuenta de la naturaleza vital del vínculo son terapéuticas. Ello porque en estas circunstancias el analista y paciente tienen la posibilidad de ir al encuentro de los aspectos vitales de ambos. Se crea o surge así la magia misma de la intimidad en una relación que se siente digna de confianza (Winnicott, 1975, pág. 72).

De esta manera, creemos que las intervenciones que dan cuenta de aquello genuino y vivo en el analista en contacto directo y cercano con las melodías y acordes del paciente (Correa 2011, Fenieux 2011) hacen posible experimentar lo vital en el paciente que permite el surgimiento del verdadero self (Winnicott, 1986). Cabe destacar que lo vivo implica necesariamente el contacto con lo mortífero en una relación dialéctica.

Así, creemos que ha sido de capital importancia para la creación del mundo interno de esta paciente el ejercer una función por parte del terapeuta de soñar despierto a la paciente y que Bion ha llamado función Alfa (Bion 1962). Ello implica una protoexperiencia en la contratransferencia que se realiza a modo de intuición en el aquí y ahora del vínculo.

Así, es en este trabajo artesanal donde empieza a surgir aquello propio y desconocido de la paciente que es posible sólo a propósito del establecimiento de un

vínculo estable, de sostén del ser del otro (Winnicott, 1971). Ello implica sostener aquello que está ocurriendo, aquello vivo que no tiene forma para la percepción de los sentidos y que es el lugar donde Sofía siente que se rompe. Este acercamiento que la amenazaba con la incertidumbre e imperfección y que la hacía escapar a su refugio, en el vínculo terapéutico poco a poco se fue visualizando como una intimidad que fue permitiendo una alteridad viva y protegida. Entonces a propósito de la INTIMIDAD surge la experiencia y por ende la interioridad.

REFERENCIAS

1. Correa A. (2011). "El diálogo Psicoanalítico: Un diálogo mutuamente asociativo". En Rev. Chilena de Psicoanálisis, Vol, 28 N° 1, 53- 65
2. Bion W. (1962/2000). Elementos del Psicoanálisis. (3ª Ed.). Buenos Aires: Editorial Lumen- Home
3. Fenieux CG. (2011). "Sexualidad, intimidad y espacio potencial". Trabajo presentado en el XVI International Forum of Psicoanalysis, Octubre 2010, Grecia, y en el XIX Encuentro Latinoamericano sobre Pensamiento de Winnicott, Santiago, Noviembre 2010. Publicado en Rev. Chilena de Psicoanálisis, Vol. 28 N° 2, 56-63
4. DSM-IV (1995). DSM-IV BREVIARIO Criterios diagnósticos. Barcelona: Ed. MASSON, S.A.
5. Steiner J. (1997). Refugios Psíquicos. Madrid: Editorial Nueva España
6. Ogden T. (1994). Objects of Analysis. Northvale NJ, Jason Aronson
7. Winnicott D (1965/1993). La integración del Yo en el desarrollo del niño. En Los procesos de Maduración y El Ambiente Facilitador. Buenos Aires: Paidós
8. Winnicott D (1975/1992). El papel de espejo de la madre y de la familia en el desarrollo del niño. En Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa,
9. Winnicott D. (1986/1996). El concepto de Falso Self. En El hogar, nuestro punto de partida ". Buenos Aires: Paidós
10. Winnicott D. (1988/1993). Integración. En "Naturaleza Humana" (3ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós
11. Winnicott D. (1988/2005). Ambiente. En Naturaleza Humana. (3ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós

SALUD MENTAL

ADHERENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL SEVERA: DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

(Rev GPU 2013; 9; 3: 273-279)

Pablo Moreira¹, Valeria Sequeida² y Rafael Sepúlveda³

La falta de adherencia a los servicios de salud mental tiene un impacto considerable en el pronóstico de los pacientes con enfermedad mental severa. Este artículo revisa la literatura disponible con el fin de identificar estrategias para generar propuestas destinadas a reducir este problema, contextualizándolas en servicios de salud mental de orientación comunitaria. Un tercio de los pacientes que han tenido contacto con algún servicio de salud mental abandona el tratamiento. Existen factores sociodemográficos asociados a la no-adherencia, tales como ser joven, indigente o pertenecer a alguna minoría étnica. Entre las variables clínicas destaca la falta de *insight*, el abuso de sustancias o los trastornos de personalidad. En cuanto a las dimensiones a intervenir el establecimiento de una sólida alianza terapéutica, el mejoramiento del acceso y uso de los servicios de psiquiatría, la adherencia farmacológica y el fortalecimiento de la red de apoyo, han probado mejorar la relación entre el paciente y los servicios de salud mental para el desarrollo de intervenciones posteriores.

INTRODUCCIÓN

La sustitución progresiva del modelo de atención en salud mental, pasando de uno centrado en el Hospital Psiquiátrico a uno centrado en redes territoriales

de dispositivos de salud mental, denominado Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental por la Organización Mundial de la Salud (1), se ha traducido en una drástica reducción de las camas en los hospitales psiquiátricos en muchas partes del mundo, y en

¹ Médico Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría Adultos, Complejo Asistencial Barros Luco, Santiago, Chile. Docente del Programa de Especialización en Psiquiatría Adultos de la Facultad de Medicina, Universidad Mayor.

² Residente del Programa de Especialización en Psiquiatría Adultos, Facultad de Medicina, Universidad Mayor. Complejo Asistencial Barros Luco, Santiago, Chile.

³ Médico Psiquiatra, Jefe del Servicio de Psiquiatría Adultos del Complejo Asistencial Barros Luco, Santiago, Chile.

Correspondencia: Pablo Moreira Z. CDT Psiquiatría Complejo Asistencial Barros Luco. Gran Avenida José M. Carrera 3204, San Miguel, Santiago, Chile. E-mail: pablo.moreira@gmail.com

la necesidad de crear nuevos dispositivos destinados a cubrir los requerimientos del cuidado de los pacientes en la comunidad.

Una de las problemáticas que se da como consecuencia del cambio en el modelo de atención es la adherencia a los servicios psiquiátricos. La no-adherencia tiene un impacto considerable en la efectividad de las intervenciones terapéuticas y presenta múltiples dificultades para la práctica clínica (2). La evidencia demuestra que la ausencia de una adecuada adherencia a los servicios de salud mental incrementa la probabilidad de recaídas y rehospitalizaciones de los pacientes, deteriorando su calidad de vida y aumentando, a su vez, el costo económico para los servicios de salud (3).

Nuestro desempeño en el contexto de un Servicio de Psiquiatría orientado por el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, nos ha impulsado a reflexionar y buscar evidencia respecto a esta problemática, mirándola desde nuestra especificidad (4).

En este artículo realizaremos una revisión de la literatura disponible con respecto a la adherencia a los servicios de salud mental, para finalizar con algunas propuestas basadas en estrategias que han demostrado efectividad en la mantención del vínculo entre los pacientes y los servicios de psiquiatría. Cabe destacar que estas propuestas deben ser vistas como tales; es sabido que las relaciones humanas son cuestiones complejas, por lo que se debe tener en cuenta que intervenciones exitosas realizadas en un paciente en particular pueden no funcionar de la misma manera en otro.

Comenzaremos definiendo algunos conceptos a los que haremos mención. Se entiende como enfermedad mental severa un trastorno mental que tiene tal intensidad, que deshabilita al individuo para funcionar adecuadamente según su contexto sociocultural. El concepto de adherencia es usado ampliamente en la práctica clínica con diversas acepciones, que nosotros emplearemos para referirnos particularmente a los aspectos relacionales entre el paciente y el servicio de salud mental, el cual involucra el desarrollo de una relación de confianza y colaboración entre los individuos, cuestión clave para el desarrollo de las distintas intervenciones terapéuticas(5).

BREVE REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

Las tasas de abandono de tratamiento desde los servicios de salud mental pueden variar enormemente. Una revisión de la literatura indica que de un 4 a un 46% de los usuarios no logra la adherencia a algún servicio de salud mental (6). Esta dispersión se produce debido a que los estudios varían en cuestiones tales como la

definición usada para adherencia, el tipo de servicio evaluado, así como el método de cuantificación empleado. O'Brien *et al.* (7) observaron que en un periodo de entre 1 a 9 años, aproximadamente un 30% de los pacientes que estuvieron en control con algún servicio de salud mental abandonaron el tratamiento.

Entre los factores sociodemográficos el género no ha aparecido claramente como un factor importante para lograr o no la adherencia. Los jóvenes tienen una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento, así como de ausentarse más frecuentemente de los controles de salud (8, 9). Esto podría deberse a la falta de experiencia en el uso de los servicios, la dificultad de establecer una alianza terapéutica con los profesionales, o el temor a ser diagnosticados con alguna enfermedad mental severa (con el consiguiente estigma asociado). La etnia es un factor a considerar; la evidencia sugiere que personas pertenecientes a minorías étnicas suelen abandonar el tratamiento más prematuramente, tienen más dificultades en acceder a un tratamiento adecuado, y suelen estar menos satisfechos con el servicio prestado (10). A pesar de esto, queda por estudiar la importancia real del origen étnico en relación con otros factores asociados, como pobreza, la falta de educación, o ausencia de redes de apoyo que se dan en ciertas minorías, los cuales han sido asociados a una mayor dificultad de adherir a los servicios de salud mental (11). Los indigentes pudieran ser estudiados aparte debido a sus problemáticas particulares, un 30-50% de éstos presenta alguna forma de enfermedad mental severa (12) y un 55% de este grupo no tiene ningún tipo de tratamiento en algún servicio (13); además se ha observado que usan con mayor frecuencia servicios de urgencia y hospitalización, que de tratamiento ambulatorio.

Respecto de los factores clínicos que juegan un rol en la adherencia, el diagnóstico parece ser un elemento de importancia negativa sólo en aquellos que abusan de sustancias y los que presentan algún trastorno de la personalidad (14). Estos últimos han demostrado tener una alta tasa de abandono de tratamiento (40-66%), destacando el trastorno de personalidad límite en este grupo. Los pacientes con patología dual no consiguen mantener una adherencia adecuada a los servicios de salud, no siguen un tratamiento regular y tienen resultados peores (15). En cuanto a la esquizofrenia, se ha encontrado que está asociada a menores tasas de no-adherencia, sin embargo queda poco claro si esto es debido a las características de la enfermedad o a los mayores esfuerzos de los servicios por mantenerlos en tratamiento. Otras variables clínicas incluyen la falta de *insight* y un "estilo" de los pacientes en que tienden a minimizar sus síntomas y el impacto de éstos

en su vida, acompañado de una falta de “curiosidad” en cuanto a conocer sobre su enfermedad (16).

Sobre las razones propias de los pacientes para abandonar el tratamiento, los estudios nos muestran que éstas incluyen: una insatisfacción con el tratamiento, la sensación de que han mejorado, de que el tratamiento no parece ayudar o que éste les está dañando (17). Otras razones incluyen cuestiones más prácticas, como el olvido de los controles, el haberse trasladado de lugar, el costo económico, la necesidad de transportarse largas distancias, falta de tiempo y cuestiones burocráticas.

CONSTRUCCIÓN DE LA RELACIÓN PERSONAL

La construcción de una relación positiva entre los servicios y los pacientes con enfermedad mental severa ha demostrado tener un resultado favorable en la adherencia farmacológica (18) y en el logro de mejores resultados clínicos (19). En una revisión de la literatura sobre la adherencia (7) se vio que cuando se les preguntaba a los pacientes sobre las razones de discontinuar el tratamiento, uno de los argumentos esgrimidos era en torno a la relación establecida con el equipo de salud, especialmente cuando éstos eran descritos por los usuarios como sujetos “antipáticos”. Además, los pacientes mencionan otras razones para romper la relación con el equipo, como no sentirse escuchados y considerarse poco activos en la toma de decisiones.

Una población particular es la de los pacientes jóvenes, donde se ha visto que el desarrollo de relaciones de confianza parece ser un elemento clave en el proceso de lograr una adherencia completa hacia los servicios de psiquiatría (9). Para ello, parece importante establecer en un primer momento su derecho a la confidencialidad, así como en qué circunstancias este derecho puede ser violado.

ACCESO A LOS SERVICIOS

Un factor importante a considerar al referirnos a la adherencia a los servicios de salud mental por parte de los usuarios, corresponde al acceso de la población a las entidades clínicas, incluyendo factores geográficos, la disponibilidad de transporte y el valor de éste, así como aquellos dados por factores humanos, es decir, los trámites, los tiempos de espera para la asignación de la prestación y la disponibilidad de la atención como tal.

Se entiende como acceso a los servicios de salud mental la aproximación de los usuarios hacia los distintos dispositivos disponibles una vez que se ha pesquisado la patología mental.

Entre los factores que pueden dificultar el acceso al servicio de salud mental se encuentran la distancia a la que éste se encuentra del domicilio del usuario, la disponibilidad de transporte y el costo de éste.

Al sectorizar la atención por localización geográfica se disminuye, aunque no se elimina, esta problemática. En relación con esto, cabe mencionar que en nuestro país no todos los Servicios de Salud cuentan con Urgencia Psiquiátrica, consultorías de la especialidad en la Atención Primaria, o la cantidad de horas de profesionales para atender adecuadamente a su población asignada.

El acceso a los servicios de salud mental debe ser rápido y expedito; el usuario debería poder acceder a atención de forma simple y conveniente, sin que existan confusiones ni complicaciones que puedan aumentar el estrés que causa el solo hecho de asistir a una consulta psiquiátrica. En los casos en que se generan retrasos en la asignación de la prestación correspondiente, se desincentiva al usuario a acudir a las citas, y a su vez genera dudas y desconfianza respecto de si se le otorgará la ayuda que necesita (20).

Para aminorar estos problemas se propone brindar prestaciones alternativas, como atenciones en consultoría psiquiátrica en APS (atención primaria de salud), realizar visitas domiciliarias o, en caso de que la derivación provenga del servicio de hospitalizados, establecer contacto con éste antes de que el paciente sea dado de alta.

Se ha observado que la derivación asistida de pacientes a las distintas unidades de salud mental (APS, Servicios de Urgencia, Hospitalización, Ambulatorio, Rehabilitación, etc.) facilita el acceso a la atención, fortalece la adherencia al tratamiento y genera una percepción de respaldo hacia el usuario y su familia por parte del equipo de salud. Se entiende como “derivación asistida” a la entrega y presentación de los antecedentes y datos clínicamente relevantes de un paciente, que ha sido tratado en cierta unidad, al equipo del dispositivo al cual está siendo derivado, de preferencia durante la reunión clínica correspondiente.

Cabe tener en consideración que los pacientes que tienen una enfermedad mental severa pueden presentar síntomas psicóticos y/o deterioro cognitivo. Esto último puede influir negativamente en las habilidades del usuario al momento de concurrir al servicio de atención, más aún si éstos imponen trámites engorrosos, tiempos de espera exagerados y lugares de atención poco confortables.

USO DE LOS SERVICIOS

Resulta fundamental que los usuarios, una vez que acceden al servicio de salud mental, puedan hacer uso

de todas las prestaciones necesarias en el momento adecuado. Para esto se debe informar claramente al paciente y a su familia acerca del rol de cada dispositivo clínico, de su ubicación y horarios de funcionamiento, las tareas de los miembros del equipo tratante, las características de las prestaciones que recibirá y la información de sus derechos y deberes como usuario.

Se recomienda que desde un primer momento se establezcan claramente los objetivos del tratamiento, para lograr de esta manera que las expectativas que tienen, tanto el usuario como el equipo clínico, se ajusten en la mejor medida a la realidad, evitando así la aparición de sentimientos de impotencia o pesimismo, que puedan poner en riesgo la adherencia del paciente al tratamiento (21).

Las distintas unidades y el equipo de salud mental deben tener flexibilidad ante las necesidades de los pacientes, tener la capacidad de absorber sus demandas, esclarecer sus dudas y solucionar dificultades, teniendo siempre en cuenta y reforzándole al usuario la importancia de cumplir con las fechas y horas de sus controles (7).

Respecto de las citas, los pacientes con enfermedades mentales severas presentan mayor riesgo de olvidar o confundir la fecha y hora de éstas. Se recomienda utilizar sistemas de confirmación de horas uno o dos días antes de su citación. De esta forma disminuiría la tasa de inasistencia e interrupción del/los tratamiento(s) (7).

El servicio debe ser inclusivo, capaz de acoger a los pacientes que presentan mayor riesgo de no adherir (22). En esta línea, es imprescindible que se brinde atención específica a los pacientes con patología dual.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico constituye un problema común en la psiquiatría. En quienes padecen una enfermedad mental severa este fracaso puede constituir un factor limitante en el mejoramiento clínico. Esto se debe a que los pacientes suelen requerir tratamientos a largo plazo y controles regulares, con el objetivo de disminuir la probabilidad de recaídas y recurrencias (23, 24).

El fracaso en lograr la remisión es un predictor de mal pronóstico, de complicaciones psiquiátricas, de resistencia al tratamiento, e incluso muerte por comorbilidades médicas o suicidio (24).

La adherencia farmacológica ha sido vista muchas veces como una cuestión de "todo o nada", categorizando a los pacientes como adherentes o no adherentes al tratamiento. En la práctica clínica este tema parece

ser relevante solamente cuando los pacientes rechazan abiertamente el tratamiento o lo descontinúan repetidamente.

La experiencia muestra que la mayoría de los pacientes son parcialmente adherentes al tratamiento farmacológico, siendo la adherencia completa una cuestión poco frecuente (25, 26).

Como no adherencia nos referiremos a que el paciente no toma nada de lo que le es recetado, la adherencia completa es aquella en donde el paciente toma todo lo que le es recetado y adherencia parcial la usaremos para describir todas las conductas entre estos dos polos (como por ejemplo, olvidos ocasionales o dosis incorrectas) (27).

En relación con la prevalencia una revisión de Nosé *et al.* (28) mostró que un 25,78% de los pacientes no adhiere al tratamiento. Oehl *et al.* (25) estimaron que sólo un tercio de los pacientes con esquizofrenia tienen una adherencia completa y que al menos un 50% de ellos no tendrá una adherencia completa en algún punto de su enfermedad.

Factores como efectos secundarios desagradables, abuso de sustancias, síntomas psicóticos, falta de *insight* y disfunción familiar, han sido asociados con el fracaso en adherir al tratamiento farmacológico.

Los pacientes con antecedentes de recaídas, asociado a una mala adherencia farmacológica, quienes muestran escasa preocupación por su enfermedad y los que presentan como comorbilidad abuso de sustancias, parecen ser los más indicados para recibir intervenciones dirigidas a mejorar los problemas de adherencia (29).

Existe evidencia limitada sobre la efectividad de intervenciones específicas²⁵. Las intervenciones que emplearon estrategias conductuales y educacionales parecieran ser más exitosas que las puramente didácticas. Scott (30) sugirió una serie de pasos a seguir para manejar los problemas de adherencia farmacológica, los que incluyen: i) invertir tiempo en la construcción de la relación personal; ii) desarrollo de un entendimiento compartido de los problemas del paciente; evaluar la aceptabilidad y la manejabilidad de las posibles intervenciones; iii) establecer refuerzos positivos asociados a que el paciente acepte recibir el tratamiento (como por ejemplo volver a estudiar); iv) mantenerse atento sobre conductas ambivalentes con respecto al tratamiento; v) examinar repetidamente que los pacientes entiendan la naturaleza de su enfermedad y la razón de la farmacoterapia; y por último, vi) incorporar a la práctica clínica intervenciones simples para la no-adherencia, como técnicas cognitivas o conductuales.

El clínico pudiera usar otras estrategias prácticas, como la indicación de fármacos que tengan como

posología dosis de una vez al día o el uso de ayuda-memoria como calendarios, diarios, organizadores de pastillas, alarmas electrónicas, así como dispensadores o "blister packs" personalizados (27).

ROL DE LA RED DE APOYO

Las redes de apoyo han sido reconocidas como un importante componente en el proceso de compensación y/o recuperación de los pacientes con enfermedades mentales.

Se define como red social de apoyo a los vínculos interpersonales consistente en la familia, amigos u otros individuos que brindan algún tipo de apoyo que "conduce a creer que se está siendo cuidado, querido y valorado, relación que se caracteriza, además, por obligaciones recíprocas (20).

Las redes de apoyo pueden ser medidas en relación con su tamaño (número de individuos que la componen) o por la calidad del apoyo que brindan los sujetos.

Se describen dos tipos principales de apoyo: los sistemas de apoyo "formal", en donde se incluyen las intervenciones médicas, las intervenciones en crisis y los sistemas de rehabilitación psicosocial, y los sistemas de apoyo "informal" que abarcan a diversas redes sociales que emergen de forma natural, como las familiares, religiosas, de ocio y laborales²⁹. Desafortunadamente la pérdida o quiebre de las relaciones sociales es uno de las más comunes y devastadoras consecuencias de ser diagnosticado como enfermo psiquiátrico.

Una red de apoyo limitada o inadecuada puede obstaculizar el proceso de recuperación, con la consiguiente exacerbación de los síntomas preexistentes, incrementando así el riesgo de rehospitalizaciones, y deteriorando la calidad de vida (32).

Por otro lado, en algunos casos los individuos desean recibir ayuda, pero la percepción de sus propias necesidades difiere de la percepción de su entorno y de los responsables de brindar los servicios. Mientras las prioridades referidas por los enfermos mentales giran en torno a la cobertura de sus necesidades básicas, para los familiares, amigos y profesionales lo fundamental es el cumplimiento con el tratamiento psiquiátrico.

El sujeto que logra mantener relaciones interpersonales tendrá la percepción de una verdadera pertenencia a su medio socio-familiar, lo que en consecuencia eleva su autoestima, fortalece la sensación de autocontrol y le permite obtener mayores herramientas para cumplir con los tratamientos que le permitirán tener el control sobre su condición clínica.

Considerando lo anteriormente señalado, y teniendo en cuenta que la enfermedad mental no afecta sólo al individuo sino a su entorno más próximo, resulta imprescindible incluir a quienes conforman la red de apoyo del paciente en su tratamiento. Esta premisa no corresponde a un modelo opcional de tratamiento, sino que está considerado como un standard de los servicios de salud mental (33).

La inclusión de la red de apoyo del sujeto implica la entrega de psicoeducación, desarrollo de modelos de consulta familiar y terapia tradicional. En el proceso de tratamiento, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el posterior seguimiento, son los integrantes de la red de apoyo quienes proveen información acerca del paciente, su evolución clínica y serán una pieza clave en el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente (23).

Diversos autores señalan que quienes presentan mayor riesgo de no adherir al programa de tratamiento suelen presentar características sociales, tales como bajo nivel educacional, bajos ingresos, desempleo, soltería y ausencia de contacto con familiares. En este grupo encontramos personas abandonadas, jóvenes, de sexo masculino, pertenecientes a minorías étnicas. Pueden ser portadores de más de una patología mental, sin conciencia de enfermedad, y presentar abuso de sustancias y trastornos de personalidad. Es en estos sujetos en quienes se debe poner mayor atención frente al posible abandono del tratamiento fortaleciendo su red de apoyo (6).

De esta manera se logra hacer partícipe del tratamiento a quienes rodean al paciente. Con esto el usuario podrá percibir el apoyo tanto del equipo de salud como de su red externa de apoyo. A su vez, quienes conformen la red de apoyo percibirán al servicio de psiquiatría y al equipo tratante como un aliado en el cuidado del paciente, disminuyendo con esto la carga del cuidador.

Tales intervenciones permitirán que la red de apoyo del individuo actúe como facilitadora de la adherencia, incentivando al paciente a seguir las indicaciones, recordándole acudir a sus citas, siguiendo la evolución clínica y pesquizando tempranamente eventuales descompensaciones.

Por lo señalado anteriormente, es imprescindible mantener contacto con familiares, cuidadores, etc., quienes entregarán al equipo tratante valiosa información clínica y psicosocial acerca del paciente. Esta información es de especial importancia en el tratamiento, pues permitirá atender adecuadamente sus necesidades.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Uno de los factores determinantes en la evolución clínica de los individuos que padecen enfermedades mentales severas es que, luego de pesquisar la patología, el paciente cumpla, de forma regular, con el programa de tratamiento que se le ha indicado.

Existen diversos elementos que van a facilitar o dificultar el cumplimiento de las indicaciones por parte de los usuarios. Hemos mencionado algunos de estos elementos, con el fin de identificar aquellos

que influyen negativamente en la continuidad de cuidados del enfermo y que son susceptibles de ser modificados con algunas sencillas intervenciones (Tabla 1).

Cabe señalar, por último, que para solucionar aquellas situaciones y eliminar los factores que inciden negativamente en el tratamiento del paciente, es necesario contar con un equipo multiprofesional de atención, cuyos integrantes puedan, compartiendo las tareas, responder y detectar tempranamente las necesidades, tanto del usuario como de su entorno más cercano.

Tabla 1

DIFICULTADES, OBSTÁCULOS Y SOLUCIONES RECOMENDADAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

	Dificultades y obstáculos	Soluciones recomendadas
Construcción de la relación personal	-Escasa identificación del paciente con su equipo tratante. -Percepción de no participar en la toma de decisiones referentes a su enfermedad.	-Flexibilidad por parte de los tratantes en su estilo terapéutico, a modo de favorecer la confianza y cercanía en la relación. -Incluir al individuo en el diseño del plan de su tratamiento, considerando sus necesidades, expectativas y preferencias.
Acceso a los servicios	-Lejanía geográfica -Disponibilidad de horas de profesionales	-Sectorización de la atención según domicilio. -Implementación de prestaciones alternativas a la consulta tradicional: consultoría, visita domiciliaria y derivación asistida.
Uso de los servicios	-Inasistencias a citas -Trámites engorrosos y confusos -Malos tratos por parte del personal administrativo	-Sistema de confirmación de las horas de citación. -Entrega de información completa y clara acerca del funcionamiento del servicio. -Instruir al personal administrativo acerca de las dificultades relacionales que podrían presentar algunos pacientes.
Adherencia al tratamiento farmacológico	-Rechazo por parte del paciente a tomar fármacos. -Olvido de tomar las dosis o la consideración de que sean "muchas pastillas." -Efectos adversos indeseables	-Explicar claramente acerca del objetivo y beneficios del tratamiento (mejoría sintomática y desempeño social). -Indicar fármacos susceptibles de usar en una toma diaria, Uso de medicamentos de depósito. -Informar detalladamente los efectos adversos que pueden causar algunos fármacos, su duración, medidas existentes para paliarlos y dar posibilidad de cambio de fármaco.
Rol de la red de apoyo	-Deterioro de habilidades sociales. -Red de apoyo débil o ausencia de ésta.	-Inclusión de los pacientes en grupos y/o talleres de rehabilitación y desarrollo de habilidades relacionales. -Identificación de la red de apoyo, inclusión de ésta en el proceso terapéutico, reforzamiento del vínculo, tanto del paciente como de los tratantes, con los familiares o cuidadores, estableciendo líneas directas de comunicación, psicoeducación, terapias grupales y/o participación en asociaciones de familiares de usuarios.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. (2001) The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Disponible en www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf, accessed April 3, 2012
2. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldber R, *et al.* The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophr Bull.* 2004; 30(2): 193-217
3. Fischer EP, Mccarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Barry KL, Hudson TJ, *et al.* Longitudinal patterns of health system retention among veterans with schizophrenia or bipolar disorder. *Community Ment Health J.* 2008; 44: 321-330
4. Sepúlveda R, Ramírez J, Zitko P, Ortiz AM, Norambuena P, Barreira A. *et al.* Implementing the Community Mental Health Care Model in a Large Latin-American Urban Area. *Int Journal of Mental Health.* 2012; 41(1): 62-72
5. Sainsbury Centre for Mental Health. Keys to Engagement: Review of Care for People with Severe Mental Illness Who Are Hard to Engage with Services. London: The Sainsbury Centre for Mental Health; 1998
6. Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement From Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature. *Schizophr Bull.* 2009; 35(4): 696-703
7. O'Brien A, Fahmy R, Singh SP. Disengagement from mental health services: A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009; 44(7): 558-568
8. Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol Bull.* 1975; 82: 738-783
9. French P, Smith J, Shiers D, Reed M, Rayne M, editors. Promoting recovery in early psychosis: a practice manual. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010
10. Parkman S, Davies S, Leese M, Phelan M, Thornicroft G. Ethnic differences in satisfaction with mental health services among representative people with psychosis in south London: PRISM study 4. *Br J Psychiatry.* 1997; 171: 260-264
11. Garety PA, Rigg A. Early psychosis in the inner city: a survey to inform service planning. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001; 36: 537-544
12. Scott J. Homelessness and mental illness. *Br J Psychiatry.* 1993; 162: 314-324
13. Mowbray CT, Cohen E, Bybee D. The challenge of outcome evaluation in homeless services: engagement as an intermediate outcome measure. *Eval Program Plann.* 1993; 16: 337-346
14. Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ, Wolf PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis.* 1989; 177: 38-42
15. Kampman O, Lehtinen K. Compliance in psychoses. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 100: 167-175
16. Tait L, Birchwood M, Trower P. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *Br J Psychiatry.* 2003; 182:123-128
17. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, *et al.* The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res.* 2001; 36: 987-1007
18. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002; 9: 277-284
19. Catty J. 'The vehicle of success': theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychol Psychother.* 2004; 77: 255-272
20. Milardo RM. Families and social networks: An overview of theory and methodology. *Families and social networks.* Newbury Park, CA: Sage; 1988. pp. 1-7
21. Green CEL, Mcguire PK, Ashworth M, Valmaggia LR. Outreach and Support in South London (OASIS). Outcomes of non-attenders to a service for people at high risk of psychosis: the case for a more assertive approach to assessment. *Psychol Med.* 2011; 41: 243-250
22. Chen A. Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hosp Community Psychiatry.* 1991; 42: 282-287
23. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2004; 55: 886-89
24. Kane JM. Utilization of long-acting antipsychotic medication in patient care. *CNS Spectr.* 2006; 11: 1-7
25. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000; 407: 83-86
26. Aronson JK. Editors' view. Compliance, concordance, adherence. *Br J Clin Pharmacol.* 2007; 63: 383-384
27. Masand P, Roca M, Turner MS, Kane JM. Partial Adherence to Antipsychotic Medication Impacts the Course of Illness in Patients With Schizophrenia. *Prim Care Companion J Clin. Psychiatry.* 2009; 11(4): 147-154
28. Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med.* 2003; 33: 1149-1160
29. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *Br Med J.* 1996; 312: 345-349
30. Tacchi M-J, Scott J. Improving Adherence in Schizophrenia and Bipolar Disorders. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2005
31. Mansilla F. Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1993; 13 (45): 46-51
32. Pernice F. Family Network Support and Mental Health Recovery. *J Marital Fam Ther.* 2010; 36: 13-27
33. Mueser KT, Torrey WC, Lynde D, Singer P, Drake RE. Implementing evidence based practices for people with severe mental illness. *Behav Modif.* 2003; 27 (3): 387-411.

TERAPÉUTICA

RECUERDO Y OLVIDO EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO¹

(Rev GPU 2013; 9; 3: 280-282)

José Gengler², César Jara³ y Luis Acuña⁴

Al abordar terapéuticamente el TEPT existe actualmente consenso en que las intervenciones pueden sobrevictimizar o retraumatizar al paciente. Desde esta mirada, la terapia se limita a intervenciones de apoyo tendientes a enseñar al paciente a vivir con sus síntomas. Aquí se revisan algunas alternativas en vista a ofrecer un panorama más alentador.

Actualmente se asume, desde un punto de vista neurobiológico, que la memoria no es un proceso circunscrito a la transmisión de impulsos que transcurre meramente en la membrana plasmática sino, muy por el contrario, la neurona está plenamente involucrada con toda su maquinaria en esta consolidación, lo cual incluye síntesis proteica efectuada en el citoplasma. Esto significa que no sólo se trata de una comunicación entre membranas plasmáticas a través de una sinapsis, sino que se conforma comunicación desde ADN ubicado en una célula con ADN ubicado en otra (Stahl). La experiencia traumática, en cuanto se refiere a las emociones de supervivencia –es decir, el miedo y la agresión– transcurren principalmente en la amígdala; en cambio la cimentación del recuerdo requiere de la síntesis proteica anteriormente mencionada y que ocurre principalmente en el hipocampo. El propranolol

–fármaco β -bloqueador– empleado en dosis de 40 mg inmediatamente después del recuerdo y seguida de 60 mg de liberación lenta dos horas después, logra inhibirla impidiendo que el componente emocional traumático continúe siendo el relacionado con los hechos en el hipocampo. Así, no se borra la memoria pero sí se consigue que los hechos sea posible de recordarlos sin dolor (Robin Menzies, Canadá). El polimorfismo sintomático observado en estos pacientes puede deberse en parte al hecho de que el trauma pasa directamente desde el sistema límbico a la corteza parietal no dominante y ser previamente significada –como normalmente ocurre– mediante el lenguaje en el área prefrontal. De esta manera se produce una atmósfera de amenaza difusa y permanente que se puede expresar entonces en una gran variedad de síntomas. De lo anterior se desprende el efecto beneficioso de involucrar

¹ Este trabajo fue presentado en las Jornadas de la Sociedad Chilena de Salud Mental, 2012.

² Médico-Psiquiatra, Instituto de Psicoterapia Gestalt Anchimalén, josegengleragenda@gmail.com

³ Médico-Psiquiatra, Hospital del Trabajador, cjarav@achs.cl

⁴ Médico-Psiquiatra, SODEPSI lacuna@hts.cl

las áreas de lenguaje para facilitar la expresión del dolor en palabras.

Los fenómenos de sobrevictimización y retraumatización en este ámbito pueden ocurrir a partir de dos fuentes principales: por un lado el yo puede sentirse sobrepasado por la cantidad de dolor experimentado durante la intervención terapéutica; por otro, puede ser sumamente lamentable que, en función de una postura profesional neutra, el terapeuta adopte una actitud tal que el paciente, cuando comparta su herida, no se encuentre con un ser humano que lo acompañe, reeditándose la experiencia de estar abandonado y en soledad a su suerte en medio de la catástrofe. Son de especial importancia en este sentido los estilos atribucionales y los recursos yoicos (Rotter en L. Oros (2005)), siendo particularmente relevantes, la dualidad pesimismo-optimismo y la dualidad intravertido-extravertido, sobre todo en lo que se refiere a pronóstico.

El Análisis Existencial y la Logoterapia, para impedir la sobrecarga experiencial nociva del Yo, proponen como intervención instalar un “grifo” regulador de la experiencia antes de abordar el evento traumático. Este grifo funciona en base a la cantidad de dolor a la cual el paciente da consentimiento personal en un momento dado. Con frecuencia las personas traumatizadas se encuentran con que jamás se les habría siquiera ocurrido preguntarse algo así: se trata de desarrollar una capacidad de implementar una noción de límite más allá del cual contactarse con el dolor produce más daño que alivio (Längle). En cuanto al ser humano que en particular acompaña al paciente que abre su herida, en el Análisis Existencial y la Logoterapia se han precisado unas condiciones necesarias para que la apertura sea “humanamente” realizada por el terapeuta. En primer lugar, conocer bien los hechos concretos precede al contacto vivencial con lo ocurrido, especialmente si se trata de una intervención en crisis: así, los hechos pueden servir de contención para las vivencias. En cambio, si se entra en el territorio vivencial demasiado precozmente, las emociones pueden desbordarse sin que el terapeuta tenga acceso a saber qué pasó. En el ámbito de los hechos, las condiciones necesarias son: poder ocupar un espacio específico en el que la terapia pueda efectuarse; sentir un sostén en la vida (piso estable); sentir protección (techo firme). Estas tres condiciones permiten construir un refugio: si éste aún no es lo suficientemente sólido, no es tiempo de entrar en el territorio vivencial.

Una vez consolidada, las condiciones necesarias para entrar en la evidencia son: tiempo dedicado (una profundidad relacional no nace en un instante);

permitir la cercanía el encuentro (dejarse tocar personalmente en forma mutua por lo terrible de lo sucedido); comprometerse en una relación (no se trata de un encuentro fugaz, sino del inicio de un vínculo largo y duradero). Al cumplirse estas tres últimas condiciones surge el sentimiento de estar juntos incondicionalmente en el infierno por el tiempo que sea necesario.

Otra forma de contribuir al abordaje terapéutico del TEPT es el desarrollado por las terapias corporales. Según éstas, la vida se fundamenta en tres pilares (Lowen): movimiento, respiración y energía (que corresponde al flujo de emociones y a la presencia de temblor muscular). En contraparte, los tres pilares de la muerte serían ausencia de movimiento (parálisis), ausencia de respiración y ausencia de flujo de energía (congelación). De lo anterior se entiende que el abordaje del TEPT mediante enfoques corporales debería basarse en los conceptos generales de su formas de trabajo y bajo las condiciones especiales propias de este cuadro. En el TEPT existe una disregulación del sistema simpático y del parasimpático: el sistema simpático está en una condición de hiperalerta mientras que el parasimpático ha perdido su capacidad general de descansar. Al mismo tiempo, durante todo el proceso, es necesario tener en cuenta el “grifo” del Análisis Existencial teniendo permanente cuidado de no sobrepasar al yo con un exceso de experiencia. Así las cosas, con técnicas corporales se procede a descongelar el trauma muy poco a poco y en varias sesiones. Concomitantemente, aprovechando el movimiento que se genera a partir de la descongelación, se viaja al pasado en busca de recursos positivos. La pregunta fundamental es: ¿Cómo era esta persona antes del trauma? ¿Cuáles eran en el pasado sus recursos positivos más importantes?

En este ámbito el recurso positivo más frecuente e importante suele ser la espiritualidad (Lowen, Frankl en Längle, 2000, Wilber). Ante ella el terapeuta debe saber que lo horroroso del trauma no es reducible totalmente ni a la dimensión corporal ni a la dimensión psíquica (Längle, 2008). En cambio, hay que permitirle a la dimensión espiritual ocupar un espacio en la terapia para ser abordada en forma fenomenológica y personal, en lo posible sin elementos esotéricos, dogmáticos o religiosos (Längle, 2008), resguardando su inclusión profesional en el proceso.

Finalmente, habría que agregar la existencia de numerosos trabajos acerca del abordaje de la hiperexcitabilidad del sistema simpático por medio de la relación y la compensación, de esta manera, a través del sistema parasimpático (Robert Moore, enseñanza oral en formaciones de Biosíntesis).

REFERENCIA

1. Längle A. (2000). "Viktor Frankl. Una Biografía", Empresa Editorial Herder, S. A., Barcelona
2. — (2008): "Vivir con sentido: aplicación práctica de la Logoterapia", Buenos Aires: Editorial y Distribuidora Lumen.
3. Lowen A. (Primera edición en: "Área de conocimiento: Ciencias sociales": 2001): *La Depresión y el cuerpo*, Madrid, España: Alianza Editorial S. A.
4. Oros L. (2005). "Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización", *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol. XIV, No 1: pág. 00-00. 2005
5. Wilber K. "Psicología integral", Editorial Kairós, Barcelona, 5ta edición
6. — (2005) «Sexo, Ecología y Espiritualidad», Artes Gráficas Cofás, Madrid.

INVESTIGACIÓN

CONDUCTAS Y PREFERENCIAS SEXUALES DE LOS CHILENOS. SEGUNDA PARTE

(Rev GPU 2013; 9; 3: 283-292)

Fernando Maureira¹, Crystian Sánchez², Ekatherine Stapf³ y Yessenia Maureira⁴

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 segunda parte de este estudio.

INTRODUCCIÓN

Si bien muchos patrones de comportamiento sexual son culturales, algo que se encuentra patente en todas las sociedades es la importancia que se atribuye al sexo, constituyéndose como uno de los pilares fundamentales de las relaciones de pareja. Un hecho importante en nuestra cultura occidental es el enorme consumo de productos de orientación sexual, como revistas eróticas, productos de primera línea que ofrecen a las mujeres ser más atractivas y a los hombres ser más deseados, consumo de material pornográfico para damas y varones, etc. Esta importancia del sexo es lo que

ha hecho que éste se convierta en centro de numerosos estudios, tanto de marketing, por parte de la industria de consumo, como de centros académico y médicos, con la finalidad de entender la sexualidad humana y ayudar en el bienestar de miles de personas en el mundo, además de prevenir y tratar diversas enfermedades relacionadas con el sexo.

En la primera parte de esta investigación se expuso los datos sociodemográficos de la muestra, junto con los análisis a las primeras 45 preguntas sobre sexualidad, abarcando temas de masturbación, orgasmos, primeras actividades sexuales con penetración, fantasías sexuales, tiempo de duración de la actividad coital,

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

² Licenciado en Psicología.

³ Doctorante escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile.

⁴ Estudiante licenciatura en Química y Biología, Universidad de Santiago de Chile.

pornografía, sexo por internet, sexo telefónico, etc. A continuación presentamos la segunda y última parte de las respuestas entregadas por los chilenos sobre su actividad sexual.

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 de 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

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

Pregunta 41 ¿Te grabarías o te has grabado teniendo relaciones sexuales?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	47	36,4
	No	82	63,6
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	70	48,6
	No	74	51,4
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre los hombres y mujeres frente a la situación de grabarse teniendo relaciones sexuales. En el caso de ambos sexos la respuesta afirmativa supera el 35%.

Pregunta 42 ¿Subirías o has subido a la red un video tuyo desnudo o teniendo sexo?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	0	0,0**
	No	129	100,0**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	10	6,9**
	No	134	93,1**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres presentan porcentajes más altos en relación con las mujeres en su interés por subir videos desnudos o teniendo sexo. En el caso de las mujeres la respuesta afirmativa fue de un 0% y en los hombres de casi un 7%. La gran mayoría de los encuestados de ambos sexos responde que no a la pregunta.

Pregunta 43 ¿Te gustaría participar como actor o actriz en una película pornográfica?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	25	19,4**
	No	104	80,6**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	64	44,4**
	No	80	55,6**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres presentan porcentajes más altos que las mujeres frente al deseo de participar como actor en una película pornográfica. Las respuestas afirmativas de los hombres alcanzan casi al 50%.

Pregunta 44 ¿Estarías dispuesto/a a pagar o has pagado por tener relaciones sexuales?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	25	19,4**
	No	104	80,6**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	64	44,4**
	No	80	55,6**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres han pagado o pagarían por tener relaciones sexuales en porcentaje mayor que las mujeres. En ellos la respuesta afirmativa llega al 35%.

Pregunta 45
¿Has fantaseado con alguien de tu mismo sexo?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	47	36,4
	No	82	63,6
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	33	22,9
	No	111	77,1
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres frente a la situación de fantasear sexualmente con alguien del mismo sexo. En el caso de los hombres esta situación supera el 22% y en las mujeres alcanza al 36%.

Pregunta 46
¿Has tenido relaciones sexuales con alguien de tu mismo sexo?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	23	17,8
	No	106	82,2
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	25	17,4
	No	119	82,6
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre ambos sexos frente a la situación de tener relaciones sexuales con una persona de su mismo sexo. En el caso de hombres y mujeres la respuesta afirmativa llega al 17%.

Pregunta 47
¿Has usado alguna excusa para no tener sexo con tu pareja porque tú no tenías ganas?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	66	51,2**
	No	63	48,8**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	33	22,9**
	No	111	77,1**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Las mujeres han utilizado en mayor medida que los hombres una excusa para no tener sexo con su pareja. En el caso de ellas la respuesta afirmativa supera el 50%.

Pregunta 48
¿Cuál es tu excusa más habitual para no tener sexo?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Me duele la cabeza	3	2,3
	No tengo ganas	47	36,4**
	Estoy muy cansado/a	25	19,4
	Los niños están despiertos	0	0,0
	No utilizo ninguna excusa	54	41,9**
Total	129	100,0	
Masculino	Me duele la cabeza	0	0,0
	No tengo ganas	12	8,2**
	Estoy muy cansado/a	26	17,8
	Los niños están despiertos	0	0,0
	No utilizo ninguna excusa	108	74,0**
Total	146	100,0	

** Diferencia significativa al ,01.

Las mujeres explican mucho más que los hombres que no tienen ganas de tener sexo cuando no se encuentran dispuestas a tener relaciones. Por su parte, los hombres muestran porcentajes más altos que las mujeres en no utilizar excusas.

Pregunta 49
¿Has usado algún juguete sexual durante una relación con tu pareja?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	34	26,4
	No	95	73,6
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	33	22,9
	No	111	77,1
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres en relación con el uso de juguetes sexuales durante sus relaciones. En ambos sexos la respuesta afirmativa supera el 20%.

Los hombres presentan porcentajes más altos que las mujeres en favor de tener sexo en la primera cita. En ellos la respuesta afirmativa alcanza el 66%, en cambio las mujeres llegan al 43%.

Pregunta 50
¿Estás a favor de tener sexo en la primera cita?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	56	43,4**
	No	73	56,6**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	96	66,7**
	No	48	33,3**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres presentan porcentajes más altos que las mujeres en favor de tener sexo en la primera cita. En ellos la respuesta afirmativa alcanza el 66%, en cambio las mujeres llegan a los 43%.

Pregunta 51
¿Has usado alimentos para complementar el sexo con tu pareja?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	75	58,1
	No	54	41,9
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	77	53,5
	No	67	46,5
	Total	144	100,0

No existen diferencia entre hombres y mujeres en relación con el uso de alimentos para complementar el sexo. En ambos sexos la respuesta afirmativa supera el 50%.

Pregunta 52
¿En tus relaciones sexuales usas siempre anticonceptivos?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	51	39,5
	No	78	60,5
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	57	39,6
	No	87	60,4
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres en sus respuestas sobre el uso de anticonceptivos durante sus relaciones sexuales. En ambos sexos la respuesta afirmativa llega casi al 40%.

Pregunta 53
¿Prefieres que tu pareja sexual tenga una edad mayor, igual o menor que tú?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Menor	3	2,3**
	Igual	45	34,9
	Mayor	81	62,8**
	Total	129	100,0
Masculino	Menor	70	48,6**
	Igual	57	39,6
	Mayor	17	11,8**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres presentan índices más altos que las mujeres en relación con tener una pareja sexual que tenga menos edad que ellos. Por el contrario, las mujeres prefieren tener parejas sexuales mayores que ellas, en valores más alto que los hombres.

Pregunta 54
¿Sueles gemir o jadear mientras tienes relaciones sexuales?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	117	90,7*
	No	12	9,3*
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	119	82,6*
	No	25	17,4*
	Total	144	100,0

* Diferencia significativa al ,05.

Las mujeres presentan índices más altos que los hombres en relación con gemir durante el sexo. Las respuestas afirmativas de ellas superan el 90%.

Pregunta 55
¿Qué vocal es la que más utilizas cuando jadeas durante el sexo?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	A	97	75,2**
	E	0	0,0
	I	0	0,0
	O	17	13,2**
	U	3	2,3
	No jadeo	12	9,3
	Total	129	100,0

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Masculino	A	71	49,3**
	E	3	2,1
	I	0	0,0
	O	38	26,4**
	U	9	6,3
	No jadeo	23	16,0
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Las mujeres dicen utilizar la letra A como gemido durante sus relaciones sexuales en mayor medida que los hombres. Por su parte, los hombres utilizan más la letra O que ellas. Es interesante que ninguno de los dos sexos diga utilizar la letra I como gemido.

Pregunta 56
¿Qué disfraz erótico prefieres para tu pareja?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Policía	42	32,6*
	Médico/enfermera	19	14,7
	Profesor/a	28	21,7
	Escolar	34	26,4*
	Superhéroe	6	4,7
	Total	129	100,0
Masculino	Policía	6	4,2*
	Médico/enfermera	17	11,8
	Profesor/a	30	20,8
	Escolar	82	56,9*
	Superhéroe	9	6,3
	Total	144	100,0

* Diferencia significativa al ,05.

Las mujeres prefieren en porcentajes más altos que los hombres un disfraz erótico de policía para su pareja. En cambio los hombres prefieren un disfraz de escolar más que las mujeres. En las demás opciones no hay diferencias entre los sexos. En el caso del disfraz escolar los hombres lo prefieren en más del 55%.

Pregunta 57
¿Estarías dispuesto a usar o que tu pareja usara la píldora del día después?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	104	80,6
	No	25	19,4
	Total	129	100,0

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Masculino	Sí	122	84,7
	No	22	15,3
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres en relación con el uso de la píldora del día después. La respuesta afirmativa en ambos sexos supera el 80%.

Pregunta 58
¿Has pensado en la posibilidad de abortar o que tu pareja aborte alguna vez?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	66	51,2*
	No	63	48,8*
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	90	62,5*
	No	54	37,5*
	Total	144	100,0

Los hombres han pensado en mayor medida que las mujeres en la posibilidad del aborto. En ellos la respuesta afirmativa supera el 60%.

Pregunta 59
¿Has abortado o has participado en un aborto alguna vez?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	21	16,3
	No	108	83,7
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	21	14,6
	No	123	85,4
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres frente a la pregunta si han abortado o participado en un aborto. En ambos sexos la respuesta afirmativa llega a cerca del 15%.

Pregunta 60
¿Qué utilizas regularmente para dormir?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Pijama de franela	10	7,8
	Camiseta y short	60	46,5**
	Ropa interior	34	26,4**
	Nada, duermes desnudo/a	25	19,4*
	Total	129	100,0

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Masculino	Pijama de franela	10	6,9
	Camiseta y short	25	17,4**
	Ropa interior	64	44,4**
	Nada, duermes desnudo/a	45	31,3*
	Total	144	100,0

* Diferencia significativa al ,05.

** Diferencia significativa al ,01.

Las mujeres utilizan en mayor medida que los hombres camiseta y short para dormir. Por su parte, los hombres utilizan más que ellas ropa interior o duermen desnudos.

Pregunta 61

¿Crees tú que tu actual pareja es excitante sexualmente para otras personas?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	117	90,7
	No	12	9,3
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	132	91,7
	No	12	8,3
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres en relación con la creencia de que su pareja resulta atractiva sexualmente para otras personas. En ambos sexos la respuesta afirmativa supera el 90%.

Pregunta 62

¿Prefieres que tu pareja sea bien dotada físicamente o inteligente?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Bien dotada físicamente	32	24,8
	Inteligente	97	75,2
	Total	129	100,0
Masculino	Bien dotada físicamente	48	33,3
	Inteligente	96	66,7
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres en relación con la preferencia de una pareja bien dotada físicamente o inteligente. En ambos sexos la respuesta de la inteligencia como característica más importante supera el 60%.

Pregunta 63

Si tú lo pasaras mal en la cama con tu pareja, ¿temerías herir sus sentimientos confesándole?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	63	48,8
	No	66	51,2
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	64	44,4
	No	80	55,6
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a temer herir los sentimientos de su pareja confesándole que lo pasan mal en la cama. En ambos sexos la respuesta afirmativa alcanza cerca del 50%.

Pregunta 64

¿Te resulta cómodo hablar de sexo con tu pareja?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	123	95,3
	No	6	4,7
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	141	97,2
	No	4	2,8
	Total	145	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres acerca de a hablar con su pareja sobre sexo. En ambos sexos la respuesta afirmativa supera el 95%.

Pregunta 65

¿En el plano sexual le expresas a tu pareja lo que deseas?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	117	90,7*
	No	12	9,3*
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	141	97,2*
	No	4	2,8*
	Total	145	100,0

* Diferencia significativa al ,05.

Los hombres poseen índices más altos que las mujeres en relación con la expresión de sus deseos sexuales a su pareja. En ellos la respuesta afirmativa supera el 97%.

Pregunta 66
¿Te gusta escuchar a tu pareja hablar de sus fantasías sexuales?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	123	95,3
	No	6	4,7
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	137	95,1
	No	7	4,9
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres en la escucha de las fantasías sexuales de su pareja. En ambos sexos la respuesta afirmativa supera el 95%.

Pregunta 67
¿Hablas abiertamente de sexo con otras personas que no sean tu pareja?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	101	78,3
	No	28	21,7
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	109	75,7
	No	35	24,3
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre ambos sexo en relación con el hablar de sexo con personas que no sean sus parejas. En hombres y mujeres la respuesta afirmativa supera el 75%.

Pregunta 68
¿Te excita el sexo oral?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	110	85,3**
	No	19	14,7**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	141	97,9**
	No	3	2,1**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres se excitan con el sexo oral en mayor medida que las mujeres. En ellos la respuesta afirmativa llega al 98%.

Pregunta 69
¿Has hecho o te han hecho sexo oral?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	123	95,3
	No	6	4,7
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	137	95,1
	No	7	4,9
	Total	144	100,0

No existe diferencia en hombres y mujeres respecto a la práctica del sexo oral. En ambos sexos la respuesta afirmativa supera el 95%.

Pregunta 70
¿Has tragado semen o líquido vaginal?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	78	60,5*
	No	51	39,5*
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	106	73,6*
	No	38	26,4*
	Total	144	100,0

* Diferencia significativa al ,05.

Los hombres aseguran haber tragado semen o líquido vaginal en mayor medida que las mujeres. En ellos la respuesta afirmativa supera el 70%.

Pregunta 71
¿Has practicado sexo oral simultáneo con tu pareja (el 69)?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	117	90,7**
	No	12	9,3**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	109	75,7**
	No	35	24,3**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Las mujeres dicen haber practicado el sexo simultáneo con su pareja en porcentajes mayores que los hombres. En ellas la respuesta afirmativa supera el 90%, en cambio en los hombres llega al 75%.

Pregunta 72

¿Has practicado alguna vez sexo oral sólo para complacer a tu pareja, pero no disfrutando de él?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	56	43,4
	No	73	56,6
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	63	43,8
	No	81	56,3
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres en relación con la práctica del sexo oral sólo para complacer a la pareja. En ambos sexos la respuesta afirmativa supera el 40%.

Pregunta 73

¿Te excita el sexo anal?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	47	36,4**
	No	82	63,6**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	119	82,6**
	No	25	17,4**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres dicen excitarse con el sexo anal en mayor medida que las mujeres. En el caso de ellos la respuesta afirmativa supera el 80%, en cambio en las mujeres llega al 36%.

Pregunta 74

¿Has hecho o te han hecho sexo anal?

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

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres afirman en mayor porcentaje que las mujeres de haber practicado sexo anal con su pareja. En ellos la respuesta afirmativa supera el 75%, en cambio en las mujeres llega casi al 60%.

Pregunta 75

¿Has metido o te ha metido tu pareja los dedos por el ano?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	60	46,5**
	No	69	53,5**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	99	68,8**
	No	45	31,3**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres dicen haber metido sus dedos por el ano de su pareja en mayor medida que las mujeres dicen hacerlo o que se lo han hecho. En ellos la respuesta afirmativa supera el 68%.

Pregunta 76

¿Has practicado alguna vez el sexo anal sólo para complacer a tu pareja, pero no disfrutando de él?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	54	41,9**
	No	75	58,1**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	22	15,3**
	No	122	84,7**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Las mujeres dicen haber practicado el sexo anal sólo para complacer a su pareja en porcentajes mucho mayores que los hombres. En ellas la respuesta afirmativa llega al 40%.

Pregunta 77

¿Has hecho o te han hecho el sexo entre los pechos?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	69	53,5*
	No	60	46,5*
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	96	66,7*
	No	48	33,3*
	Total	144	100,0

* Diferencia significativa al ,05.

Los hombres dicen haber practicado sexo entre los pechos de sus parejas en índices más altos que las mujeres. En ellos las respuestas afirmativas llegan al 66%.

Pregunta 78
¿Has sido infiel alguna vez?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	73	56,6
	No	56	43,4
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	80	55,6
	No	64	44,4
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres a la hora de preguntar si han sido infieles. En ambos sexos la respuesta afirmativa supera el 50%.

Pregunta 79
¿Has tenido relaciones sexuales con alguien casado; compañero, amigo o familiar de tu pareja?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Alguien casado o con pareja estable	51	39,5
	Algún compañero/a de trabajo o estudios de tu pareja	3	2,3*
	Algún amigo/a de tu pareja	6	4,7
	Algún/a familiar de tu pareja	0	0,0
	Ninguna de las anteriores	69	53,5*
	Total	129	100,0
Masculino	Alguien casado o con pareja estable	70	48,6
	Algún compañero/a de trabajo o estudios de tu pareja	0	0,0*
	Algún amigo/a de tu pareja	12	8,3
	Algún/a familiar de tu pareja	0	0,0
	Ninguna de las anteriores	62	43,1*
	Total	144	100,0

* Diferencia significativa al ,05.

Las mujeres dicen haber tenido relaciones sexuales con algún compañero del trabajo o estudio de su pareja en mayor porcentaje que los hombres. De igual manera, más mujeres que hombres aseguran no haber tenido sexo con alguien de las características mencionadas. En las demás alternativas no existen diferencias entre ambos sexos.

Pregunta 80
¿Participarías en un trío sexual si tu pareja te lo pide?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	34	26,4**
	No	95	73,6**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	80	55,6**
	No	64	44,4**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres en mayor porcentaje que las mujeres dicen que participarían en un trío sexual si su pareja se lo pide. En ellos la respuesta afirmativa supera el 50%, en cambio en las mujeres llega al 26%.

Pregunta 81
¿Has fantaseado o has tenido relaciones sexuales con más de una persona al mismo tiempo?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	45	34,9**
	No	84	65,1**
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	87	60,4**
	No	57	39,6**
	Total	144	100,0

** Diferencia significativa al ,01.

Los hombres han fantaseado con tener relaciones con más de dos personas a la vez en porcentaje más altos que las mujeres. En ellos la respuesta afirmativa supera el 60%.

Pregunta 82
¿Te gustaría participar o has participado de un swinger (cambios de parejas durante el sexo)?

Sexo	Opciones	Nº sujetos	Porcentaje %
Femenino	Sí	23	17,8
	No	106	82,2
	Total	129	100,0
Masculino	Sí	30	20,8
	No	114	79,2
	Total	144	100,0

No existen diferencias entre hombres y mujeres al consultar si les gustaría participar en un swinger. En ambos sexos la respuesta afirmativa no alcanza el 20%.

CONCLUSIONES

La actividad sexual con personas de su mismo sexo alcanza el 17% de la muestra, siendo éste un referente importante al constatar las orientaciones sexuales que están practicando los chilenos. Esto no debe asumirse como una orientación puramente homosexual, ya que sólo el 10% de los hombres y el 5% de las mujeres de la muestra se reconocen como homosexuales, en tanto que un 9% de las damas y 6% de los varones se asume bisexual. Además es posible encontrar que personas que se asumen como heterosexuales hayan tenido alguna vez en su vida un encuentro homosexual esporádico.

Con respecto a las prácticas del sexo oral y anal, más del 95% de la muestra afirma haberlo practicado. En tanto, más del 70% de los hombres y casi el 60% de las mujeres dicen haber practicado sexo anal. Ambos valores son muy superiores a los mostrados por Jara *et al.* (1997), donde 50% de los jóvenes declaraba haber tenido actividades sexuales de este tipo.

Las conductas y prácticas sexuales pueden constituir una especie de medidor de los cambios y tendencias culturales de las sociedades, siendo el presente estudio un ejemplo claro que refleja la apertura a hablar de sexualidad de forma desprendida y sin reservas en una sociedad chilena que se presumía en décadas como extremadamente conservadora. Como dato curioso que se desprende del presente análisis es la baja incidencia o práctica del aborto. Esto puede explicarse debido a las implicancias legales y morales que subyacen en el la figura del aborto a nivel social.

Es probable que estas prácticas sexuales que se reflejan en los datos arrojados en la presente encuesta siempre se hayan practicado en cierta medida, en la vida sexual cotidiana de los chilenos, pero habían estado ocultas o reprimidas ante las posibles miradas y/o juzgamientos inquisidores heredados de épocas en que

se asociaba al sexo con lo pecaminoso o lo sucio. De allí que todos estos cambios y aperturas sobre la sexualidad nos conducen a replantearnos un nuevo mundo de relaciones y de cambios sobre el concepto de sexualidad y de moralidad en nuestras sociedades.

Significativo también resulta el desvanecimiento de prejuicios, temores y sentimientos de culpa sobre las prácticas sexuales independientemente del género y/o preferencia sexual. El hecho de que en este estudio aparezcan datos relacionados con grupos antes excluidos, tanto cultural y socialmente, como los son los grupos homosexuales y bisexuales es un signo de los nuevos tiempos que se viven en la sociedad chilena, una sociedad que, como muchas otras, no puede escapar a los cambios y las influencias externas.

Por último, se considera oportuno conocer más sobre la vida sexual de los chilenos, como una forma de validar las conductas sexuales, permitir la apertura a nuevas experiencias, reestructurar las normas morales y abrir nuevos caminos que contribuyan a tratamientos cuyo fin sea mejorar las prácticas para una sexualidad sana, responsable y placentera.

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

PROBLEMAS DEL DORMIR Y SU RELACIÓN CON TIPOS DE APEGO EN NIÑOS PREESCOLARES

(Rev GPU 2013; 9; 3: 293-306)

Claudia Andrea Cerfogli¹

El objetivo general de este estudio es analizar las relaciones entre problemas del dormir y tipos de apego en 19 preescolares de 5 años (8 con problemas y 11 sin problemas). Se describe en la literatura una relación positiva entre problemas del dormir y apego. Para lograr el objetivo de estudio se plantea como objetivo específico, describir los tipos de apego con las figuras parentales. Además, se busca plantear recomendaciones clínicas. Se diseña un estudio no experimental transversal descriptivo para comparar las variables a través de cuestionarios y la prueba de apego Story Completion Task. Se confirma la existencia de una relación significativa entre el problema del dormir y apego de tipo inseguro. Se describe menos competencia simbólica, menos capacidad de resolución positiva y percepción de sostén parental con más incoherencia en las narrativas en los niños con problemas del dormir. Se discuten los resultados y las sugerencias pertinentes.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio busca conocer los diferentes tipos de apego con las figuras parentales en niños de cinco años que presentan problemas del dormir.

A la edad de niños preescolares se espera la capacidad de autocontenerse frente a los despertares nocturnos, junto con autorregularse emocionalmente ante posibles temores asociados a la oscuridad y soledad. Esto conlleva a que la dificultad para dormir solos de estos niños pueda interpretarse desde la perspectiva de una carencia vincular que no les habría permitido

desarrollar esta autorregulación, proceso que los padres estarían reparando en la asistencia nocturna.

Se estima que cerca del 20 a 30% de los niños sufren de interrupciones del sueño durante la noche en los primeros tres años de vida (Anders, 1994). Hacia la edad escolar se disminuye a cerca del 1 a 5% aunque queda la duda de si hay más niños que no reportan sus despertares a los padres. De hecho, hay estudios que señalan una gran incidencia de problemas del dormir en este grupo etario. Específicamente, un estudio con autorreporte mostró que niños escolares tenían 11% de retraso del dormir y 17% problemas de despertar en

¹ El presente artículo surge de la confección de Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología Mención Clínica. ccerfogl@uc.cl

medio de la noche (Blader, Koplewicz, Abikoff y Foley, 1997) Otro estudio reveló que en niños de 5 a 12 años un 11,3% tiene los periodos de latencia excesivamente largos; un 6,5% presenta despertares nocturnos; un 17% tiene dificultades al levantarse por la mañana y un 17% fatiga relacionada con alteraciones del sueño (Blader, *et al* 1997).

En Chile se han llevado a cabo estudios similares como el realizado por la Clínica del Sueño de la Universidad Católica, que aplicó durante 1999, en un establecimiento educacional, una encuesta a más de 100 niños con un promedio de edad de once años. El 44,2% presentaba algún trastorno del dormir, del cual un 25% correspondía a pesadillas, un 20% a terrores nocturnos, un 10% a sonambulismo, un 6% a bruxismo y un 5% a enuresis. Aparecía un 65% con somnolencia diurna que se ligaba con dificultades atencionales en sala de clases (Masalán y Mesa, 1999).

Los problemas del sueño están entre los síntomas clínicos predominantes, y los criterios diagnósticos de varios trastornos emocionales lo incluyen (American Psychiatric Association 1995, Dahl, 1996). Las razones causales del trastorno del sueño parecen ser bidireccionales entre problemas del sueño y bienestar psicosocial del niño (Dahl, 1996; Sadeh, Raviv y Gruber, 2000). Es decir, el trastorno del sueño podría ser causa de psicopatología del niño como a su vez la psicopatología podría exacerbar una dificultad al dormir. Esto lleva a la relevancia de realizar estudios directos sobre la problemática del dormir en los niños como un modo de encontrar caminos de intervención clínica pertinentes.

Ya que los problemas del dormir se asocian a desregulación emocional, podemos comprender la vivencia del niño sobre su percepción del mundo y la capacidad que tiene él para influir en éste desde su capacidad para enfrentar las ansiedades frente a la experiencia de la soledad. En este estudio se intentará aportar a esta comprensión fenomenológica infantil.

TRASTORNO DEL SUEÑO INFANTIL

Se dan dos fenómenos que evolucionan paulatinamente en el sueño. Uno es el fenómeno del “despertar” en la noche que se aminora con la edad (Sadeh *et al.*, 2000). Otro fenómeno que se observa es el retraso de la hora del dormir que se intensifica en la edad de la pubertad (Sadeh *et al.*, 2000). En los primeros quince años de la vida se producen más cambios en la estructura del sueño y en las funciones fisiológicas asociadas a él que en el resto de la vida. Ello conlleva la aparición de diferentes cuadros patológicos.

Las alteraciones del dormir más frecuentes se dan durante todas las etapas evolutivas, siendo las pesadillas, terrores nocturnos y enuresis las más conocidas y documentadas. Los despertares nocturnos con consiguiente traslado a la cama de los progenitores son documentados sobre todo en los niños pequeños como parte del manejo parental de los hábitos del dormir. Poco se ha investigado sobre estas dificultades en el estadio escolar (Sadeh *et al.*, 2000). La resistencia a dormirse sin un adulto significativo a su lado es parte de los síntomas esperados en la ansiedad de separación que se da entre los 8 meses y los dos años de edad del niño, y que reaparece en momentos de alto estrés en la vida ulterior del niño.

Los niños en la etapa preescolar logran la representación simbólica, el lenguaje, la conciencia de sí mismos y los comienzos del autocontrol; es la etapa en que se espera que pasen de la regulación diádica a la autorregulación. Se espera, entonces, que el preescolar logre regular su conducta habitual sin intervención del adulto (Sroufe, 2000). Por lo tanto, se espera una adecuada autorregulación del ciclo vigilia-sueño sin la necesidad de un acompañamiento constante del adulto, pero también se espera que deban lidiar con sus fantasías más negativas respecto de la soledad y oscuridad.

Para definir los trastornos del sueño en la infancia se debe diferenciar entre dos fenómenos: los problemas del sueño y los trastornos del sueño. Por un lado, los problemas del sueño se pueden definir como patrones de sueño que son insatisfactorios para los padres, el niño o las personas que lo rodean. El trastorno del sueño es una alteración fisiológica propiamente tal. Así pues, el trastorno representa una función anormal mientras que el “problema” puede representarla o no (Pin Arboledas, 1998).

Los problemas en el momento de acostarse son muy frecuentes entre los 2 y los 6 años, que se manifiesta con oposición activa a acostarse y necesidad de rituales previos al dormir, pidiendo la luz prendida o la mano del adulto. El dormir en la cama de los padres es una conducta asociada significativamente a problemas del sueño en un 24% de los niños de 2-4 años que duermen al menos una vez por semana en la cama paterna (Pin Arboledas, 2002).

Como conclusión, diremos que la presencia de ciertos problemas del sueño (despertares, resistencia a acostarse) es un fenómeno normal que ocurre en una minoría importante de niños, pero la persistencia del problema más allá del periodo habitual de presentación sugiere la necesidad de intervención específica.

CONCEPTO DE APEGO

El apego es un proceso ampliamente estudiado desde Bowlby (1983, 1985, 1989, 1990). Este concepto apunta a describir la relación entre padres e hijos que se va tiñendo de afectividad positiva y negativa a lo largo del tiempo. El apego lleva a la tendencia a mantenerse cerca de la figura que el niño percibe como significativa. Un niño con un buen apego con sus cuidadores será un niño seguro frente al mundo y a las exigencias evolutivas (Barudy, 1998). En cambio, un niño con apego inseguro tendrá dificultades para vincularse positivamente con su entorno y con los otros y obtener buenos resultados en la interacción social y en el aprendizaje (Barudy, 1998).

Desde los estudios de laboratorio de Ainsworth y Bell (1978) de Situación Extraña, se observaron diferentes tipos de apego seguro e inseguro. El estudio actual se basará en estas conductas para categorizar a los niños estudiados. En los estudios realizados por el equipo de Mary Ainsworth se evaluó una amplia gama de conductas maternas en el hogar encontrando cuatro aspectos que se relacionaban con la seguridad del apego, que eran la sensibilidad, la aceptación del niño, la cooperación y la accesibilidad, siendo la sensibilidad materna la determinante principal de la calidad del vínculo (Crittenden, 2001).

Los distintos tipos de apego en la Situación Extraña se distinguen entre sí del modo siguiente: en la Pauta de Apego Seguro (Patrón tipo B) el niño al momento de separarse de la madre muestra cierto grado de aflicción y llora. Cuando retorna la figura de apego el niño es capaz de acogerla y recibir consuelo de ella. El niño muestra confianza en la figura de apego y se recupera rápido de la aflicción. En la Pauta de Apego Ansioso Resistente (Patrón tipo C) el niño en el momento de separarse de la madre muestra un alto monto de aflicción y de llanto, su separación es ansiosa requiriendo reiteradas muestras de afecto desde las figuras de apego. En el reencuentro le cuesta recuperarse de la aflicción. En la Pauta de Apego Ansioso Evitativo (Patrón tipo A) al momento de separarse de la madre el niño no muestra signos de aflicción, y al retornar la figura de apego el niño la evita e ignora mostrando desconfianza, porque en numerosas situaciones el niño ha percibido que se le ha ignorado en su búsqueda de afecto, llevándolo a generar una actitud de autosuficiencia.

En estudios posteriores se incluyó otro patrón de apego, la Pauta de Apego Desorganizado (Patrón tipo D) donde el niño despliega conductas desorganizadas en presencia de sus padres. Sería una versión desorganizada de las tres anteriores que se da a menudo

en niños con apego ansioso resistente, que han sufrido violencia física o en bebés cuyas madres sufren de desórdenes del ánimo (Bowlby, 1989). Aquí el niño no logra poder hacerse una representación mental de la figura de apego.

Existe una persistencia en las pautas de apego que se tenderían a perpetuar, a lo largo de la vida, ya que el modo de relacionarse de los padres con los hijos no varía en demasía y, además, se genera un círculo virtuoso y/o vicioso entre la respuesta del niño y la de los padres. A medida que el niño crece se convierte esta pauta en parte de sus características (Bowlby, 1989). Según los estudios de Patricia Crittenden (Crittenden, 2001, 2002) estos patrones serían: Patrón seguro (Tipo B): Niños que utilizan equilibradamente la información afectiva y la cognitiva. Así las discrepancias entre los sentimientos y las cogniciones se resuelven a través de la actividad mental aumentando la comprensión de los fenómenos y mejorando la adaptación a las circunstancias del mundo. El Patrón defendido (Tipo A): Son niños que han aprendido a usar la evitación como modo de defenderse contra el rechazo. Aparecen inhibidos. Aprenden a pensar que los afectos son engañosos y que la razón es más confiable, lo que los vuelve fríos y corteses. El Patrón Coercitivo (Tipo C): Son niños que han tenido padres con conductas inconsistentes hacia ellos, donde se les ha reforzado la expresión afectiva pero no se les ha ayudado a tener un mapa racional y coherente del mundo, no los han ayudado a organizar la información cognitiva. Aprenden a no confiar en las cogniciones y sí en las emociones. Aprenden a manipular y demandar a sus cuidadores, quienes se sienten frustrados y desafiados. Por último, el Patrón defendido-coercitivo (A/C): Tipo mixto, donde se dan características de uno y otro. Estos niños son capaces de usar información de tipo afectivo como cognitivo pero no logran integrarla y oscilan entre ambas, dándose esto en etapas posteriores del desarrollo.

APEGO Y PROCESOS AUTORREGULATORIOS

La autorregulación se ha definido como la capacidad de las personas de modificar su conducta en función de las demandas específicas (Block y Block, 1980; COP, 1982; Rothbart, 1989 en González, 2001) siendo estas demandas cognitivas, emocionales y sociales. Dentro de esta autorregulación están los procesos de regulación emocional que implican procesos atencionales, características de los estímulos, codificación de las señales, tipos de afrontamiento, regulación de las demandas y selección de las respuestas adaptativas (Thompson, 1994 en González, 2001).

La regulación emocional se desarrolla en el contexto de las relaciones tempranas del niño, donde el apego es una pieza clave como mediadora de estos procesos emergentes. Es en las relaciones con los otros significativos que el niño va moldeando su percepción del medio y su capacidad de afrontarlo. Los procesos atencionales y de mentalización se desarrollan en este contexto de relaciones, para llegar, finalmente, a construir modelos internos de relación que implican un cierto control funcional o no de sus emociones. De esta manera, el cómo se desarrolla esta autorregulación implica riesgo a futuro de psicopatología, específicamente en el área de los trastornos del ánimo y problemas conductuales.

La autorregulación se gesta desde la actividad regulatoria del cuidador (Fonagy y Target, 2001). Fonagy propone que la madre responde a un estado de activación emocional del niño con un proceso de "mirror" o reflejo del estado emocional del niño, de tal modo que él pueda identificar su emoción. Pero esto la madre debe hacerlo ingresando una diferencia, es decir, debe ser isomórfica pero diferente al estado original presentado por el niño. Si el reflejo es idéntico éste no podrá calmar al niño y lo excitará o le generará situaciones de miedo incontrolables. De otro modo, si el reflejo es muy distante y ajeno al estado emocional del niño, entonces este no puede desarrollar un sentido estable y coherente de sus propios estados mentales (Fonagy, 1998).

ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN DE APEGO Y SUEÑO

El estudio del apego se ha realizado desde la observación de la interacción entre padres, preferentemente la madre y sus hijos en una situación de extrañeza en que la madre es separada momentáneamente del niño y se observa la reacción de éste frente a la separación y posterior reencuentro. Desde esta mirada surgen temáticas relacionadas, como el tema de los miedos y temores en los niños. Bowlby (1989) menciona que los miedos son intrínsecos al ser humano y no necesariamente son frutos de malas experiencias. Menciona una publicación de Jersild y Holmes de 1935 que recopila los miedos más frecuentes en los niños de acuerdo con estudios que se habían realizado. Ellos refieren que los niños entre los dos y los cinco años en un protocolo de tres semanas tienen, al menos el 40%, miedos frente a las siguientes situaciones: ruidos, altura, personas desconocidas o conocidas con atuendo extraño, objetos y situaciones extrañas, animales, dolor o personas asociadas al dolor (Bowlby, 1989). Además, se dan datos que confirman que los niños aminoran ostensiblemente su temor en esas situaciones al ir acompañados. También

se argumenta que el miedo a la oscuridad es intrínseco a la especie humana y a muchos animales, persistiendo como dificultad muchas veces hasta la edad adulta. Lo que haría el temor intenso sería la combinación de más de una situación atemorizante vivenciada por el niño (Bowlby, 1989).

Desde esta mirada, el proceso del niño de poder autocontenerse en sus temores y dificultades emocionales resulta clave al momento de querer realizar un análisis comprensivo del fenómeno del dormir, donde se juegan los factores relacionados con la oscuridad, la extrañeza, la soledad y otras situaciones que, en conjunto, pueden hacer del dormir un momento de alta vulnerabilidad para un niño que no ha establecido patrones de apego seguro.

Hay estudios que describen patrones de sueño en los niños pequeños pero pocos han examinado los factores relacionados con la emergencia de las conductas de autocontención, entendida ésta como la habilidad del niño para regular los estados de alerta dentro del dormir; por ejemplo, calmándose cuando lloran y aquietándose después del despertar en la noche sin la asistencia parental (Burnaham, Goodlin-Jones, Gaylor y Anders, 2002), aspectos que estarían a la base de un escolar con un buen dormir.

Para describir la emergencia de la autocontención en el desarrollo del niño no es suficiente un modelo lineal; un modelo transaccional que abarca las complejidades de los sistemas interactuantes resulta más conveniente incluyendo las características infantiles, situaciones contextuales, las parentales y la relación entre los niños y sus padres. Un modelo para esto fue el propuesto por Anders (1994), que muestra que la autorregulación del despertar resulta de un número de influencias, mediadas la mayoría a través de las relaciones con los cuidadores (Burnaham *et al.*, 2002).

Los factores parentales han sido asociados con problemas para dormir, Seifer *et al.* (1996) reportaron una relación entre enfermedad mental materna, menores niveles totales de funcionamiento familiar y problemas del dormir en escolares. Por otro lado, Benoit *et al.* (1992) hallaron que todos los niños con trastorno del sueño en su muestra tenían madres con un estilo de apego inseguro, aunque hay otros estudios que refutan esto. Por ejemplo, el estudio de Burnaham *et al.* (2002) reveló que ni el temperamento infantil ni el estilo de apego con la madre se relacionaban certeramente con el dormir en niños pequeños. Sí relacionaban los tiempos más largos que se mantenían en la cuna. Los niños que eran puestos en sus cunas ya dormidos, quienes no usaban una ayuda para dormir (objeto transicional) y quienes permanecían en la pieza de los padres, en el

primer año de vida eran menos autocontenidos que los otros. Lo más significativo es que encontraron que los padres que demoraban más tiempo en responder a los llantos de los niños en la noche eran los que tenían más hijos que se autocontenían en la noche al año de edad.

Es así como, los estudios han demostrado que hay variables parentales importantes asociadas a una buena regulación del sueño y autonomía de éste en los niños menores. Particularmente, se ha demostrado que la presencia de los padres en el momento de quedarse dormidos los niños se asocian con más despertares de éstos durante la noche. Se sabe, sin embargo, que son normales despertares de 1 a 3 veces en la noche con periodos de vigilia de no más de un minuto; la diferencia está en la llamada "autotranquilización", un proceso que debiera comenzar desde el nacimiento viendo indicadores de esto ya a los cuatro meses del niño, cuando éste se despierta y vuelve a dormirse sin asistencia parental. La importancia de los objetos transicionales, típicamente alrededor de los 9 meses hasta los tres años, muestra un modo de "autotranquilización" eficiente en estos niños. Se ha visto que los niños que no tienen un objeto transicional son más problemáticos a la hora de dormir, a diferencia de los que sí lo utilizan luego de los 8 meses (Burnaham, 2002).

En la literatura se encuentran más estudios que se asocian a relacionar el tipo de apego ambivalente a los problemas del sueño en niños pequeños, más que a apego evitativo (Mc Namara, Belsky y Fearon 2003, Zancato, 2000).

Los hallazgos antes descritos dejan un camino para seguir investigando respecto a la relación existente entre el concepto de apego y los problemas del dormir. Además, hay que considerar otras variables relacionales, como la relación diferencial con cada padre que pasa a jugar un rol central en la emergencia de dificultades de la autonomía, sobre todo en los niños mayores. También las dificultades a nivel de las dinámicas familiares, como son los conflictos de pareja o la triangulación del niño en estos conflictos, se ha visto que juegan un rol en el desarrollo adaptativo del niño (Wood, Klebba y Miller, 2000).

REPRESENTACIONES DEL APEGO

El apego es definido por un modelo representacional (*working model*) interno de la figura de apego, y el desarrollo de los modelos representacionales se realiza durante la infancia, cuando, basados en experiencias, el niño forma un modelo cognitivo de una figura de apego. Para Bowlby, al mismo tiempo que se desarrolla el

modelo representacional, se realiza estrechamente entrelazado el modelo de sí mismo. (Kirsh y Cassidy, 1997).

Kirsh y Cassidy (1997) proponen que las experiencias de apego temprano contribuyen a los procesos mentales, y que éstos guían los procesos cognitivos incluyendo los de atención y memoria, y los procesos cognitivos influyen en las posteriores relaciones sociales y el funcionamiento emocional. Por ejemplo, un niño con apego inseguro evitativo no tiende a recordar interacciones responsivas que los otros niños hacen y desde ahí limita sus posibilidades de interacción con ellos y el desarrollo de habilidades sociales.

Uno de los autores que más a profundizado y avanzado en la teoría del apego relacionada al sí mismo es Peter Fonagy. Los principales planteamientos de Fonagy se relacionan con que el apego no sólo cumple la función de protección, sino que también permite el desarrollo de todo el aparato mental y social del individuo (Lecannelier, 2001). Para él, el niño logra una teoría de la mente que le permite hipotetizar sobre los otros y sobre sí mismo y de ese modo enfrentar de un modo predecible y estructurado las situaciones por medio de la relación de apego inicial. Es así que sus modelos internos de relación se configuran y pueden ser traducidos en narrativas propias de la vida infantil.

Stern (1996) propone que, alrededor de los tres o cuatro años, emerge en los niños un self narrado (Oppenheim, 2006), de ahí que las técnicas evaluativas a través de las narrativas surgen como una alternativa en este periodo. La narrativa construida por el niño refleja el drama interno en el cual el niño y los padres juegan un rol importante. Simbólicamente, los padres están representados en la construcción narrativa del niño.

En las narrativas infantiles importan al menos tres dimensiones a observar: la coherencia, el contenido y las interacciones del narrador. Se ha observado en relación a esto que:

- Los contenidos positivos en la relación padre-hijo en las historias de los niños se asocian a buena adaptación de éste (Bretherton, 1990)
- Los temas destructivos en las historias se asocian a niños con problemas externalizantes (Warren, Oppenheim y Emde, 1996)
- Las historias con expectativas negativas en niños de 5 años predicen síntomas ansiosos e internalizantes y reportes maternos de ansiedad de separación en el niño (Warren, Emde y Sroufe, 2000).

La gran ventaja de este modo de observación es que acerca a la experiencia del mundo que el niño

tiene, cómo vive las relaciones y la disponibilidad de los otros en momentos de estrés, es decir, nos acerca a su mundo interno, a sus modelos internos de relación, a sus mapas internos. Además permite utilizar el lenguaje del niño preescolar, que no tiene aún las destrezas cognitivas ni verbales para relatar ese mundo interno como lo hacen los niños escolares, pero ya es capaz de mediatizar sus emociones en relación con la separación y acercamiento de sus figuras significativas, a diferencia de los niños más pequeños que pueden ser evaluados con una observación conductual como es la de la "Situación Extraña" de Ainsworth.

Hay estudios en que se han utilizado narrativas como indicadores de los tipos de apego, y esto se ha correlacionado con la capacidad de regulación emocional de los niños (Dugan, 2006; Bettmann y Lundahl, 2007). En una de ellas, a través de la entrevista con muñecos "Doll Play Story Narratives" se relacionó con conductas externalizantes, encontrando que los niños con apego desorganizado mostraban la mayor desregulación y los niños resistentes aparecía con mayor conducta externalizante (Stack, 2007). Todo esto da cuenta de la posibilidad de utilizar las pruebas narrativas para explorar el mundo interno del niño preescolar y su consecuente capacidad de adaptación socioemocional.

Habiendo hecho un recorrido a través de identificar los problemas del dormir y su relación con los procesos autorregulatorios, particularmente con los procesos de apego desde la literatura, se diseñó un estudio que integra la evaluación del apego a través de representaciones del mismo desde las narrativas buscando encontrar una relación significativa entre las variables de Apego y problemas del dormir.

Se espera que los niños con dificultad y resistencia a dormir solos se presenten, a través de las pruebas proyectivas administradas, con un tipo de Apego inseguro, específicamente de tipo ansioso-resistente. El objetivo general que se pretende es analizar las relaciones entre trastornos del dormir y tipos de apego con las figuras parentales en niños preescolares, comparando niños con problemas con niños sin problemas para dormir.

MÉTODO

Diseño de la investigación

Se trabaja en base a un diseño no experimental transversal descriptivo, con el objetivo de comparar los estilos de apego detectados en muestras de niños con y sin problemas de sueño. Se decidió trabajar con niños de 5 años de edad por dos razones: a) la aparición de trastornos de sueño en estos niños es un indicador clínico

relevante, b) el uso de las narrativas se adecua al estilo cognitivo de niños de esas edad.

A través de la observación del juego y el análisis de las narrativas verbales, se asignan puntajes que caracterizan al niño en 10 dimensiones previamente establecidas, lo que permite detectar, finalmente, su estilo de apego característico.

Participantes

Se invitó a participar en el estudio a niñas y niños de 5 años de edad pertenecientes a un nivel de kinder de un colegio subvencionado del sector oriente de Santiago. En una primera etapa se realizó un screening para detectar posibles casos de trastorno de sueño. De este modo se logró una muestra de 7 niños (3 hombres y 4 niñas) para la muestra de niños con trastorno de sueño y de 11 niños (6 mujeres y 5 hombres) para el grupo control. La edad de los niños comprendió entre los 5 años y los 5 años y once meses. Uno de los niños fue contactado entre los clientes de un centro especializado. Los padres de todos los pequeños estudiados firmaron consentimientos informados para la participación de sus hijos. Asimismo, se consiguió la autorización del colegio, ofreciendo sesiones de devolución de información para los padres y una charla informativa para el colegio acerca de trastornos de sueño infantil. A continuación se detalla el screening para conformar ambas muestras.

Se confeccionó una encuesta de Hábitos de Sueño que recogía información del comportamiento del niño en relación a su dormir. Debido a que la encuesta se realizó mientras se efectuaba el estudio con el grupo niño, se perdieron unos pocos casos al no ser respondida la encuesta (4 casos). La ventaja fue que se neutralizara el sesgo como observador dado que el análisis fue hecho sin saber a qué grupo pertenecía cada caso. La discriminación resultó de escaso grado de dificultad ya que el grupo control resultaba en la encuesta con respuestas generalizadas de ausencia de síntomas en relación al dormir. Cualitativamente, en la pregunta de qué hacían ellos cuando el niño despertaba en la noche, mencionan que es muy escaso o nulo este despertar y es por tener alguna afección o porque van al baño. La intervención de los padres en estos casos es moderada o nula. Ante casos en que la sintomatología es casi nula, la discriminación fue la necesidad de dormir con uno de los padres, lo cual quedaba reflejado en la pregunta cualitativa de la encuesta y en una afirmación dentro de la encuesta. En los demás casos se presentaba la necesidad de dormir acompañado junto con síntomas asociados al dormir.

El grupo control queda conformado por todo aquel que requiere frecuentemente de compañía de un adulto para dormir, dentro del cual algunos tienen despertares frecuentes en los que buscan también la compañía del adulto y otros síntomas.

Esta encuesta fue entregada a los padres, quienes la contestaron en el hogar y la devolvieron a la investigadora. Previamente se generó una reunión con la totalidad de los apoderados para dar a conocer el estudio consignándolo como un estudio que buscaba variables asociadas al mal dormir del niño. Se aseguró la confidencialidad del mismo. A través de las educadoras se buscó descartar casos de niños que hubieran sufrido alguna situación traumática relevante dentro de los últimos seis meses, como ser la muerte o enfermedad grave de algún miembro de la familia. Esos casos también fueron excluidos.

Instrumentos

Se elige para evaluar a los niños una prueba llamada Story Completion Task, cuyo autor de la versión original es Inge Bretherton (Bretherton, I., Ridgeway, D. y Cassidy, J. 1990), utilizando la versión que han desarrollado el grupo de CAMIR con Blaise Pierrehumbert (Miljkovitch, Pierrehumbert, Bretherton y Halfon, 2004) a la cabeza y el sistema de codificación que ellos proponen. La elección de este instrumento tiene tres razones. La primera de ellas es que se trata de uno de los pocos instrumentos construidos para evaluar patrones de apego en la edad preescolar. En segundo lugar, es de fácil aplicación, ya sea por lo cercana que aparece la actividad para los niños (jugar con miniaturas y contar historias) como por lo simple de sus materiales (unos cuantos juguetes y una cámara de video) y lo relativamente corto de su duración (15 a 20 minutos). Y en tercer lugar, es privilegiado por la riqueza cualitativa que conlleva el trabajar con un instrumento que permite la emergencia de narrativas diversas y la posibilidad de operacionalizar en esas narrativas la calificación de patrones de apego dada desde lo teórico. Esto último le da un valor clínico al uso de este instrumento para poder ser utilizado en los procesos terapéuticos de niños con problemas en sus modelos internos de relación.

El equipo de Pierrehumbert generó un sistema de codificación de las respuestas dadas por los niños a través del sistema de Qsort, que permite tanto una sistemática como detallada evaluación de los datos observados y la creación de una variedad de evaluaciones más generales. Establecieron 65 ítems escritos en tarjetas (ver Anexo) con las cuales los evaluadores iban calificando las respuestas del niño observadas en

video. La mayor parte de estos ítems debe ser calificada observando todas las historias del niño, algunos pocos requieren de la observación de historias específicas (como las de separación y reunión con los padres). La calificación de cada tarjeta se hace en un rango de 1 a 7, donde 1 es la ausencia de esa característica y 7 es la total presencia de esa característica en las respuestas del niño. Luego estas calificaciones se subagrupan de acuerdo con lo característico de cada tipo de apego evaluado (seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado). Véase la categorización de cada grupo de niños en Anexo.

Descripción del instrumento: Inge Bretherton *et al.* (1990) investigó sobre los modelos internos de relación en los niños a través del procedimiento de Completación de Historias "Story Completion Task", sugiriendo que estos modelos de relación se evidenciarían desde aproximadamente los tres años de edad.

El test consiste en seis historias, se le presenta al niño el inicio de cada historia en forma consecutiva, poniendo en escena la acción a través de unos muñecos que representan a la familia. Se le pide al niño que termine la historia utilizando los muñecos dispuestos para cada escena:

- Niño de cumpleaños: recrea una situación de convivencia familiar para familiarizarse con el instrumento.
- Niño tira el jugo: que provoca temas de disciplina desde los padres.
- Niño se cae en la plaza: que provoca sentimientos en torno a la contención parental.
- Niño ve monstruos en la noche: sentimientos en torno a la protección.
- Padres se van, y
- Padres vuelven: ambas que recorren el tema de la separación de la figura de apego.

Se realiza la entrevista en alrededor de 20 a 30 minutos por cada niño filmando cada una de éstas. Posteriormente se realiza un sistema de codificación sistemática de la observación a través de CCH (Cartas para Completar Historias o tarjetas para el Completar Historias) de acuerdo con el procedimiento utilizado por el grupo de CAMIR cuya descripción puede hallarse en su página web (<http://www.geocities.com/bpierreh/index.html>) y en artículos asociados como el escrito por Pierrehumbert y su equipo (Miljkovitch, *et al.* 2004).

La codificación sistemática consiste en utilizar 65 ítems para observar cada filmación y cada historia narrada por el niño. Se reparten las tarjetas en siete filas, ordenadas de lo más verdadero a lo más falso según el

grado de acuerdo con cada una de las proposiciones descritas en el ítem. Cada ítem tiene una puntuación de 1 a 7. Luego estos puntos de los ítems se reagrupan en 10 escalas que se refieren a algún aspecto del contenido del narrativo.

Las diez escalas son:

- competencia simbólica: capacidad de utilizar la simbolización para enfrentar la situación.
- sostén de los padres: percepción de que los padres son figuras que apoyan.
- resolución positiva: capacidad de dar buen término a las situaciones conflictivas.
- expresión de afectos: capacidad de expresar y referir emociones acordes al tema presentado.
- reacción a la separación: cuánto muestra afectarse frente a la separación de los padres
- distancia simbólica: capacidad de poner límites entre el juego y su realidad.
- narrativo verbal: capacidad de verbalizar una historia frente a la situación.
- presión parental: percepción del niño de cuánto los padres limitan y conducen su acción.
- falta de coherencia: carencia de coherencia en el discurso que el niño ejecuta para resolver la situación dada.
- inseguridad a la reunión: manifestaciones de inseguridad al momento de relatar el reencuentro del personaje con sus figuras parentales.

Desde esta agrupación surgen los cuatro “Q-scores”: Seguro, desactivado (evitativo), hiperactivado (ambivalente) y desorganizado, de acuerdo con un prototipo de distribución de los ítems mencionados. La propuesta general es que un puntaje Q sort individual es comparado con un Q sort ideal, generado para representar un constructo en particular (Martínez y Santelices, 2005). El puntaje individual es correlacionado con un Q sort prototípico y el individuo puede ser clasificado en las cuatro categorías según el resultado de esta correlación.

PROCEDIMIENTO

Para realizar la evaluación a través del test Story Completion Task hubo una primera etapa de estudio del test y su sistema de codificación. Para esto se realizó una aproximación crítica a cada ítem utilizado conformándose reuniones grupales de cuatro y cinco psicólogos especializados en el tema y con conocimiento de la prueba administrada (dos tesis de Magister mención clínica y dos tesis de Doctorado más Psicólogo

especialista investigador y docente experto en Apego) donde se hicieron algunas modificaciones formales a los ítems de modo de construir un material de fácil lectura y clara significación. Luego de esta etapa se realizaron observaciones individuales y en duplas de videos en forma paralela para poder aunar criterios en la categorización de la observación. De este modo, se realizó un entrenamiento en la observación de videos piloto con reuniones de comparación y discusión de la observación.

En una segunda fase la autora realizó la ejecución de las pruebas en los niños de la muestra, filmando cada uno y revisando los dos primeros con este equipo conformado previamente. Luego de este entrenamiento la autora realizó la evaluación de todos los videos de la muestra.

ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de la muestra se recurrió a un método no paramétrico debido a que el test utilizado no está estandarizado para la población chilena, y a las restricciones impuestas por el tamaño de la muestra. En particular, se usó la Prueba de Mann-Whitney para detectar diferencias en las escalas analizadas entre una muestra y un grupo control.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra el promedio en puntajes brutos en las escalas del test, tanto para los niños con problemas del dormir como para los que carecen del problema. En general, se detectan promedios mayores en el grupo sin trastornos, en relación al grupo con trastorno.

Dados estos resultados globales, podemos detectar que en el caso de los niños con problemas al dormir, a través del juego o las verbalizaciones, ellos muestran tanto inseguridad como ausencia de ésta al momento de la reunión con sus figuras parentales. En los demás ítems la población se muestra bastante homogénea intragrupos. Podemos visualizar esto en el Figura 1.

Para determinar la existencia de posibles diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se analizaron los datos con la prueba de Mann Whitney, registrándose diferencias significativas, con mayores puntajes para el grupo sin problemas de sueño, en las dimensiones de Competencia simbólica ($U=16$, $Z=-2.1315$, $p<0.05$), Sostén de los Padres ($U=18$, $Z=-2.151$, $p<0.05$) y Resolución Positiva ($U=6$, $Z=-3.159$, $p<0.05$). Por su parte, el grupo con problemas de sueño muestra diferencias significativas con el grupo sin

Tabla 1

PROMEDIOS, DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y RANGO PROMEDIO OBTENIDO POR LOS PUNTAJES BRUTOS EN LAS ESCALAS DEL TEST

Reunión en el grupo con trastorno, la dispersión mostrada por los grupos en las distintas variables son similares y menores a 1 punto.

Escala	Con problemas del dormir (N=8)			Sin problemas del dormir (N=11)		
	M	DE	R	M	DE	R
Competencia simbólica	4.64	.87	6.5	5.54	.58	12.55
Sostén de los padres	4.38	.64	6.75	5.21	.46	12.36
Resolución positiva	4.47	.92	5.25	5.65	.36	13.45
Expresión de afectos	4.7	.72	7.00	5.42	.69	12.18
Reacción a la Separación	3.23	.91	10.06	3.35	.48	9.95
Distancia Simbólica	5.13	.55	9.69	5.07	.49	10.23
Narrativo Verbal	4.96	.77	8.00	5.42	.65	11.45
Presión Parental	3.6	.52	11.44	3.35	.52	8.95
Falta de Coherencia	3.19	.84	13.75	2.24	.56	7.27
Inseguridad a la reunión	2.91	1.68	12.19	1.64	.41	8.41

Figura 1

PUNTAJES GRUPO CONTROL Y GRUPO PROBLEMAS DEL SUEÑO

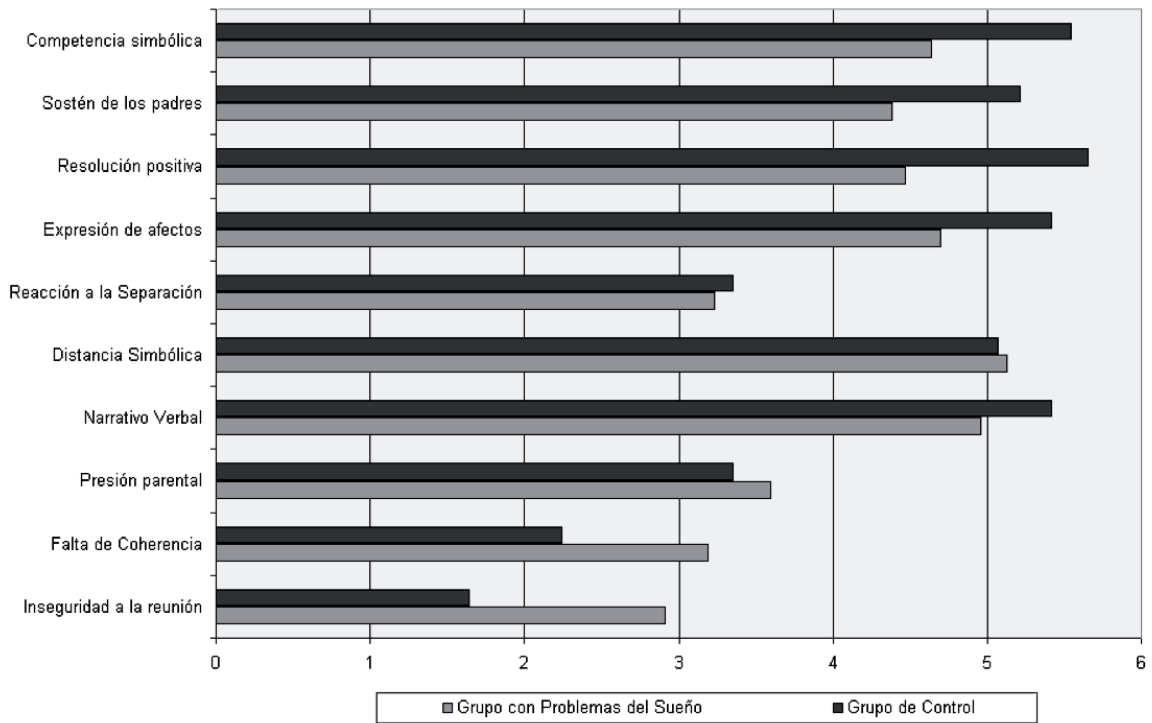


Tabla 2
RESULTADOS DE LA PRUEBA DE MANN-WHITNEY
PARA CADA ESCALA

Escala	U	Z	Sig
Competencia simbólica	16	-2.315	.020
Sostén de los padres	18	-2.151	.033
Resolución positiva	6	-3.159	.001
Expresión de afectos	20	-2.003	.051
Reacción a la Separación	43.5	-0.042	.968
Distancia Simbólica	41.5	-0.210	.840
Narrativo Verbal	28	-1.352	.206
Presión Parental	32.5	-0.958	.351
Falta de Coherencia	14	-2.485	.012
Inseguridad a la reunión	26.5	-1.463	.152

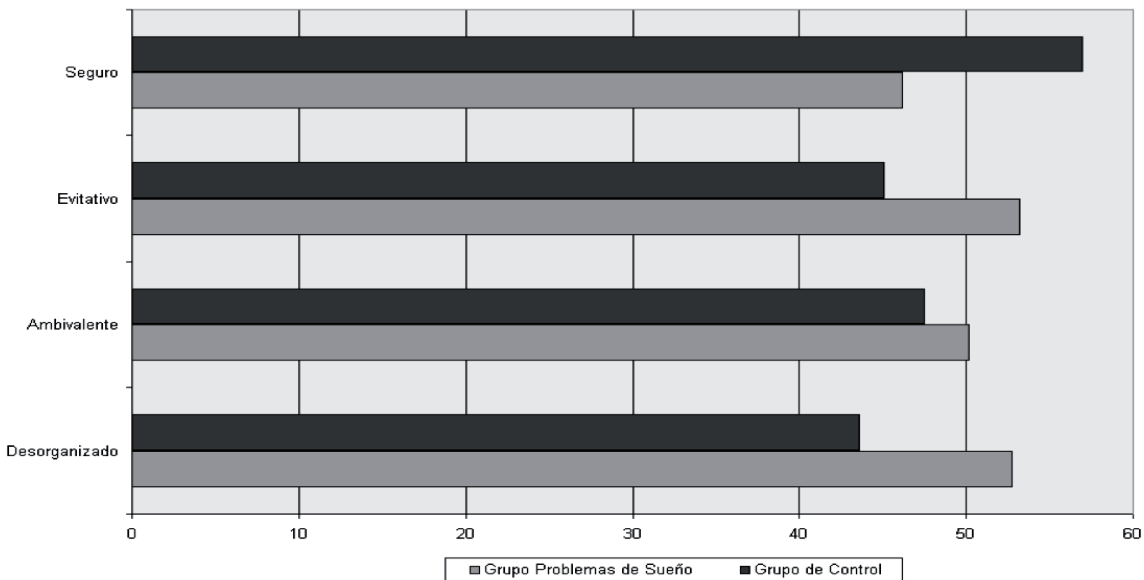
*: $p < 0.05$

Tabla 3
PROMEDIOS, DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y RANGO PROMEDIO
OBTENIDO POR LOS PUNTAJES BRUTOS EN LAS ESCALAS
GLOBALES DEL TEST

Escala	Con problemas del dormir (N=8)			Sin problemas del dormir (N=11)		
	M	DE	R	M	DE	R
Seguro	46.14	7.91	5.75	56.98	5.72	13.09
Deact	53.21	7.28	13.38	45.05	6.34	7.55
Hyper	50.13	12.37	11.50	47.51	7.77	8.91
Desorg	52.75	10.39	14.25	43.54	4.70	6.91

Nota: M= Media, DE = desviación estándar, R = Rango Promedio.

Figura 2
PUNTAJE ESTILO DE APEGO



problemas en la dimensión Falta de Coherencia ($U=14$, $Z=-2.485$, $p < 0.05$). El resto de las dimensiones no mostró diferencias significativas, tal como se muestra en la Tabla 2.

De acuerdo con estos resultados podemos indicar que los niños con problemas de sueño difieren de los sin problemas en que percibirían menor sostén parental, mostrarían menor capacidad de resolver las historias en forma positiva y menor capacidad de utilizar la simbolización en la resolución de los conflictos dentro de las historias generadas. Junto con eso, se podría observar

mayor incoherencia en el relato de este grupo en relación con el grupo control.

Un segundo nivel de análisis se realiza sobre las dimensiones generales de apego, las que agrupan distintas subdimensiones, y entregar puntajes estandarizados Q. Los resultados descriptivos a ese nivel se muestran en la Tabla 3.

De acuerdo con lo observado en la Figura 2 podemos afirmar que los niños sin problemas del dormir aparecen con patrones de apego más seguros que los niños con problemas del dormir. A su vez los niños con

Tabla 4
RESULTADOS DE LA PRUEBA DE MANN-WHITNEY
LAS ESCALAS GLOBALES

Escala	U	Z	Sig
Seguro	10	-2.807	.004
Deact	17	-2.230	.026
Hyper	32	-0.993	.351
Desorg	10	-2.807	.004

*p: <0.05

problemas del dormir aparecen con mayor predominancia de apegos inseguros de tipo evitativo o desorganizados, no siendo significativamente diferentes en la predominancia por apegos ansiosos ambivalentes.

El análisis de estas escalas muestra que existen diferencias estadísticamente significativas, con mayor puntaje en el grupo con trastorno de sueño, en las escalas de apego Evitativo (deact, $U=17$, $Z=-2.230$, $p<0.05$) y apego Desorganizado (desorg, $U=10$, $Z=-2.807$, $p<0.05$). Por su parte, los niños sin trastorno de sueño muestran puntajes significativamente superiores en la escala de apego seguro ($U=10$, $Z=-2.807$, $p<0.05$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Apego Ansioso/ambivalente (Hyper).

De acuerdo con la Tabla 4, vemos que los niños del grupo control difieren con una $U=10$ con grado de significación menor de .05 en cuanto a mostrar un patrón de apego más seguro que el grupo con problemas para dormir. Por su parte, el grupo con problemas para dormir difiere significativamente con una $U=17$ con grados de significación menor de .05 en cuanto a aparecer mayor predominancia de patrón evitativo en su muestra que en el grupo control. También difiere significativamente con una $U=10$ con grado de significación menor de .05 en cuanto a observarse en este grupo mayor predominancia de apego desorganizado que en el grupo control.

A pesar que aparece una diferencia en la tendencia a que en el grupo control haya mayor predominancia de inseguridad de tipo ansioso ($M=50.13$ v/s $M=47.51$) esta diferencia no alcanza a ser significativa y por lo tanto, observamos que en ambos grupos se da un comportamiento similar en cuanto a este patrón inseguro.

De acuerdo con los resultados señalados con anterioridad, se puede observar en este estudio que se corrobora lo dicho en la literatura respecto a caracterizar a los niños con dificultades en su dormir como niños con un estilo de apego inseguro, donde resulta el estilo evitativo y desorganizado como más característico de los niños con problema de sueño. Resulta interesante

la no significación en cuanto a que tanto en la muestra como en el otro grupo observado se darían estilos ambivalentes.

En cuanto a las subescalas observadas podemos dar cuenta de que los niños sin problemas del dormir aparecen con mayor competencia simbólica y capacidad de resolución positiva a las historias junto con menos incoherencias en sus relatos. Además muestran la percepción de mayor sostén parental desde sus narrativas. En cuanto al grupo con problemas del dormir, se puede señalar que muestra menos competencia simbólica, menos capacidad de resolución positiva de las historias y menor tendencia a percibir sostén parental para los protagonistas; además sus narrativas resultan con más presencia de incoherencia que las del grupo control. Las otras escalas evaluadas no resultaron significativas para diferenciar entre ambos grupos (reacción a la separación, expresión de afectos, distancia simbólica, narrativa verbal, presión parental e inseguridad a la reunión).

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos, se reafirma lo visto en la literatura respecto de que los niños con problemas de regulación de su dormir se correlacionan con un patrón de apego predominantemente inseguro. Sin embargo no se reafirma lo expresado en la literatura respecto de que el tipo de patrón inseguro encontrado en estos niños sería de tipo resistente, ya que, de acuerdo con lo encontrado, el tipo de patrón sería más bien evitativo o desorganizado.

Pensando en la edad preescolar, podríamos suponer que la existencia de patrones desorganizados tuviera que ver con el no asentamiento de una base segura, estando aún éstos en proceso de construcción de patrones que más tarde puedan convertirse predominantemente en los de tipo resistente o evitativo, siguiendo la senda evolutiva que prevé a esta edad mayores transformaciones (Crittenden, 2002).

En relación con el hallazgo de una tendencia a patrones evitativos en los niños con problemas del dormir, cabe hacer una reflexión. Los niños preescolares que conforman el tipo evitativo se caracterizan por ser del tipo complaciente, congraciativos, ya que han adquirido la capacidad de entender la mente del otro, sus intenciones, sus predilecciones. Pueden ya haber comprendido que a través de la intensidad en sus pataletas o berrinches no conseguirán la atención del adulto significativo, pero sí, a través de hacer y decir lo que a este adulto le agrada, por ejemplo, realizar bien una tarea o jugar con reglas adecuadas o no hacer mucho ruido,

etc. Este esfuerzo adicional a sobreadecuarse a las necesidades emocionales del adulto requiere de un gasto de energía psíquica importante para el niño, lo mantiene en permanente alerta, aumentando su arousal fisiológico. De este modo, podemos suponer una desregulación emocional crónica que podría afectar sus funciones biológicas, como el ciclo vigilia-sueño.

De esta manera, las dificultades del dormir de estos niños claramente responderían a altos niveles de angustia e incapacidad real para vérselas con estas dificultades, consecuentemente, buscando la ayuda de otro significativo para tranquilizarse y volver a un estado fisiológico que le permita re-establecer el sueño. Es así que la búsqueda del adulto para reponer el sueño estaría lejos de ser una manipulación infantil o empoderamiento del niño frente a las figuras parentales.

Todo esto haría repensar las medidas terapéuticas señaladas clásicamente para el manejo del mal dormir en niños, quedando como insuficientes las medidas de higiene del sueño o la simple recomendación “déjelo llorar” insinuada dentro de los estudios. Es más: esta última medida, de no responder a los requerimientos del niño, podría ser iatrogénica para la salud mental ulterior de éste ya que, si resulta eficaz, le extirpa la única posibilidad de sentirse asistido por un adulto en sus patrones mentales de relación, rigidizando su patrón de tipo evitativo, desconectándolo de su sentir, privilegiando el hacer, pensar, racionalizar, antes que el experimentar, favoreciendo la disociación ideo-afectiva a temprana edad, con las consecuentes alteraciones en el desarrollo de personalidad. Obviamente que el no realizar ningún manejo de esta dificultad para dormir tampoco ayuda a la mejoría de los patrones internos de apego en el niño, sino, más bien, lo que se sugiere, es reflexionar al tipo de manejo más adecuado desde este entendimiento de la dificultad.

En la experiencia clínica previa de la autora, con casos con esta sintomatología, llamaba la atención que en niños que necesitaban la asistencia parental para dormir, aun siendo escolares, en sus antecedentes de adaptación frecuentemente se encontraba un perfil de niños con buen rendimiento académico, reportados por los padres como “muy buenos hijos”, responsables, amables, buenos hermanos, estudiosos. Claramente un perfil lejos del estilo externalizante visto en niños con patrones de tipo ambivalente. Al momento de averiguar respecto de su desarrollo emocional reportaban poca expresión de riqueza emocional, específicamente expresión y conexión con emociones en torno a la rabia, siendo coherente este perfil con el de tipo evitativo, más congraciativo y alejado de la intensidad emocional. El consiguiente manejo parental sugerido tenía

que ver con aumentar la asistencia parental a estos niños durante el día, tomando atención de sus necesidades emocionales durante este periodo, favoreciendo el reconocimiento y expresión de éstas, lo cual resultaba en una disminución de los problemas del dormir.

Una vez realizado este estudio y junto a la experiencia clínica paralela a éste, podemos sugerir que las dificultades del dormir en niños pasados los cuatro años dan cuenta de una desregulación emocional, de una real dificultad para autocontenerse y de montos de ansiedad elevados crónicamente que pueden ser expresados cuando el niño no está tan activo en sus funciones cerebrales superiores, es decir, cuando no está en hiper vigilancia donde despliega sus capacidades cognitivas para aplacar sus necesidades emocionales; es por esto que en el proceso de dormir, donde el control consciente de las zonas prefrontales está disminuido, donde se despliega la desregulación emocional y no media la razón, fallando en ellos este patrón de comportamiento complaciente, demandando al adulto u otras figuras significativas para que lo auxilien en su necesidad emocional.

Se puede concluir, entonces, que las medidas de intervención en niños con esta sintomatología, que además presentan el tipo de perfil señalado anteriormente, debieran dirigirse a mejorar la relación con las figuras significativas en torno a redireccionar los patrones de apego internalizados por estos niños. Favorablemente, Patricia Crittenden (2002) muestra que a esta edad (al igual que en la adolescencia) existe una ventana en las sendas evolutivas, dándose mayor posibilidad de cambio en estos patrones internos de relación, debido a los saltos en el desarrollo integral del niño desde la primera infancia hacia la pre-escolaridad, primordialmente con la incorporación de la teoría de la mente y el pensamiento lógico.

Sin duda este estudio ha resultado de una gran riqueza clínica para la autora. Aun así, una limitación del estudio es la pequeña muestra utilizada, sin embargo es una muestra clínica que efectivamente tiene menor prevalencia en la población, por lo cual los hallazgos en ella pueden igual ser representativos de los casos clínicos con esta problemática.

Otra limitación es la no estandarización de la prueba utilizada. Sin duda que tener un referente del comportamiento de la población chilena con respecto a esta prueba nos da una mayor capacidad de extender nuestros análisis; sin embargo, resulta un buen instrumento a la hora de querer estructurar una observación clínica y poder dar parámetros más universales para poder comunicar la observación cualitativa. A nivel del valor heurístico resulta atractivo

el poder realizar una estandarización de esta prueba para la población chilena. A nivel de los contenidos es sugerente poder realizar una investigación de tipo cualitativo sobre las narrativas arrojadas en este test asociadas a niños con estas dificultades, específicamente la posibilidad de que haya más narrativas de tipo catastrófico donde el niño se siente a merced del mundo y sin sostén parental internalizado, o bien narrativas que describan más que realicen un despliegue de vivencias en el relato o acción de los personajes. La gracia intrínseca de una prueba como ésta es el rico material clínico al que se puede acceder, ya sea a través de la observación del relato verbal como de los contenidos no verbales visualizados en ella. Este test muestra ser útil como instrumento para evaluar narrativas y desde ahí el mundo interno del niño y, por lo tanto, concluir respecto de las posibilidades de recuperación y modos de ésta.

REFERENCIAS

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Watwers E, Wall S. (1978). Patterns of Attachment: A Psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, Nj: Erlbaum
- Anders T, Halpern L, Hua J. (1992) Sleeping through the night: A developmental perspective. *Pediatrics*, 90, 554-560
- Anders T. (1994) Infant sleep, nighttime relationships, and attachment, *Psychiatry*, 57, 11-21
- American Psychiatric Association (1995) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson
- Bates J, Viken R, Alexander D, Beyers J, Stockton L. (2002) Sleep and adjustment in preschool children: Sleep Diary Reports by mothers relate to behavior reports by teachers. *Child Development*, 73, 1, 62-74
- Benoit D, Zeanah CH, Boucher C, Minde K. (1992) Sleep disorder in early childhood: Association with insecure maternal attachment. *Journal of American Academy of child and adolescent psychiatry*. 31, 1, 86-93
- Blader JC, Koplewicz HS, Abikoff H, Foley C. (1997) Sleep problems of elementary school children. A community survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151(5): 473-480
- Barudy J. (1998). El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Buenos Aires: Paidós
- Bettmann J, Lundahl B. (2007) Tell me a story: A review of narrative assessments for preschoolers. *Child & Adolescent Social Work Journal*. 24, 5, 455-476
- Bowlby J. (1989) Una base segura, Buenos Aires: Paidós
- Bowlby J. (1990) El vínculo afectivo, Buenos Aires: Paidós, 1ª edición en inglés, 1969
- Bowlby J. (1983) La pérdida afectiva, Buenos Aires: Paidós, primera edición en inglés, 1980
- Bowlby J. (1985) Cuidado maternal y amor. México: Fondo de Cultura Económica, primera edición en inglés, 1953
- Bretherton I, Ridgeway D, Cassidy J. (1990) Assessing internal working models of the attachment story completion task for 3 year olds. In M.T. Greenberg, D., Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years (pp. 273-308). Chicago, University of Chicago Press
- Burnham M, Goodlin-Jones B, Gaylor E, Anders T. (2002) Night-time sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 43, 713-727
- Calkins S, Fox N. (2002) Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression, en *Development and Psychopathology*, 14, 477-498
- Cassidy J. (1988) Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-134
- Crittenden P. (2001, octubre) El amor y su relación con el desarrollo del self y la psicopatología. Seminario realizado en Facultad de Psicología de Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile
- Crittenden P. (2002) Nuevas Implicancias Clínicas de la Teoría del Apego. Valencia, Paidós
- Dahl R. (1996) The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 3-27
- Dugan A. (2006) The relation between attachment representations and emotion regulation in preschool-aged children with externalizing behavior disorders. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Massachusetts School of Professional Psychology, United States
- Fonagy P, Target M. (1997) Attachment and reflective function: Their role in self- organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700
- Fonagy P. (1998) La aplicación de métodos múltiples para realizar tratamientos psicoanalíticos destacados en el próximo milenio. Recopilación de los trabajos presentados en la primera Conferencia Latinoamericana de investigación en psicoanálisis (pp. 37-59) B. Aires: Asociación Psicoanalítica Internacional
- Fonagy P, Target M. (2001) Early intervention & the development of self-regulation. Australian Association for infant mental health, Perth, Australia, 30 august
- France K, Blaimpid N. (1999) Infant sleep disturbance: description a problem behavior process. *Sleep Medicine Reviews*. 3, 265-280
- González C, Carranza J, Fuentes L, Galian M, Estévez A. (2001) Mecanismos atencionales y desarrollo de la autorregulación en la infancia. *Anales de Psicología*, 17, 2, 275-286
- Gregory A. (2005) Prospective longitudinal associations between persistent sleep problems in childhood and anxiety and depresión disorders in adulthood. En *Journal of abnormal child psychology*. Abril referido en http://findarticles.com/p/articles/mi_m0902/is_2_33/ai_n13563109/print
- Kirsh S & Cassidy J. (1997) Preschoolers' attention to and memory for attachment- relevant information. *Child Development*, 68, 6, 1143-1153
- Lecannelier F. (2001) Apego, Teoría de la mente y desarrollo del sí-mismo. *Revista Terapia Psicológica*, 19 (2), 36, 105-115
- Martínez C, Santelices P. (2005) Evaluación del apego en adultos: una revisión. *Psyche* 14, 1, 181-191
- Masalán P, González R, Sequeida J & Mesa T. (1999) Incidencia de las alteraciones del sueño en el rendimiento escolar. *Boletín de investigación educacional* ISSN: 0717-
- Papalia D y Olds S. (1990) Desarrollo Humano. Colombia: McGraw-Hill
- Miljkovitch R, Pierrehumbert B, Bretherton I y Halfon O. (2004) Associations between parental and child attachment representations. En *Attachment & Development*, 6, 3, 305-325
- McNamara P, Belsky J, Fearon P. (2003) Infant sleep disorders and attachment: sleep problems in infants with insecure-resistant versus insecure-avoidant attachment to mother. *Sleep and hypnosis*, 5, 1, 17-26

35. Oppenheim (2006) Child, parent and parent-child emotion narratives: implication for developmental psychopathology. *En Development and psychopathology* 18, 771-790
36. Pin Arboledas G. (1998) Primer congreso virtual Iberoamericano de Neurología [Http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/son-1.html](http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/son-1.html) 2494. Facultad de Educación PUC. Vol. 14
37. Sadeh A, Raviv A, Gruber R. (2000) Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Development Psychology*, 36, 3, 291-301
38. Sher A, Mayseless O. (2000) Mothers of anxious/ambivalent infants: Maternal Characteristics and child-care context. *Child Development*, 71, 6, 1629-1639
39. Seifer R, Sameroff A, Dickstein S, Hayden L, Schiller M. (1996). Parental psychopathology and sleep variation in children. *Child and Adolescent psychiatric clinics of North America*, 5, 715-727
40. Sroufe A. (2000) Desarrollo emocional. Oxford University Press
41. Stack A. (2007) Defensive dysregulation in preschool children's attachment story narratives and its relation to attachment classification and externalizing behaviour. *En School Psychology International*, London: jul 2007, Tomo 28, nº3, 294
42. Stern D. (1996) La constelación maternal. Buenos Aires: Paidós
43. Thompson RA. (2000) The legacy of early attachments. *Child Development*, 71, 145-152
44. Verscheuren K, Marcoen A, Schoefs V. (1996) The internal working model of the self, attachment, and competence in five-year-olds. *Child Development*, 67, 2493-2511
45. Vondra J, Shaw D, Swearingen L, Cohen M, Owens E. (2001) Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age, *en Development and Psychopathology*, 13, 13-33
46. Warren SL, Oppenheim D, Emde RN. (1996) Can emotions and themes in children's play predict behavior problems? *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 34, 1331-1337
47. Warren SL, Sroufe LA, Emde RN. (2000) Internal representations: predicting anxiety from children's play narratives. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 39, 100-107
48. Weissbluth M, Davis A, Poncher J, Reiff J. (1983) Signs of airway obstruction during sleep and behavioral, developmental, and academic problems. *Developmental and Pediatrics*, 4, 119-121
49. Wolfson A, Carskadon M. (1998) Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Development*, 69, 875-887
50. Wood B, Klebba K, Miller B. (2000) Evolving the biobehavioral family model: The fit of attachment. *Family Process*, 39, 319-344
51. Zancato P. (2000) Sleep disorders and attachment in the first year of life. *Infant Mental Journal*, 21, 4-5, 27
52. Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. (1987) Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics*, 80, 664-671
53. Versión española del CCH (I) Traducido por Fundación de Ferrán Angulo, Barcelona (Margarita Ibáñez, Astrid González) en http://www.geocities.com/bpierreh/CCH_esp_1.html

INVESTIGACIÓN

CEDER ESPACIO A LOS INGRESOS JUDICIALES: LA OCUPACIÓN DE CAMAS NO ASIGNADAS

OCTUBRE 2005 Y ABRIL 2006. INSTITUTO PSIQUIÁTRICO
“DR. JOSÉ HORWITZ BARAK”

(Rev GPU 2013; 9; 3: 307-314)

Rafael Céspedes¹

En este trabajo se presenta un seguimiento de los ingresos judiciales del Instituto Psiquiátrico entre marzo del año 2005 y abril de 2006, con especial detalle de los que se encontraban en el Servicio de Urgencia y Sectores de Corta Estadía, y de cómo se produce un paulatino y creciente desplazamiento de los enfermos sin problemas con la justicia, por el progresivo y mantenido aumento de la ocupación de las camas por los ingresos judiciales.

Se presentan los resultados para mostrar con mayor énfasis cómo este desplazamiento es mayor en relación con las camas de Corta Estadía de varones, llegando estas camas a estar ocupadas en un 38% por ingresos judiciales a fines de abril del 2006.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo da cuenta de una realidad acaecida a finales del año 2005 y comienzos de 2006, en relación con los ingresos judiciales al Instituto Psiquiátrico y que provocaron un desplazamiento alarmante de los usuarios comunes (sin problemas con la justicia), lo que llevó a una crisis institucional en mayo del año 2006 que derivó en una movilización del personal del Instituto, con activa participación de familiares de usuarios y que trascendió los límites de la institución. Finalmente las autoridades de Salud y Justicia implementaron medidas paliativas para salir del paso.

Crisis por los ingresos judiciales al Instituto han ocurrido precedentemente en el año 1998 la Corte de Apelaciones de Santiago ordenó el inmediato traslado a este Instituto, de un grupo de sobreseídos por enfermedad mental y que se encontraban reclusos en la cárcel, lo que generó una crisis en el Instituto, dado que no existían condiciones para recibir en el Establecimiento a estas personas. El Capítulo Médico del Instituto, el Regional Santiago del Colegio Médico y el Ministerio de Salud, finalmente firmaron un “Acuerdo Marco”, para terminar el conflicto (1), el que temporalmente se apagó, pues las soluciones a implementar buscaban dar una respuesta inmediata a problemas puntuales y no a

¹ Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”.

Cuadro 1

EDAD DE LOS INGRESOS JUDICIALES EN PERIODO DE OCTUBRE 2005 A MARZO 2006

	Octubre 2005	Noviembre 2005	Diciembre 2005	Enero 2006	Febrero 2006	Marzo 2006	Total
Menores de 18 años	3	2	7	3	2	8	25
Mayores de 18 años	14	18	17	14	10	12	85
Total	17	20	24	17	12	20	110

las condiciones que generan periódicamente estos conflictos, y cuya solución integral depende en mi opinión, de una gestión conjunta del Estado.

Las medidas que se implementaron en relación con la crisis del año 1998 fueron el envío desde el Instituto Psiquiátrico al Hospital Psiquiátrico de Putaendo de 20 pacientes sobreesidos y la creación en dicho establecimiento de una Unidad de Mediana Complejidad Forense. En Santiago se crearon 2 Hogares Protegidos Forenses al que se trasladaron enfermos sobreesidos del Instituto Psiquiátrico. Procedentes de la cárcel ingresaron 22 pacientes sobreesidos al Servicio de Psiquiatría Forense del Instituto.

¿Qué está ocurriendo con los ingresos judiciales en el Instituto Psiquiátrico, en la actualidad? Esta interrogante nos lleva a publicar este trabajo, para exponer la situación acaecida en un pasado reciente y nos debe motivar a investigar qué está ocurriendo en el presente con los ingresos judiciales en el Instituto Psiquiátrico, pues problemas y dificultades ocurren en el presente y en algún momento habrá una nueva crisis, pues las raíces de este problema no se tocan y las soluciones siempre se orientan a la contingencia y terminan siendo de parche.

MÉTODO

Durante 2005 y 2006 se realizó un seguimiento de los ingresos judiciales en el Instituto Psiquiátrico, motivado por el progresivo y preocupante aumento de los ingresos decretados por los diversos juzgados y en especial los de Garantía y de Familia.

Se desarrolló un formulario para recavar información de estos ingresos judiciales en las diversas Unidades Clínicas del Instituto. De lo recolectado, se selecciona lo más relevante para evidenciar el cómo se manifiesta con el transcurso de los meses la tendencia de los ingresos judiciales en el Instituto Psiquiátrico.

Este seguimiento se llevó a efecto por siete meses, desde marzo de 2005 a abril de 2006, por razones de espacio se entregará preferentemente los resultados de octubre 2005 a marzo 2006 y resultados más globales del mes de abril de 2006, que tienen relación especialmente con el total de ingresos judiciales y la relación con las camas ocupadas por esto, especialmente las de varones de los Sectores de Corta Estadía.

RESULTADOS

Los datos obtenidos en esta investigación los presentaremos dejando para el final la ocupación de las camas por los ingresos judiciales, con el consecutivo desplazamiento de los enfermos de enfermedades mentales que no se encuentran en conflictos con la justicia, que es nuestro objetivo a resaltar.

Ingresos Judiciales en Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" de octubre del 2005 a marzo de 2006 según edad

En el Cuadro 1 podemos apreciar que de los ingresos judiciales 25 fueron menores de 18 años y 84 mayores de edad. Es relevante señalar que en el Instituto

Cuadro 2

INGRESOS JUDICIALES EN INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ B" DESDE OCTUBRE DE 2005 A MARZO DE 2006 SEGÚN JUZGADO

	Octubre 2005	Noviembre 2005	Diciembre 2005	Enero 2006	Febrero 2006	Marzo 2006	Total
Juzgado Garantía	10	9	10	9	5	11	54
Otros Juzgados	7	11	14	8	7	9	56
Total	17	20	24	17	12	20	110

Cuadro 3
DIAGNÓSTICOS DE INGRESOS JUDICIALES EN INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ B"
DE OCTUBRE DE 2005 A MARZO DE 2006

Diagnósticos	Octubre 2005	Noviembre 2005	Diciembre 2005	Enero 2006	Febrero 2006	Marzo 2006	Total
Diagnóstico Médico General	1	3	0	0	0	1	5
Retraso Mental	0	1	4	2	3	0	10
Síndrome Angustioso	1	1	1	1	0	0	4
Trastorno de Personalidad	2	3	8	7	2	8	30
Deterioro Psicorgánico	4	3	3	3	1	3	17
Adicción a Drogas y Alcoholismo	4	8	12	8	4	11	47
Cuadros Esquizofreniformes	6	7	8	6	5	1	33
Trastorno Afectivo Bipolar	0	1	1	0	0	1	3
Depresión Mayor	0	0	0	0	1	0	1
Epilepsia	0	0	2	0	3	2	7
Estado Crepuscular Psicógeno	0	0	0	0	0	2	2
Otros Diagnósticos	0	4	5	6	4	13	32
Total Diagnósticos	18	32	44	33	23	40	191
Sin Diagnóstico	0	1	0	0	0	0	1

Psiquiátrico estos menores quedaban junto con mayores de edad por no existir dependencias diferenciadas.

Ingresos Judiciales en Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B." de octubre del 2005 a marzo de 2006 según Juzgado

Ingresó en los meses estudiados un total de 54 personas procedentes de los Juzgados de Garantía y 56 personas procedentes de otros juzgados, preferentemente de familia, ver Cuadro 2.

Diagnósticos de Ingresos Judiciales en Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" de octubre de 2005 a marzo de 2006

A los Ingresos Judiciales en casi la totalidad les fue asignado por el médico que les atendió, un diagnóstico o hipótesis diagnóstica de patología psiquiátrica, la variabilidad de éstos es amplia como podemos apreciar en el Cuadro 3. Además debemos destacar que cerca de la mitad de los ingresos tienen diagnósticos en relación con Adicción a Drogas y Alcohol, seguidos por los Cuadros Esquizofreniformes y los Trastornos de Personalidad. La suma de ingresos con diagnósticos de Retraso Mental y Deterioro Psicorgánico da un total de 27 casos. Ver Cuadro 3.

Delitos Imputados a Ingresos Judiciales en Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" de octubre de 2005 a marzo de 2006

Podemos ver la diversidad de los delitos atribuidos a los ingresos judiciales, distribuidos en una amplia gama, atendiendo a la gravedad y tipo de los mismos, como podemos ver en Cuadro 4.

Ingresos y Altas al Final del Mes, de los Ingresos Judiciales en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" desde octubre de 2005 a marzo de 2006

El número de altas es siempre menor al de ingresos, a excepción del mes de febrero de 2006; las altas por fuga son numerosas, lo que contribuye a la disminución de los ingresos judiciales en internación, pues el alta de estos ingresos obedece a las disposiciones de los magistrados y no al criterio del médico. Según el criterio del médico y las normas del Instituto, muchos de los ingresos judiciales no requieren de hospitalización, otros sólo requieren de un control ambulatorio, y otros están en condiciones de ser dados de alta por la compensación de su condición psicopatológica que hacía necesaria su internación desde un punto de vista médico; otros no pueden darse de alta pese a que se realizó el peritaje solicitado. Del total de 64 egresos un 34,4% fue por fuga. Ver Cuadro 5.

Cuadro 4

DELITOS ATRIBUIDOS A LOS INGRESOS JUDICIALES EN INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ B"
DE OCTUBRE DE 2005 A MARZO DE 2006

Mes y año	Octubre 2005	Noviembre 2005	Diciembre 2005	Enero 2006	Febrero 2006	Marzo 2006	Total
Homicidio	1	1	1	1	1	0	5
Parricidio	2	1	0	0	0	1	4
Homicidio Frustrado	0	0	0	1	0	0	1
Amenazas	2	2	2	0	1	3	10
Robo en Lugar Habitado	2	0	0	0	0	0	2
Violación	2	0	0	0	0	0	2
Violencia Intrafamiliar	2	5	0	3	3	1	14
Robo con Intimidación y Fuerza	1	2	1	0	0	4	8
Maltrato Habitual Tipificado	1	0	0	0	0	0	1
Lesiones con Arma Blanca	1	0	0	0	0	0	1
Abuso Sexual	1	0	0	0	0	0	1
Hurto Simple, Robo Lugar Deshabitado	0	1	0	1	0	1	3
Estafas	0	1	0	0	0	0	1
Abusos Dishonestos	0	1	0	0	0	0	1
Daños Simples	0	1	1	0	0	0	2
Lesiones Leves/Menos Graves	0	0	1	0	0	1	2
Lesiones Graves	0	0	0	3	0	0	3
Desacato Ley	0	0	0	0	1	1	1
Incendio	0	0	0	0	1	1	2
Total Delitos	18	19	24	14	11	21	65
Sin Delito en documentos	3	5	19	5	4	9	45

Cuadro 5

INGRESOS Y ALTAS AL FINAL DEL MES, DE LOS INGRESOS JUDICIALES EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ B"
DESDE OCTUBRE DE 2005 A MARZO DE 2006

Mes y año	Octubre 2005	Noviembre 2005	Diciembre 2005	Enero 2006	Febrero 2006	Marzo 2006	Total
Ingresos Judiciales	17	20	24	17	12	20	110
Total de Egresos (incluye fugas)	3	13	13	10	14	11	64
Egresos por Fugas	1	7	3	5	5	1	22

Cuadro 6

INGRESOS AL FINAL DEL MES, DE LOS INGRESOS JUDICIALES EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ B"
DESDE OCTUBRE DE 2005 A MARZO DE 2006

Mes y año	31 Octubre 2005	30 Noviembre 2005	31 Diciembre 2005	31 Enero 2006	28 Febrero 2006	31 Marzo 2006
Sobreseídos	35	40	40	38	41	41
Imputados	31	35	29	40	35	42
Otros	8	18	18	21	21	20
Total	74	93	87	99	97	103

Cuadro 7

TOTAL DE CAMAS EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ B" EN USO AL FIN DE MES, DESDE OCTUBRE DE 2005 A MARZO DE 2006 (NO SE CONSIDERA LAS CAMAS DE HOGARES PROTEGIDOS COMUNES NI FORENSES)

Mes y año	31 Octubre 2005	30 Noviembre 2005	31 Diciembre 2005	31 Enero 2006	28 Febrero 2006	31 Marzo 2006
Total Camas Instituto	463	463	463	463	463	463
Camas con Ingresos Judiciales	74	93	87	99	97	103

Total de los Ingresos Judiciales en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" desde octubre de 2005 a marzo de 2006 (No se considera los sobreseídos de los Hogares Forenses)

En estos resultados incluimos los ingresos judiciales que están internos en el Instituto Psiquiátrico, en los Sectores de Corta Estadía, Servicio de Urgencia, Unidad de Imputados y Departamento Forense; no se considera los Sobreseídos de los Hogares Protegidos Forenses.

Podemos apreciar que los Sobreseídos en general no se incrementan, pero hay un progresivo aumento de los ingresos de Imputados y de otros ingresos judiciales, (Juzgados de Familia y de los antiguos y persistentes Juzgados previos a la Reforma Procesal Penal, ver Cuadro 6).

Total de Camas en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" en uso al fin de mes, desde octubre de 2005 a marzo de 2006 (No se considera las camas de Hogares Protegidos Comunes ni Forenses)

El último día del correspondiente mes se realizaba un recuento de todos los enfermos de procedencia judicial

que permanecían internos en el Instituto ese último día. Ver Cuadro 7.

Total de Camas de Sectores de Corta Estadía y de Urgencia en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" en uso al fin de mes, en relación con las ocupadas por Ingresos Judiciales, desde octubre de 2005 a abril de 2006

En este aspecto cabe poner atención en cómo va produciéndose un desplazamiento del paciente común por los ingresos judiciales. El aumento es creciente y mantenido, pero al presentarlo de esta forma no podemos observar el punto más crítico de este desplazamiento, lo que mostraremos más adelante. Aquí hemos empezado a incluir los ingresos judiciales de abril de 2006. El 21,30% de las camas de Corta Estadía de hombres y mujeres está ocupado por ingresos judiciales en el mes de abril de 2006. Con el aumento sostenido de estos ingresos desde octubre del 2005 llegamos a esta cifra: ver Cuadro 8.

Cuadro 8

TOTAL DE CAMAS DE SECTORES DE CORTA ESTADÍA Y DE URGENCIA EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ B" EN USO AL FIN DE MES, EN RELACIÓN CON LAS OCUPADAS POR INGRESOS JUDICIALES, DESDE OCTUBRE DE 2005 A ABRIL DE 2006

Mes y año	Total Camas Corta Estadía y Urgencia	Camas ocupadas por Ingresos Judiciales	% Camas ocupadas por Ingresos Judiciales
31 Octubre 2005	277	23	7,66%
30 Noviembre 2005	277	38	13,72%
31 Diciembre 2005	277	35	12,64%
31 Enero 2006	277	45	16,25%
28 Febrero 2006	277	43	15,52%
31 Marzo 2006	277	46	16,61%
30 Abril 2006	277	59	21.30%

Cuadro 9

TOTAL DE CAMAS DE VARONES DE SECTORES DE CORTA ESTADÍA Y DE URGENCIA EN EL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ B" EN USO AL FIN DE MES, EN RELACIÓN CON LAS OCUPADAS POR INGRESOS JUDICIALES, DESDE OCTUBRE DE 2005 A ABRIL DE 2006

Mes y año	Total Camas Corta Estadía y Urgencia Varones	Camas ocupadas por Ingresos Judiciales	% Camas ocupadas por Ingresos Judiciales
31 Octubre 2005	121	20	16,53%
30 Noviembre 2005	121	32	26,45%
31 Diciembre 2005	121	27	22,31%
31 Enero 2006	121	32	26,45%
28 Febrero 2006	121	33	27,27%
31 Marzo 2006	121	39	32,23%
30 Abril 2006	121	46	38,01%

Total de Camas de Varones de Sectores de Corta Estadía y de Urgencia en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B" en uso al fin de mes, en relación con las ocupadas por Ingresos Judiciales, desde octubre de 2005 a abril de 2006

Consideraremos ahora, separadamente, las camas de varones de Corta Estadía y Urgencia, y podemos apreciar el alto porcentaje de camas de varones ocupadas por ingresos judiciales. Desde octubre de 2005 se experimenta un sostenido aumento que llega a la cifra de un 38,01% en abril del 2006, mucho más de un tercio del total de las camas de varones están ocupadas por ingresos judiciales. Ver Cuadro 9.

Gendarmes Presentes en la Unidad de Imputados, Servicio Forense y Sectores de Corta Estadía el último día de cada mes del periodo estudiado

Conforme aumentan en estos meses los ingresos judiciales y su permanencia en el instituto, se produce,

como es de esperar, un aumento progresivo del número de gendarmes que custodian a algunos de estos ingresos judiciales (imputados).

El último día de abril de 2006 (por razones de espacio no se incluyeron estos datos en Cuadro 10) había 15 gendarmes en Sectores de Corta Estadía y 2 en la Unidad de Imputados, lo que da un total de 17 gendarmes en el Instituto Psiquiátrico. Ver Cuadro 10.

COMENTARIOS

Con motivo de la puesta en práctica gradualmente de la Reforma Procesal Penal en el país, implementándose finalmente ésta en la Región Metropolitana el 16 de junio de 2005 (2) y de la implementación de los Juzgados de la Familia el año 2005 por la Ley 19.968, se produce un importante aumento de los ingresos judiciales en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B".

El Instituto Psiquiátrico es un hospital de adultos, por lo que debe atender personas mayores de 18 años, pero vemos en este trabajo que de 110 ingresos

Cuadro 10

GENDARMES PRESENTES EN LA UNIDAD DE IMPUTADOS, SERVICIO FORENSE Y SECTORES DE CORTA ESTADÍA EL ÚLTIMO DÍA DE CADA MES DEL PERIODO ESTUDIADO

Mes y año	31 Octubre 2005	30 Noviembre 2005	31 Diciembre 2005	31 Enero 2006	28 Febrero 2006	31 Marzo 2006
Gendarmes en Corta Estadía	5	–	–	5	7	10
UEPI y Forense	5	–	–	6	6	2
Total	10	–	–	11	13	12

judiciales, 25 son menores de edad, viéndose el Instituto en la obligación de ingresar menores por las disposiciones y presión de los juzgados.

De los ingresos judiciales del periodo revisado, un 50% corresponde a ingresos ordenados por los juzgados de garantía y el otro 50% a los diversos juzgados, en especial los de familia.

La mayoría de los ingresos judiciales fueron diagnosticados con patologías psiquiátricas; en muchos casos se trataba de patologías severas, pese a que en general el personal del Instituto comentaba que no eran enfermos verdaderamente. Lo que sí era una realidad es que las internaciones eran muy prolongadas, para la condición psicopatológica del enfermo, que una vez ya compensado y pudiendo continuar un tratamiento ambulatorio, no podía ser dado de alta, pues no estaba en manos de los médicos el hacerlo, el egreso dependía de los jueces.

A los ingresos judiciales se les imputaba una amplia gama de delitos, muchos de gravedad, parricidios, homicidios, violaciones y una serie de otros crímenes violentos, lo que preocupaba e inquietaba al personal, a los pacientes hospitalizados sin problemas con la justicia y a sus familiares. Esto favoreció que los familiares de los enfermos comunes se sumaran a las movilizaciones del personal del Instituto.

Los ingresos judiciales se iban acumulando en el Instituto, por el hecho que el médico no tenía autonomía para darles el alta a estas personas, por lo cual las camas para pacientes comunes día a día iban en disminución, con los perjuicios para estos pacientes de no poder ingresar a tratamiento con la oportunidad que su condición lo requería y poniendo en riesgo su integridad y, en ocasiones, la de terceros.

Del total de 64 altas de los ingresos judiciales del periodo octubre 2005 a marzo 2006, debido a fugas fueron 22, lo que corresponde a un 32,40%. No especularemos acerca de los factores involucrados en tan alto porcentaje de fugas. Pero los egresos por fuga no impidieron el desplazamiento de los enfermos comunes en los Sectores de Corta Estadía, sólo retrasaron la eclosión de la crisis del Instituto a la que hemos hecho referencia.

Considerando que el alta de los ingresos judiciales no depende de la recuperación del enfermo ni del criterio médico, sino de resoluciones emanadas de los respectivos juzgados, las cuales no son efectuadas con la oportunidad que se requiere para una adecuada gestión del escaso recurso de camas psiquiátricas de Corta Estadía, esto impidió una conveniente rotación de los ingresos judiciales que no entorpeciera la rotación de las camas de Corta Estadía, y no dificultara

excesivamente el ingreso a tratamiento de los enfermos que no están en procesos judiciales y que requieren una oportuna internación.

Ya hemos visto que los ingresos judiciales iban en aumento y con el consiguiente desplazamiento de los ingresos psiquiátricos comunes que requieren hospitalización; pero ahora debemos observar donde es más dramática esta situación. Si bien es cierto que de las camas de Corta Estadía y de Urgencia del Instituto el 21,30% estaba ocupado por ingresos judiciales, al considerar especialmente las camas de Corta Estadía y de Urgencia de varones, podemos apreciar que el 38,01% de ellas estaba ocupado por ingresos judiciales de los juzgados de garantía (imputados) y de otros juzgados, principalmente de familia a fines de abril del año 2006.

Esta cifra de un 38,01% de ocupación de camas de Corta Estadía y Urgencia provocaba una gran dificultad en la internación de pacientes varones que requerían de una internación en razón de la gravedad de sus conductas autoagresiva (frecuentemente suicida) o hetero agresiva severa. Esta dificultad para internar un paciente psiquiátrico "común" retrasaba su adecuado tratamiento y ponía en riesgo al paciente y a terceros. Además esta dificultad en la internación de los enfermos comunes creaba situaciones conflictivas en el Servicio de Urgencia, con los familiares y acompañantes de éstos, al no poder internar a un paciente que a todas luces requiere de la hospitalización psiquiátrica inmediata.

Como algunos ingresos judiciales quedaban con custodia de Gendarmería, se producía una serie de dificultades en el normal funcionamiento de las unidades clínicas, motivadas por la presencia de personas ajenas al Instituto.

A fines de abril de año 2006 había 17 gendarmes en el Instituto, 15 distribuidos en los Sectores de Corta Estadía y Servicio de Urgencia y 2 en la Unidad de Imputados (que en esa época constaba de 6 camas de varones).

Diversas dificultades y conflictos se generaban entre los gendarmes y el personal del Instituto, derivados de la distinta cultura organizacional de ambos grupos. Además como los gendarmes portaban armas de fuego, esto producía temores en los enfermos y el personal por los riesgos que esta condición significaba, en atención al tipo de paciente que tenemos en nuestro Hospital.

Los gendarmes optaban por tener a los imputados generalmente engrillados y esto provocaba un conflicto muy grande y difícil de manejar, dado que ellos no reconocen autoridad en el equipo de salud, en esas medidas que ellos estiman son de su absoluto arbitrio

y seguramente lo son, pero estas medidas deberían ser tomadas en razón de la seguridad de la persona y no por otros motivos.

Los problemas con los gendarmes y los ingresos judiciales con custodia eran un problema complejo de resolver, pues los gendarmes como dependen de Justicia y de la jerarquía de su propia institución, estando en nuestro establecimiento se daba una competencia de autoridad, que no se podía solucionar eficientemente, orientada al mejor trato del ingreso judicial, como así también se veía afectada la dignidad de los enfermos psiquiátricos sin problemas con la justicia. Este tipo de problemas debería ser resuelto por una normativa consensuada entre Justicia, Gendarmería y Salud, considerando los principios fundamentales de la bioética y de la normativa vigente a la fecha, para que en el trato de las personas internadas judicialmente, en una institución psiquiátrica sea igual en lo general al de los otros internos, sólo con las excepciones que la ley y esta normativa especificaran.

Con frecuencia los Juzgados ordenaban al Instituto que pusiera a disposición de los tribunales estos ingresos judiciales, transportándolos y custodiándolos con personal del Instituto, más allá del costo económico que significaban para el Instituto estas acciones, especialmente considerando que los Establecimientos de Salud debían autofinanciarse; provocaba una situación inmediata más grave aún el hecho de que las unidades clínicas debían dejar la atención y cuidado de los enfermos con un número reducido de personas, con todos los riesgos y complicaciones que esta situación generaba.

En la crisis producida en el Instituto Psiquiátrico en mayo del año 2006, con motivo de los ingresos judiciales, finalmente concordaron las autoridades de Salud y Justicia, para aliviar la situación del Instituto Psiquiátrico, la creación de una Unidad para el Estudio de Pacientes Imputados (UEPI) con 30 camas, de 6 Hogares Protegidos para pacientes sobreseídos. En otras

Regiones del país se crearon Unidades de Psiquiatría Forense para recibir ingresos judiciales.

¿Qué está ocurriendo con los ingresos judiciales en el Instituto Psiquiátrico, en la actualidad? Esta interrogante hace necesario investigarlo, con mayor empeño en el día de hoy, en que se cuenta con la Ley 20.584 que “Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su Atención en Salud” (3). La ley 20.584 se complementará con varios reglamentos y el actual “Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan” en vigencia el 14 de enero del año 2001, debe ser modificado para su adecuación con esta ley (4).

Además los prestadores de salud se encuentran en un proceso para acreditar en calidad asistencial, y para el Instituto Psiquiátrico éste es un desafío prioritario, proceso de acreditación en calidad en que desde muchos ámbitos se apunta al respeto y resguardo de los derechos de los enfermos o usuarios, en especial en el “Ámbito Dignidad del Paciente”, del Manual de Estándares para la Acreditación (5), derechos que deben resguardarse para todos por igual, salvo las precisas especificaciones que otras normativas estipulen.

REFERENCIAS

1. Acuerdo Marco, Colegio Médico - Minsal, Santiago de Chile, 1998
2. Código Procesal Penal, Editorial Jurídica de Chile, Santiago de Chile, 2004
3. Ley 20.584 que “Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud”, Diario Oficial, 24 de abril del año 2012
4. Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan: Decreto Supremo N° 570, del 28 de agosto de 1998, Ministerio de Salud.
5. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada en Calidad de la Superintendencia de Salud, 2010